

Saúde Coletiva e Interdisciplinaridade: Uma Reflexão Sobre a Formação do Sanitarista em Município Brasileiro Trifronteiriço

Collective Health and Interdisciplinarity: A Reflection on the Sanitarian Training in a Triple-border Brazilian Municipality

Roberth Steven Gutiérrez Murillo¹, Yury Lizeth Cardozo Prada², Andrea Del Pilar Trujillo Rodríguez³

1. Graduado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Mestrando no Programa de Pós-graduação em Gerontologia pela Universidad Europea Del Atlántico (UNEATLANTICO/Espanha). Sanitarista Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UNILA); Foz do Iguaçu, PR.

2. Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Mestranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Foz do Iguaçu, PR.

3. Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Mestranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP).

stevengumu@gmail.com e ad.trujillo66@gmail.com

Palavras-chave

Formação em Saúde
Interdisciplinaridade
Sanitarismo
Saúde Coletiva
Sistema Único de Saúde

Keywords

Collective Health
Health Training
Interdisciplinarity
Unified Health System
Sanitation

Resumo: Acontecimentos socio-sanitários têm provocado importantes mudanças na estrutura social do Brasil. Por parecido, a Reforma Sanitária é apontada como a maior conquista do povo brasileiro, exigindo a responsabilização estatal no reconhecimento do direito universal à saúde, como direito fundamental de todo indivíduo. Nesse contexto, o surgimento da Saúde Coletiva no âmbito do Sistema Único de Saúde representa oportunidade para o fortalecimento das redes de atenção nacionais. O presente ensaio trata sobre revisão da literatura que aborda o surgimento, desenvolvimento e a construção da identidade sanitária no marco sanitário brasileiro. Como achego complementar, analisa-se a composição estrutural do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, com olhar especial aos módulos práticos interdisciplinares em saúde.

Abstract: Socio-sanitary events have brought about important changes in the social structure of Brazil. As a result, the Health Reform is considered the greatest achievement of the Brazilian people, demanding state accountability in the recognition of the universal right to health, as the fundamental right of every individual. In this context, the emergence of Collective Health within the scope of the Unified Health System represents an opportunity to strengthen national health care networks. This essay deals with literature review that addresses the emergence, development and construction of the sanitary identity in the Brazilian health framework. As a complementary finding, the structural composition of the Pedagogical Project of the Undergraduate Course in Collective Health at the Federal University of Latin American Integration is analyzed, with a special look at interdisciplinary practical modules in health.

Artigo recebido em: 09.05.2020

Aprovado para publicação em: 16.09.2020

INTRODUÇÃO

O presente trabalho versa questão de interesse atual no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), por tratar sobre práticas interdisciplinares em saúde como modelo contra hegemônico da nova visão assistencial proposta pela Saúde Coletiva (SC). Para tanto, esse ensaio é desenvolvido através de revisão da literatura que aborda o surgimento, desenvolvimento e a construção da identidade sanitaria no marco sanitário brasileiro. Como achego complementar, esse ensaio analisa a composição estrutural do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal da Integração Latino-americana (UNILA), com olhar especial aos módulos práticos interdisciplinares em saúde.

O surgimento da SC remete ao acontecimento histórico conhecido como “Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB)”, definida por Souto e Oliveira (2016, p. 205) como um “processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização, expressando a indignação da própria sociedade frente as iniquidades/desigualdades sociais e a mercantilização da saúde”. Para Rodriguez Neto, citado por Paim (2008):

O movimento sanitário conformou-se de maneira inovadora e criativa, na política de ‘aproveitar espaços’, rompendo com o isolacionismo a que a sociedade tinha sido condenada, em relação ao aparelho de Estado, não sem, com isso, despertar, em vários segmentos de esquerda uma severa crítica que ia da acusação de reformismo, até de oportunismo e adesismo (PAIM, 2008, p. 274).

Nesse sentido, falar em SC remete, sem espaço de hesitação, a uma dupla questão; ao bem-estar sanitário mediado pelo próprio bem-estar social da população, fala-se então da questão sociosanitária. Isto é, não cabe oportunidade, na filosofia sanitaria, de se produzirem atos em saúde sem antes serem consideradas as condições sociais nas quais as pessoas estão inseridas (contexto de vida). Assim, a preocupação com as questões sociais que intervêm no desenvolvimento do perfil sanitário da população vem se tornando, com o passar do tempo, uma discussão necessária para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS, justamente pela sua base constituinte e pelas constantes mudanças político-sociais que, de certa forma, têm interferido na concretização almejada desde sua fase conceitual.

Sem a pretensão de fazer uma análise exaustiva, nem de generalizar os apontamentos aqui trazidos, se admite que o estudo das questões sociosanitárias merece ser tratado de forma multidimensional, com diversas metodologias, a fim de propor interpretações que sejam consoantes com o objeto de interesse e sua relação espaço-temporal. Para fins próprios desse ensaio, considera-se objeto de estudo as práticas interdisciplinares em saúde, nas suas diversas manifestações assistenciais e sua relação com contextos e espaços fronteiriços.

Inicialmente, o presente ensaio abraça revisão do conceito de interdisciplinaridade e sua correlação com a produção de atos em saúde, visando entender o vínculo entre SC, interdisciplinaridade, trabalho em equipe e assistência à saúde do coletivo. Por coletivo se entende o grupo-alvo destinatário dos cuidados oferecidos pelas redes de assistência à saúde. Ademais, o termo coletivo é sinônimo de “sociedade”, assim referido na literatura sanitaria, à qual lhe cabe o respeito dos direitos fundamentais consagrados em Lei Maior (Constituição Federal).

Em sequência, desdobra-se debate sobre o surgimento da SC como novo espaço de atuação e produção de saberes. Importa ressaltar particularidades da SC que a diferenciam de saúde pública, destacando, desse modo, seus atributos como área própria do conhecimento e campo profissional de atuação no âmbito do SUS. Nesse momento, apresentam-se os encontros, desafios e oportunidades do profissional sanitário em território de tríplice-fronteira, trazendo à tona as características e os contextos do SUS no município de Foz do Iguaçu/PR.

Finalmente, o ensaio destaca informações em relação à formação acadêmico-profissional do sanitário e suas atribuições específicas para sua correta inserção do mercado de trabalho, respeitando as características socioculturais do território. Em tais casos, versa-se sobre uma análise crítico-reflexiva, com predomínio do sanitário como sujeito capaz de modificar realidades e propor intervenções para o bem-estar do coletivo, isto é, intervenções que visem o desenvolvimento do SUS local e da promoção da qualidade de vida de seus usuários.

INTERDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE: APONTAMENTOS NECESSÁRIOS

Interdisciplinaridade é um conceito composto, ou seja, dele discorrem mais dois termos que, vistos de forma conjunta, brindam nova significação etiológica e contextual. O prefixo “inter” é relativo posicional e indicativo relacional “entre” duas ou mais variáveis. De acordo com Bastos (2020):

(...) quando trabalhamos disciplinarmente, utilizamos situações-padrão que correspondem a modelos preestabelecidos e identificamos aspectos da situação estudada que permitem enquadrá-la num padrão, ao qual são aplicados os saberes conhecidos previamente. Para tanto, é preciso conhecer os conceitos que estruturam a disciplina, as relações entre esses conceitos (leis e teorias) e a maneira particular de utilizar essas teorias para chegar a compreender as situações estudadas. Assim, apesar de a modelização ser um aspecto intrinsecamente ligado ao trabalho disciplinar, ela é trabalhada apenas implicitamente, através dos problemas apresentados nos materiais didáticos, que se referem constantemente a essas situações-padrão (BASTOS, 2020, p. 1).

“O enfoque disciplinar moderno é consequência essencial da postura científica altamente racional e rigorosa que promoveu a excessiva especialização e fragmentação, resultando em alienação e depauperamento do ser humano” (MAZON; TREVIZAN, 2001, p. 84). Por outro lado, interdisciplinaridade em saúde é um conceito recente na literatura sanitária, sendo principalmente relacionado com a gestão do trabalho e a formação dos profissionais.

De acordo com Vilela; Mendes (2003, p. 527) “o termo interdisciplinaridade não possui ainda um sentido único e estável”. A interdisciplinaridade “abarca um determinado fenômeno que deve ser estudado por vários e diferentes ramos de conhecimento, focando-o como um todo” (MAZON; TREVIZAN, 2001, p. 85). Ademais, “interdisciplinaridade não se ensina nem se aprende, apenas vive-se e exerce-se” (MINAYO, 2010, p. 527).

Segundo Minayo (2010, p. 438), “interdisciplinaridade vem da Grécia Antiga, do tempo da famosa Biblioteca de Alexandria, (...) mostrando que a Filosofia, a Matemática, as Letras e as Artes deveriam compor a formação de um intelectual”. Em revisão histórica do conceito da interdisciplinaridade no contexto brasileiro, Oliveira; Moreira (2017) apresentam uma série de considerações que merecem atenção:

No final da década de 60, a interdisciplinaridade chegou ao Brasil e logo exerceu influência na elaboração da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB Nº 5.692/71. Desde então, sua presença no cenário educacional brasileiro tem se intensificado, até porque a sociedade se organiza de forma dinâmica e a cada tempo as suas exigências são diferentes. O pensamento cartesiano que permitiu as especializações para dar conta dos problemas existentes favoreceu exageros reducionistas das hiperespecializações, com riscos para integração dos vários saberes e a cristalização das informações pela ausência de oxigenação vinda através de outros olhares. A departamentalização nas universidades mais antigas, de onde provém a maioria dos docentes e pesquisadores em atuação, matou a vocação natural da academia para o diálogo aberto e franco com atores diversos conduzindo-a a uma nefasta reprodução do conhecimento voltado prioritariamente para o mercado de trabalho. O ensino ficou empobrecido ao ser tratado como mercadoria (OLIVEIRA; MOREIRA, 2017, p. 3).

A asseveração acima referida também é tida por Minayo (1991), ao indicar que “o conceito de interdisciplinaridade surgiu no século XX e, só a partir da década de 60, começou a ser enfatizado como necessidade de transcender e atravessar o conhecimento fragmentado”. Sobre outro ângulo apreensivo, a interdisciplinaridade pode ser entendida por meio de três graus, posto que:

A interdisciplinaridade tem uma ambição diferente daquela da pluridisciplinaridade. Ela diz respeito à transferência de métodos de uma disciplina para outra. Podemos distinguir três graus de interdisciplinaridade: a) um grau de aplicação. Por exemplo, os métodos da física nuclear transferidos para a medicina levam ao aparecimento de novos tratamentos para o câncer; b) um grau epistemológico. Por exemplo, a transferência de métodos da lógica formal para o campo do direito produz análises interessantes na epistemologia do direito; c) um grau de geração de novas disciplinas. Por exemplo, a transferência dos métodos da matemática para o campo da física gerou a física matemática; os da física de partículas para a astrofísica, a cosmologia quântica; os da matemática para os fenômenos meteorológicos ou para os da bolsa, a teoria do caos; os da informática para a arte, a arte informática. Como a pluridisciplinaridade, a interdisciplinaridade ultrapassa as disciplinas, mas sua finalidade também permanece inscrita na pesquisa disciplinar. Pelo seu terceiro grau, a interdisciplinaridade chega a contribuir para o *big-bang* disciplinar (NICOLESCU, 1999, p. 2).

Almeida Filho (1997, p. 12), ao estudar o conceito de interdisciplinaridade, define a existência de duas manifestações; por um lado, “interdisciplinaridade auxiliar”, sendo a simples interação de diferentes disciplinas científicas; por outro, “interdisciplinaridade” como implicação “axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas, determinada pela proximidade à temática comum, atuando como coordenadora do campo disciplinar” (ALMEIDA FILHO, 1997, p. 13). Indo mais à profundidade, o mesmo autor ressalta que:

A interdisciplinaridade é entendida como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação destes conceitos, e desta forma gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma combinação dos elementos internos (ALMEIDA FILHO, 1997, p. 13).

Importantes apontamentos são oferecidos por Almeida Filho (1997, p. 14), destacando, principalmente, a importância do desenvolvimento da interdisciplinaridade no sanitarismo (SC), uma vez que:

Campos disciplinares constituem estruturas compostas por uma axiomática teórica e certamente compreendendo uma matriz metodológica, cujos princípios e conceitos fundamentais são passíveis de decodificação; Quando os campos disciplinares interagem entre si, produzem relações interdisciplinares que tendem a ser convergentes, com elevado grau de reciprocidade, definidas pela temática e pela axiomática do campo; As relações de poder políticos internos a um dado campo disciplinar equivalem (ou correspondem) às relações de poder técnico que estruturam as respectivas disciplinas; A comunicação interdisciplinar é desejável e factível, podendo ser realizada pela tradução de princípio e conceitos entre as disciplinas.

Evidencia-se a complexidade prática desse conceito. Sua aplicabilidade é ainda mais notória no contexto atual, que permeia o encontro dinâmico entre o sistema de saúde e o trabalho próprio do sanitarista. Fenômenos contemporâneos como a globalização; envelhecimento populacional; supertecnificação dos procedimentos de intervenção e/ou assistência e a apropriação do saber complementar podem ser citados como exemplo.

Torna-se necessário frisar que “os agentes não seriam somente indivíduos ocupando posições e atores desempenhando papéis. Mais que isso, os sujeitos da ciência seriam essencialmente agentes sociais” (ALMEIDA FILHO, 1997, p. 15). Como maior desafio da interdisciplinaridade em saúde tem-se o mesmo conceito de saúde, sendo amplo, complexo e constantemente interpretado de forma polissêmica, tanto pelos profissionais, como pelos usuários.

SAÚDE COLETIVA: UM NOVO ESPAÇO DE ATUAÇÃO E PRODUÇÃO DE SABERES

Inicialmente, esclarecer que SC difere filosoficamente de Saúde Pública (SP), possuindo ideologia de atuação diferenciada e com práticas intervencionistas alternativas, contra hegemônicas e que estão em consonância com o desenvolvimento histórico-temporal do sistema de saúde brasileiro.

Galvão (2009, p. 8), menciona que a SP, no contexto brasileiro, “teve seu nascimento no século XIX, por peculiaridades históricas que distinguem esse período dos três primeiros séculos da colonização no Brasil”. O mesmo autor comenta ainda que, “quando procura-se estabelecer a relação entre saúde e sociedade, o tema principal abordado, na época, era o da sujeira e o dever de zelar pela limpeza da cidade” (GALVÃO, 2009, p. 8). Justamente porque a iniciativa era a de “organizar o espaço social, visando impedir doenças e aumentar o nível de saúde da população” (GALVÃO, 2009, p. 9).

Na visão de Birman (2005, p. 12) o reconhecimento da SP fortaleceu o sistema sanitário brasileiro, uma vez que auxiliou na “construção de uma nova estrutura urbana, pela produção de estratégias preventivas. Mas é inegável que seus diferentes discursos de fundam no naturalismo médico”. Segundo Fleury (2009, p. 744), “a construção de um projeto de reforma sanitária foi parte das lutas de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de Estado democrático social”.

Nesse contexto, “as políticas sociais brasileiras desenvolveram-se, por um período de cerca de oitenta anos, configurando um tipo de padrão de proteção social só alterado com a Constituição Federal de 1988” (FLEURY, 2009, p. 744). Cabe reter que, ademais, “as bases teóricas que fundamentaram a construção desse projeto da reforma sanitária podem ser encontradas na revisão da concepção marxista do Estado e na elaboração de uma leitura crítica do campo da saúde coletiva” (FLEURY, 2009, p. 746).

No marco atual da saúde brasileira, tem-se registro da criação do SUS, conceituado por Mendes (2013, p. 28), como “a maior política de inclusão social da história brasileira (..) rompendo a divisão iníqua e fazendo da saúde um direito de todos e dever do Estado”. O SUS, facilmente definido como a mais importante conquista da sociedade brasileira, todavia enfrenta importantes desafios: “a organização macroeconômica do sistema; a organização microeconômica expressa no modelo de atenção à saúde que prática e o financiamento” (MENDES, 2013, p. 28). De modo a propor algumas respostas a esses desafios, Mendes (2013) afirma que:

(...) A resposta a esse desafio está em restabelecer a coerência entre a situação de saúde e a forma de organização do sistema de saúde no plano microeconômico, acelerando as mudanças necessárias que levem à conformação de um sistema integrado que opere de forma contínua e proativa e que seja capaz de responder, com eficiência, efetividade, qualidade e de modo equilibrado às condições agudas e crônicas. Ou seja, o SUS deverá ser estruturado em redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária à saúde. (...) Esse é um grande desafio que se coloca para os anos futuros, mas que não será fácil de ser superado porque a fragmentação presente tem profundas raízes econômicas, políticas e culturais que a sustenta. Mas alguns passos têm sido dados, nos últimos anos, no caminho da construção de redes de atenção à saúde no SUS. (...) O terceiro desafio, o do subfinanciamento do SUS, que está na base da segmentação do sistema de saúde brasileiro, será considerado na questão seguinte (MENDES, 2013, p. 30).

O contexto social no qual se desenvolvem os indivíduos <coletivo> é de elevado interesse para a SC, precisamente porque seu objeto de estudo se centra na reivindicação dos direitos fundamentais, em função semelhante com a assistência socio sanitária, no maior grau de qualidade possível. Cabe, portanto, dizer que na compreensão sanitária da tríade *saúde – doença – cuidados*, o conceito de determinação social ganha destaque.

Vê-se, desse modo, a tarefa do sanitário em efetivar o reconhecimento jurídico-sanitário de todas e quaisquer normas sanitárias, das esferas individual e coletiva, na perspectiva biopsicossocial. Por isso, importa-se também em reforçar o compromisso do Estado para com uma vida digna e saudável, entrelaçando a proteção e promoção dos direitos complementares ao da saúde; tais como: emprego; moradia; renda; lazer; educação, entre outros. Nesse âmbito, a SC se apoia nos preceitos do direito sanitário. Explicando a relação entre direito à saúde e democracia sanitária, Aith (2015, p. 87), expõe que:

A efetivação do direito universal, igualitário e integral à saúde, tal como preconizado por nossa Constituição, depende largamente da democracia sanitária, da participação dos cidadãos na definição dos contornos do direito à saúde e das garantias concretas que serão oferecidas a este direito. (...) a democracia sanitária, por sua vez, pressupõe que o Estado, para dar conta de seu dever constitucional de proteção do direito à saúde, crie, incentive e desenvolva um ambiente de ampla participação democrática da sociedade na tomada de decisões estatais em saúde.

Do trabalho de Cordeiro (2004) vislumbram-se aspectos relevantes no entendimento da SC como ciência geradora de conhecimento, práticas e saberes em saúde, principalmente, pela sua característica intrínseca que perpetua a democracia sanitária. No seu pensamento, “a SC seria uma estratégia-ponte para a implantação do SUS, com iniciativa, por sinal, defendida pelo MRSB” (CORDEIRO, 2004, p. 352), tendo como argumento

primordial “conquistar apoios em favor de mudanças, a partir de ações administrativas e institucionais, que representassem melhorias objetivas na organização dos serviços e no atendimento à população” (CORDEIRO, 2004, p. 353).

Para tal finalidade, a SC projeta, em todas as ações-intervenções, os princípios doutrinários (universalidade; equidade e integralidade) do SUS. Com a inserção da SC como novo modelo de gestão, as atividades de planejamento; fiscalização; e avaliação dos serviços de saúde tomaram lugar especial na normativa jurídico-sanitária do país.

Quadro 01 – Contribuições da Saúde Coletiva para a (re)produção de conhecimento, formação de pessoal e exercício de práticas inovadoras
Compatibilizar os princípios constitucionais do SUS e a efetiva realização do direito à saúde com estratégias e ações cuja efetividade, eficácia e eficiência resultem da comprovação de evidências de métodos e critérios validados, inclusive na alocação de recursos;
Elucidar e exercitar a equidade para a produção da saúde e oferta e o acesso aos serviços de saúde, considerando as políticas e as práticas intersetoriais, ou seja, lograr maior articulação entre as políticas públicas econômicas e sociais;
Superar a dicotomia entre prevenção e cura, a partir de modelos de cuidados de saúde integrais e multiprofissionais, levando em conta que a estratégia da saúde da família é uma das possibilidades, não a exclusiva;
Comprometer a formação geral dos profissionais da saúde, com a busca contínua e o aperfeiçoamento das competências e habilidades, em processos de educação permanente, orientados por avaliações e evidências científicas;
Prosseguir nos esforços de aprimoramento da qualidade que fazem parte intrínseca das metodologias de acreditação e de certificação/recertificação em saúde;
Reconsiderar as normas do SUS à luz das necessidades dos cidadãos e cidadãs, tornando-as ágeis e mais simples para evitar a hipertrofia tecnoburocrática de um Estado cuja relações sociais e técnicas se orientam pelo segredo e pela pouca transparência, além da fragmentação dos interesses dos grupos e classes sociais;
Pesquisar os instrumentos de gestão compatíveis com maior controle social e participação que tenham significado e sejam compreensíveis para o cidadão;
Contribuir para a elaboração de uma nova concepção e organização do Estado, que propiciem relações sociais e técnicas inclinadas a conduzir à equidade e democratização da saúde;
Dar contribuição para elaborar um projeto de ciência e tecnologia em saúde, envolvendo a gestão, o uso de novos procedimentos, insumos e métodos baseados em evidências científicas e resultados;
Comprometer-se com a superação de práticas que contrariem a bioética, sem se prender a valores discordantes com as tendências da ciência moderna.

Fonte: Elaboração própria dos autores, com base em Cordeiro (2004, p. 360).

Campos (2000) propõe “repensar a SC, aproveitando-se da história e da tradição da saúde pública. Entendê-la como um campo científico quanto como um movimento ideológico em aberto” (CAMPOS, 2000, p. 220). Dentre os principais aportes trazidos pelo autor, destaca-se que:

(...) Caberia reconhecer a tendência da saúde coletiva em confundir-se com todo o campo da saúde. Tal tendência indicaria uma visão de mundo fundada em categorias absolutas e transcendentais. Para alguns, a saúde coletiva se constitui numa espécie de metadiscurso supostamente capaz de criticar e reconstruir saberes e processos concretos de produção de

saúde. Nesse sentido, ela forneceria metaexplicações auto-suficientes sobre a tríade saúde, doença e intervenção. Por outro lado, seu discurso constitutivo tenderia a hipervalorizar a determinação social dos processos saúde/doença, desqualificando os fatores de ordem subjetiva e biológica. Neste caso, a saúde coletiva não é vista como um modo de intervenção sobre o real mas como um novo paradigma ou um modelo alternativo aos demais (CAMPOS, 2000, p. 222).

Tal posicionamento crítico sobre as relações objetivas e subjetivas defendidas pela SC também foi levantado por Paim e Almeida Filho (1998), ao afirmarem que é “necessário rever paradigmas e propostas de ação, visando a estabelecer balizamentos sobre a questão da saúde no âmbito coletivo” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 308).

De acordo com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – (CAPES, 2013), a SC pode poder ser definida como:

Um campo científico onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto “saúde” e onde operam distintas disciplinas (epidemiologia, ciências sociais em saúde, planejamento e gestão) que o contemplam sob vários ângulos; e um âmbito de práticas, de se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como “setor saúde” (CAPES, 2013, p. 1).

Faz-se jus ressaltar que, “enquanto campo de conhecimento, a SC estuda o fenômeno saúde – doença enquanto processo social em populações; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como resultado de processos de produção social” (CAPES, 2013, p. 1)

SAÚDE COLETIVA EM TERRITÓRIO DE TRÍPLICE-FRONTEIRA: ENCONTROS, DESAFIOS E OPORTUNIDADES

Em primeiro momento, torna-se essencial rever, de forma breve, o surgimento do sanitarismo como ciência ativa de produção de saberes socio-sanitários, pois importa entender sua função inovadora no contexto atual. Desse modo, começa-se por entender que o sanitarista, profissional com formação em nível superior (graduação; *stricto e/ou lato sensu*):

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. (...) 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. (BEZERRA *et al.*, 2013, p. 59;60).

O trabalho de Viana e Souza (2018) discute a formação do profissional graduado em SC, particularmente em relação aos desafios, potencialidades e estratégias de integração com o mercado laboral:

Os sanitaristas graduados aparecem para suprir a demanda no mundo do trabalho por profissionais capacitados para atuar no planejamento, gestão e execução de ações em Saúde Coletiva; e com a amplitude e complexidade do setor atuariam na perspectiva da promoção da saúde e seriam orientados por uma concepção interdisciplinar (VIANA; SOUZA, 2018, p. 1263).

Complementarmente, as autoras enfatizam que “ao designarmos os bacharéis de Saúde Coletiva como novos sanitaristas, estamos considerando a constituição de novos sujeitos-agentes ético-políticos da Saúde Coletiva” (VIANA; SOUZA, 2018, p. 1264).

Para Nunes (1994), a SC também pode ser referida como Medicina Social ou Medicina Preventiva, indicando, por vez, que “em cada formação social concreta a educação cumpre um papel fundamental na produção da organização dos serviços de saúde e se cristaliza na reatualização e preservação de práticas específicas” (NUNES, 1994, p. 10;11). A Medicina Preventiva, ora tida como SC, seria compreendida como:

O campo de práticas e conhecimentos relacionados com a saúde como sua preocupação principal e estudar a sociedade, analisar as formas correntes de interpretação de problemas de saúde e da prática médica (NUNES, 1994, p. 10).

Disso discorre-se que a SC tenha sido constituída “através da crítica sistemática do universalismo do saber médico, afirmando que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina” (BIRMAN, 2005, p. 12). Outros autores relacionam a SC com a prática da análise institucional como metodologia ativa de reestruturação dos serviços de saúde. Nesse âmbito cabe notar que:

Trata-se de considerar a saúde coletiva como instituição, o que significa problematizar a própria constituição do seu campo como um conjunto de saberes e práticas, relacionados a um contexto amplo, de ordem político-social, ideológica e técnicocientífica (L'ABBATE, 2003, p. 266).

A SC pode ser encontrada atualmente nas áreas formativas em saúde como uma ferramenta contemporânea para humanizar e redirecionar os cuidados ofertados à população, e mais a fundo, para aperfeiçoar o perfil dos profissionais, em junção ao modelo assistencial que prima no SUS. Citando por exemplo, no ensino médico a SC “se apresenta como um dispositivo flexível e participativo e pode contribuir para a construção de currículos que formem médicos comprometidos com a realidade social” (BURSZTYN; ALVES, 2019, p. 384).

Em segundo momento, prioriza-se debater, mesmo que de forma breve, a atuação do sanitarista em território de tríplice-fronteira, tomando como espaço georreferido de discussão o município de Foz do Iguaçu/PR, com suas particularidades próprias de região fronteiriça.

Como exposto por Albuquerque (2012, p. 186), “as fronteiras dos territórios nacionais condensam diversos limites e abrem novos horizontes de interpretação para vários fenômenos sociais contemporâneos”. No caso do município de Foz do Iguaçu/PR, falasse de território brasileiro com características complexas pois “os fluxos de pessoas, mercadorias, imagens, símbolos e narrativas locais e nacionais (...) afirmam e produzem permanentemente os limites políticos, jurídicos, sociais” (ALBUQUERQUE, 2012, p. 188).

No cotidiano da tríplice-fronteira, qual seja cercada pelos municípios de *Ciudad del Este* (Paraguai); Foz do Iguaçu (Brasil) e *Puerto Iguazú* (Argentina) muito escutasse falar em usuários brasiguaios. Esse termo

quando analisado sobre a ótica da demanda dos serviços sanitários, na verdade, nada mais é do que a categorização, por assim dizer, dada aos cidadãos brasileiros que, por múltiplos motivos, transferiram sua moradia para o território paraguaio, contudo, mantendo ainda vínculo assistencial no SUS. Isto é, mesmo morando no país vizinho, eles são usuários ativos do SUS, merecendo igual atendimento através de diretrizes doutrinárias do SUS que dizem respeito à integralidade; universalidade e equidade da atenção às suas necessidades sanitárias.

Conquanto, trabalhos recentes têm levantado alarme, evidenciando que a região de tríplice-fronteira aqui tratada, é exemplo imediato de desconhecimento; negligência e descumprimento da normativa jurídico-sanitária por parte dos profissionais da saúde (LIMA; TOSO, 2019; LIMA, 2017; ALBUQUERQUE, 2012).

Lima e Toso (2019) buscaram descrever como ocorre o acesso na atenção primária à saúde de brasileiros não residentes no município de Foz do Iguaçu/PR. Como observações finais, as autoras apontam que “na atenção mencionada pelos usuários, faltaram estratégias para a acessibilidade e coordenação do cuidado, entretanto tiveram acesso” (LIMA; TOSO, 2019, p. 19). Recomendam, como ponto crucial para o desenvolvimento do sistema local de saúde nesse território trifronteiriço, “mudanças no processo de trabalho, para que as linhas de cuidado não sejam interrompidas ou haja barreiras que impeçam o cuidado de saúde” (LIMA; TOSO, 2019, p. 13).

Importante trabalho, desenvolvido por Lima (2017) analisou as restrições de acesso aos serviços de saúde impostas aos usuários estrangeiros e aos usuários brasileiros residentes no exterior, pela gestão local do SUS em Foz do Iguaçu/PR. Chama a atenção a conclusão proposta pelo autor, ao sugerir “a organização de uma região fronteiriça de saúde na zona trinacional, como perspectiva de solução para os problemas” (LIMA, 2017, p. 1) elencados nesse território brasileiro dinâmico. Pode-se resgatar, portanto, que as dificuldades na atenção e no cuidado à saúde encontrada pelos usuários no município de Foz do Iguaçu/PR, quer nacionais; quer estrangeiros, são exemplo da tão referida “ausência de capacidade técnica para lidar com as limitações estruturais dos serviços governamentais de saúde” (LIMA, 2017, p. 67).

Diante de tais cenários percebe-se a alta complexidade técnico-teórica-assistencial que envolve a atuação do sanitário no município trifronteiriço. Nessa perspectiva, Benito; Murillo; Zoilan; Sánchez (2019) afirmam que:

A presença do Sanitarista, na região da tríplice-fronteira, requer destrezas para observar, interpretar, compreender e poder intervir no processo de tomada de decisões neste tipo de cenário dominado por um sistema de saúde multicultural, lidando com os diferentes saberes latino-americanos que, infelizmente, ainda são influenciados notoriamente pelos modelos hegemônicos de prevenção e tratamento de enfermidades e não tanto pela comunicação e promoção em saúde (BENITO *et al.*, 2019, p. 210).

Sobre esse mesmo ângulo apreensivo, Albuquerque (2012, p. 203) informa também que “as políticas e as ações em nome da saúde pública nessa região de múltiplas fronteiras traduzem tensões e dilemas relacionados às reivindicações de alguns monopólios do Estado soberano moderno”.

Devido ao “fato de compartilhar fronteira com 10 países, o Brasil tem que pensar na aplicabilidade da nova lei de migração nas localidades fronteiriças, compreendendo as relações sociais que permeiam as linhas e faixas fronteiras” (SOUSA *et al.*, 2018, p. 208).

Situações características numa região de fronteira internacional têm sido apontadas em Foz do Iguaçu/PR. Citando por exemplo, Sousa *et al.*, (2018, p. 205;206) constataram “assimetria entre capacidade instalada das ações e serviços de saúde”; cenário que evidencia a “inerência do direito à saúde universal e os limites do

direito internacional dentro das fronteiras locais”. Isto porque, em particular, “quando um cidadão sai do território nacional no qual o concebeu de forma legal, sua cidadania muda para um espaço fronteiriço, tem seus direitos, muitas vezes, cercados” (SOUSA et al., 2018, p. 206).

Complementarmente, Aikes; Rizzoto (2018) sinalam quatro elementos significativos ao falar em saúde em região de fronteira, que merecem ser trazidos ao debate do caso de Foz do Iguaçu/PR, tais sejam: 1) as diferenças dos sistemas de saúde e da concepção de direito à saúde como fator de deslocamento entre as fronteiras; 2) a organização político-administrativa como barreira para a integração local; 3) a vigilância em saúde como um desafio para a gestão em fronteira e 4) do direito do cidadão ao direito humano à saúde. De forma geral, as autoras frisam que:

A efetiva integração nas regiões de fronteira pressupõe políticas articuladas internacionalmente para o desenvolvimento social e para a superação das assimetrias legislativas. A incipiência de iniciativas que compreendam e legitimem os processos de transfronteirização, principalmente aqueles relacionados aos direitos sociais, faz com que a população transfronteiriça enfrente discriminações, tornando o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde instável e descontínuo. O subfinanciamento é fator limitador do acesso e as ações de integração ocorrem em situações emergenciais, sobretudo relacionada à vigilância em saúde. (...) A falta de autonomia e empoderamento municipal para propor mudanças políticas, e principalmente as assimetrias legislativas, especialmente no âmbito da proteção social em saúde, se tornam barreiras para uma organização regional mais equânime (AIKES; RIZZOTO, 2018, p. 9).

Os desafios são múltiplos, entretanto, alguns merecem destaque pelo seu superior grau de complexidade. A gestão sanitária no contexto dinâmico dos municípios fronteiriços representa temática de controvérsia, especialmente ao tocar na tecla do financiamento em saúde. De acordo com Santos; Rizzoto; Carvalho (2019, p. 10), o financiamento em saúde do município de Foz do Iguaçu/PR é “agravado pelo livre trânsito de pessoas dos países vizinhos que não são computadas para o repasse dos entes estadual e federal”. Conquanto, as mesmas autoras afirmam que tal cenário não pode servir de justificativa para a violação de quaisquer direitos sociais no marco jurídico-sanitário brasileiro, que digam em integralidade; universalidade e equidade na assistência às premências sanitárias dessa população. Reforçam ainda, que:

Para as situações fronteiriças, o direito vinculado à noção de cidadania não é suficiente, é necessário avançar na ideia de direito humano básico e na cooperação internacional para não impor restrições de acesso ao estrangeiro que compartilha o mesmo cotidiano. Nesse sentido, as diplomacias precisam dedicar especial atenção aos municípios de fronteira que não possuem, do ponto de vista legal, autonomia para estabelecer relações diplomáticas, mas vivenciam diretamente o problema, especialmente no caso dos serviços de saúde, dado que o Brasil avançou em relação aos países vizinhos ao instituir um sistema de saúde universal (SANTOS; RIZZOTO; CARVALHO, 2019, p. 10).

O sanitarismo entrelaça os eixos da Gestão e Planejamento em Saúde; Educação e Comunicação em Saúde; Ciências Sociais Aplicadas à Saúde e Epidemiologia. Vê-se, portanto, que a SC “é hoje um espaço social em que se encontram as abordagens e pesquisas críticas sobre esses eixos, desenvolvendo questões mais elaboradas” (SILVA; SCHRAIBER; MORA, 2019, p. 2). Em seguida, a práxis do sanitarismo pode ser

relacionada com a inovação das intervenções socio sanitárias e o acompanhamento espaço-temporal das demandas recebidas pelo sistema de saúde, considerando as mudanças próprias do <coletivo>, nas quais se destaca a atenção das particularidades de todas as fases da vida humana, no prisma doutrinário da universalidade, integralidade e equidade em saúde.

A práxis da SC admite como ponto de referência a resignificação social do próprio conceito de saúde, em concordância com câmbios estruturais no coletivo. Suas ações são propostas através do prisma hodierno dos saberes sanitários. Envolve, para mais das diretrizes e princípios do SUS, a adoção de práticas humanizadas e recentes, promovendo espaços de aprimoramento e atualização para no nível macro e micro da gestão da clínica e dos serviços de saúde. Propõe também mudanças do tipo comportamental no <coletivo>. Sujeitos (usuários) são vistos como principais atores da sociedade, capazes de mudar realidades e melhorar sua condição de vida, conseqüentemente, aumentando a qualidade de vida. Isto porque a SC transcende posicionamentos hierárquicos, enraizamento pensamentos de liberdade; dignidade e autonomia.

Em tal cenário, o sujeito joga papel essencial no processo do cuidar. Cabe-lhe, também, a responsabilidade de lidar com suas premências socio sanitárias, sendo responsabilidade do sistema de saúde propor os elementos necessárias para sua prevenção, promoção, manutenção e reabilitação, quando necessário. Com tal visão, a SC entende que o desenvolvimento do sistema de saúde depende grandemente da participação do coletivo, num fenômeno social chamado por Aith (2015) de democracia sanitária.

De modo a fomentar o respeito dos direitos fundamentais do coletivo, o sanitário deve possuir rigoroso grau de conhecimento disciplinar em direito sanitário. Especialmente, ao tratar região de tríplice-fronteira, a abordagem recomendada incorporaria adoção de normas internacionais de Direitos Humanos, entendendo a saúde como direito de todo indivíduo. Por outro lado, questões ideológicas e/ou políticas podem refletir dificuldades no trabalho do sanitário em tais espaços geopolíticos. De tal forma, torna-se essencial também o discernimento ético das diretrizes assistenciais do SUS, não devendo ser categorizadas em “aplicáveis” ou “não-aplicáveis”, tendo como fundamento aqueles atributos intrínsecos do coletivo, quais sejam: nacionalidade; língua oficial; religião. A funcionalidade do SUS em territórios de tríplice-fronteira deve ser a mesma notada em quaisquer outros territórios brasileiros. Conquanto, é acenar que os territórios de tríplice-fronteira instigam adversidades em todos os níveis da atenção em saúde, principalmente, pelos aspectos orçamentários e organizacionais dos cuidados ofertados.

Considerando tais observações, a presença do sanitário é chave fundamental para o ótimo andamento das redes de cuidado, programas específicos e linhas de intervenção nesses municípios. Espera-se, desse profissional, a capacidade de análise, interpretação e resolução de contratempos no âmbito da gestão e planejamento em saúde. Distante de outros contextos brasileiros, o sanitário com atuação em territórios fronteiriços está altamente capacitado para lidar com a questão de gênero e multiculturalidade em saúde, justamente pelas características étnico-raciais tidas nesses espaços. Com isto, o desafio se centra, principalmente, na manutenção e promoção de práticas em saúde que atendam, de forma holística, às demandas do coletivo.

A aptidão disciplinar na área epidemiológica constitui elemento importante do perfil profissional do sanitário em região de linha de fronteira. Para Cerroni e Carmo (2015, p. 618), “as áreas geográficas de fronteira merecem um olhar diferenciado na avaliação e definição de políticas de saúde, especialmente das ações de vigilância epidemiológica”. Referidas atividades tangem, por exemplo: monitoramento da incidência e prevalência de doenças transmissíveis e específicas da região; avaliação da qualidade de preenchimento e fluxo de notificação dos prontuários; registro sanitário fronteiriço; entre mais. Cabe ver que:

Nesse particular, identificam-se os seguintes campos de ação para a disciplina no âmbito dos serviços de saúde: a) estudos da situação de saúde em diferentes grupos da população, seus determinantes e tendências; b) vigilância epidemiológica de doenças e de outros problemas de saúde; c) investigação causal e explicativa sobre problemas prioritários de saúde; d) avaliação do impacto em saúde dos serviços, de tecnologias e de outras ações (PAIM, 2006, p. 81).

Por último, na compreensão dos determinantes sociais e das ciências sociais aplicadas à saúde, instila-se que o sanitarista possua alto grau de entendimento sobre os aspectos antropológicos; sociológicos; históricos; políticos; jurídicos; teológicos; econômicos; filosóficos; arqueológicos e geográficos da saúde humana. A articulação desses saberes, mesmo que não de forma especializada, permite pensar novas intervenções interdisciplinares, produzindo mudanças no processo de trabalho dos profissionais da saúde, no conhecido estilo de trabalho interprofissional. Em relação à percepção multidisciplinar, tem-se como produto final a apropriação do conceito de vulnerabilidade social, como “um convite para renovar as práticas de saúde como práticas sociais e históricas, através do trabalho com diferentes setores da sociedade e da transdisciplinaridade” (SÁNCHEZ e BERTOLOZZI, 2007, p. 321).

O PERFIL ACADÊMICO-PROFISSIONAL DO SANITARISTA GRADUADO PELA UNILA: APORTES À SAÚDE COLETIVA EM REGIÃO DE FRONTEIRA

De acordo com as informações disponibilizadas pelo *site* oficial da UNILA, o “bacharelado em Saúde Coletiva da UNILA é um curso com abordagem interdisciplinar que privilegia práticas humanistas baseadas em um processo educativo crítico-reflexivo” Logo, o curso “busca formar o profissional dentro de uma abordagem interdisciplinar, que privilegia a promoção da saúde e não somente o tratamento de doenças” (UNILA, 2019). O sanitarista formado pela UNILA recebe fundamentos teórico-técnico-práticos, voltados para o:

Conhecimento crítico dos problemas de saúde latino-americanos, destacando-se as abordagens epidemiológicas, políticas, legais, sanitárias, culturais e promotoras da saúde focadas em contextos comunitários e na diversidade populacional; Aprendizagem teórico-prática sobre as intervenções vinculadas à vigilância, à comunicação, à educação, à proteção e à atenção em saúde; Conhecimento da relação socioespacial e as implicações do meio para a geração de propostas de saúde nos espaços das cidades; Estudos sobre planejamento, gestão, controle e produção de planos e programas relacionados à saúde coletiva e; Elaboração de projetos de intervenção em casos de epidemias com implicações na saúde coletiva (UNILA, 2019).

Se comparada com o resto de universidades federais brasileiras, nota-se que a UNILA possui uma filosofia institucional bem diferenciada. Sua missão institucional é formar recursos humanos aptos a contribuir para o processo de integração latino-americana, o desenvolvimento regional e o intercâmbio cultural, científico e educacional da América Latina (UNILA, 2014, p. 5). A multiculturalidade e interdisciplinaridade conformam o projeto pedagógico, “voltado para a formação de profissionais e pesquisadores comprometidos com o desenvolvimento econômico, social, cultural e político da América Latina” (UNILA, 2014, p. 5).

Outrossim, “o curso de saúde coletiva da UNILA inserido em um contexto regional, nacional e internacional especialmente rico e desafiador”; isto é, “diante de um cenário de demandas ainda não atendidas, tanto

na esfera das políticas públicas como na esfera do atendimento direto às comunidades” (UNILA, 2014, p. 11). Consequentemente, pode-se afirmar que:

(...) O compromisso do curso de Saúde Coletiva da UNILA inclui o desafio de formar sanitaristas aptos a reconhecer, compreender e saber lidar com um universo de diferenças culturais, étnicas, linguísticas, sociais e econômicas de imensas proporções. A América Latina e o Caribe continuam caracterizando-se por cenários antropológicos muito peculiares, que precisam ser abordados por profissionais formados com instrumentos teóricos e metodológicos excelentes, no sentido de, também, peculiares e diversos. Em uma expressão, que ecoa a própria missão da UNILA, o sanitarista egresso da Universidade, para a América Latina é, também, “uno e diverso” (UNILA, 2014, p. 12).

O PPGSC da UNILA se caracteriza por privilegiar a formação interdisciplinar, considerando práticas interdisciplinares como “disciplinas que se destinam a reforçar a compreensão, a abordagem e a solução de problemas que envolvem o conhecimento de diversas áreas” (UNILA, 2014, p. 17). Tal posicionamento ideológico vem ao encontro com a formação crítica e humanística do sanitarista, sujeito capaz de refletir e propor mudanças que busquem o maior grau de qualidade de vida das populações. Para tal, o sanitarista formado na UNILA deve aprovar seis módulos de práticas interdisciplinares, abordando os principais eixos de atuação.

De acordo com Murillo (2020, p. 61), as práticas interdisciplinares são realizadas nos diversos níveis de atenção em saúde e dispositivos sociais, porém, sendo atraídas, maiormente, às atividades vinculadas ao nível primário da atenção sanitária. Desse modo, o sanitarista em formação tem a possibilidade de conhecer a realidade socio sanitária que caracteriza ao município. Faz-se jus notar que:

No que concerne à área da Saúde Coletiva, a trajetória brasileira transformou o que se designava por Saúde Pública. Historicamente, a área foi constituída como interdisciplinar, mas dotada de especificidades que resultaram em domínio de saberes, especialidades e subespecialidades. Resta clara a inexistência de um profissional fulcrado na saúde, com formação básica em Saúde Coletiva. A caracterização da área da Saúde Coletiva, como espaço de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, aponta para a necessidade da constituição de um conjunto de conhecimentos e práticas de atuação profissional diferente da formação especializada. Esse núcleo de conhecimentos e práticas formaliza um recorte profissional, podendo aperfeiçoar-se, no futuro, como os demais profissionais da saúde em territórios de especialidades. A complexidade da abordagem do tema saúde faz aflorar a notória insuficiência da atuação generalista, com consequente e exclusiva base em especialidades. A formação de bacharéis em Saúde Coletiva, no âmbito da graduação, permitiria preencher esta lacuna (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017, p. 2).

Analisando o caso específico da UNILA, o Quadro 02 apresenta a relação entre os componentes acadêmicos e a descrição da ementa tratada em cada módulo das práticas interdisciplinares em saúde, do PPGSC:

Quadro 02 – Práticas interdisciplinares em saúde, segundo PPGSC, UNILA, 2014

Nome do componente acadêmico	Descrição da Ementa
Práticas Interdisciplinares em Saúde I	Percepção dos trabalhadores de saúde e dos grupos populacionais sobre o processo saúde-doença-cuidado. Sistema cultural de saúde e formas tradicionais de cura. Representações sociais sobre saúde, doença e ser humano.
Práticas Interdisciplinares em Saúde II	Informatização no sistema de saúde. A intersetorialidade e a interdisciplinaridade na saúde da população. Demandas, habilidades e capacidades dos equipamentos públicos. A saúde coletiva como campo de intervenção do sanitarista. Os princípios doutrinários e organizativos na estruturação do sistema local de saúde.
Práticas Interdisciplinares em Saúde III	A comunicação e educação em saúde como eixo das relações com a comunidade. Formas, linguagens e apropriações do comunicar e educar em saúde. Comunicação e educação em saúde como formas de enfrentamento de mecanismos de transmissão de doenças. Políticas, programas e ações de comunicação e educação em saúde.
Práticas Interdisciplinares em Saúde VI	Acesso à informação, instrumentos e estratégias de comunicação e educação em saúde. Caracterização, interpretação e análise crítica dos materiais produzidos no âmbito governamental e suas apropriações pelos profissionais de saúde e usuários. A interface entre os determinantes sociais de saúde e as mensagens e conteúdos veiculados pelos materiais produzidos pelo governo. Possibilidades e limites na gestão da educação e comunicação em saúde.
Práticas Interdisciplinares em Saúde V	Políticas de promoção da saúde como instrumentos potencializadores no campo da atenção primária. As ações e serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças nos diversos modelos de assistência. Dilemas e desafios dos sistemas de informação na vigilância em saúde.
Práticas Interdisciplinares em Saúde VI	Direito à saúde, programas sociais e grupos vulneráveis. A apropriação das políticas, programas e ações em saúde como instrumentos de enfrentamento e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis. Estudos epidemiológicos como ferramenta para avaliação e autoavaliação dos serviços de saúde na prevenção e controle das doenças fazendo interface com outras políticas setoriais.

Fonte: Elaboração própria dos autores, com base em UNILA (2014, p. 72;75).

Para Moro *et al.*, (2015, p. 167) a SC “talvez seja a profissão mais inovadora na área da saúde, e a que de certa forma poderá ter maior impacto na dinâmica regional”. Seguem que, “os diálogos e processos de ensino-aprendizagem presentes no curso assumem uma posição que quebra o paradigma que privilegia a biologia” (MORO *et al.*, 2015, p. 168).

O grau de obrigatoriedade dos seis módulos de práticas interdisciplinares em saúde do PPGSC da UNILA denota a intenção do curso em produzir recursos humanos capacitados para entender a dinâmica e heterogeneidade nos eixos principais de formação da SC. Ilumina, por seguido, a ideologia latinoamericanista da própria instituição para integrar e articular saberes, a fim de alcançar o desenvolvimento regional, incluindo nesse objetivo, o fortalecimento dos sistemas de saúde da América Latina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensaio abordou o surgimento, desenvolvimento e criação da identidade sanitaria no âmbito do SUS. Tratou também da atuação do profissional sanitaria em território com realidades tais de linha de fronteira, discutindo as atribuições legais e profissionais; também destacando a relevância da Saúde Coletiva para o sistema de saúde de Foz do Iguaçu/PR.

O sanitaria graduado pela UNILA se coloca como um profissional com formação integral e humanística; tido como sujeito apto para agir de maneira efetiva sobre as pressões de um território com alto grau de complexidade, valendo-se das aptidões de gestão e planejamento em saúde; comunicação e educação em saúde; epidemiologia e ciências sociais aplicadas à saúde. Sua formação interdisciplinar lhe permite, para mais de uma compreensão multidimensional dos contextos característicos da região de linha de fronteira, produzir atos tendo como norte à integralidade; universalidade e equidade em saúde.

Por último, a principal contribuição desse trabalho radica na compreensão de que a Saúde Coletiva é um movimento social de origem brasileira, com visões contra hegemônicas da tríade saúde – doença – cuidados. Por conseqüente, com um olhar holístico sobre as necessidades socio sanitárias do coletivo, por meio da incorporação de práticas inovadoras, que visem a promoção da saúde na esfera coletiva, contemplando todos os níveis de atenção à saúde. Reconhece-se que esse trabalho analisou somente a literatura relacionada, excluindo a autopercepção <identidade profissional> do sanitaria, por exemplo. Portanto, recomenda-se a realização de futuras pesquisas que visem trazer à tona os desafios e potencialidades da Saúde Coletiva através da visão dos próprios profissionais, considerando questões como: o processo de trabalho, a formação acadêmica e a inserção laboral em contextos multiprofissionais e interprofissionais.

REFERÊNCIAS

- AIKES, S; RIZZOTTO, M. L. F. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00182117, 2018.
- AITH, F. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. **R. Dir. sanit.**, São Paulo v. 15 n. 3, p. 85-90, nov. 2014/fev. 2015.
- ALBUQUERQUE, J. L. C. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: o atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). **Geopolítica**, vol. 3, num. 2, 185-205, 2012.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. II (1/2), 1997.
- BASTOS, H. Disciplinaridade: multi, inter e trans. **Construir notícias**, 2020.
- BENITO, G. A. V; MURILLO, R. S. G; ZOILÁN, D. G. A. D; SÁNCHEZ, M. A. G. Organização do sistema público de saúde: oficinas de orientação em dispositivos sociais em município de região fronteiriça brasileira. In: Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto. (Org.). **Análise Crítica das Ciências da Saúde 2**. 02ed. Ponta Grossa: Atena Editora, v. 02, p. 200-212, 2019.
- BEZERRA, A. P. S. *et al.* Quem são os novos sanitarias e qual seu papel?. **Rev Tempus Actas Saúde Col**; 57-62, 2013.
- BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 15, p. 11-16, 2005.

- BURSZTYN, I; ALVES, R. Uma Ferramenta para Desenvolver e Monitorar o Ensino da Saúde Coletiva no Curso Médico. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 1, supl. 1, p. 377-385, 2019.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.
- CERRONI, M. P; CARMO, E. H. Magnitude das doenças de notificação compulsória e avaliação dos indicadores de vigilância epidemiológica em municípios da linha de fronteira do Brasil, 2007 a 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde** 24 (4), 2015.
- COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES. Documento de área: Saúde Coletiva, 2013.
- CORDEIRO, H. O instituto de medicina social e a luta pela Reforma Sanitária: contribuições à história do SUS. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(2):343-362, 2004.
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 14, p. 743-752, 2009.
- GALVÃO, M. A. M. Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930. **Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola da Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto**, 2009, p. 1-33.
- LIMA, L. T. P; TOSO, B. R. G. O. Acesso à atenção primária na tríplice fronteira sob a ótica do brasileiro não residente no país. **R. Saúde Públ**; 2(1):13-20, 2019.
- LIMA, R. O. Direito à saúde e acesso aos serviços do sus: restrições impostas à população estrangeira da tríplice fronteira. **Revista Direito Sem Fronteiras** – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu. Edição Especial. V. 1 (3): 61-77, 2017.
- MAZON, L; TREVIZAN, M. A. Fecundando o processo da interdisciplinaridade na iniciação científica. **Rev Latino-am Enfermagem**; 9(4):83-7, 2001.
- MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.
- MINAYO, M. C. S. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, Ponta Grossa, 10(2): 435-442, 2010.
- _____. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina Ribeirão Preto**; 24(2):70-7, 1991.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva**, Brasília, 2017. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2017-pdf/72431-pces242-17-pdf/file>
- MORO, P. F. C et al. El papel fundamental de la UNILA en el contexto de la educación en salud en la triple frontera. **Revista Orbis Latina**, vol. 5, n. 2: 163-178, 2015.
- MURILLO, R. S. G. Práticas Sanitárias Integrativas em Região de Tríplice-fronteira: Experiência de Formação Sanitária Interprofissional na Modalidade PET-Saúde. **Atenção Primária à Saúde & Boas Práticas**, v. 1, p. 56-73, 2020.
- NICOLESCU, B. Um novo tipo de conhecimento – transdisciplinaridade, São Paulo; 1-10, 1999.
- NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e sociedade**. 3(2):5-21, 1994.

OLIVEIRA, L. M. S. R; MOREIRA, M. B. Da disciplinaridade para a interdisciplinaridade: um caminho a ser percorrido pela academia. **REVASF**, Petrolina-PE, vol. 7, n.12, p. 06-20, 2017.

PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. In: **Desafios para a saúde coletiva no século XXI** [online]. Salvador: EDUFBA, pp. 79-98, 2006.

_____. Estratégias, forças políticas, bases sociais e práxis da reforma sanitária. In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: **EDUFBA**; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 269-290. ISBN 978-85-7541-359-3

SANTOS, C. T; RIZZOTTO, M. L. F; CARVALHO, M. Financiamento público para a saúde de municípios paranaenses em região de fronteiras (2000 – 2016). **Cogitare enferm**, 2019.

SILVA, M. J. S; SCHRAIBER, L. B; MOTA, A. O conceito de saúde na saúde coletiva: contribuições a partir da crítica social e história da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29(1), e290102, 2019.

SOUSA, L. L. S; NERI, F. S; VILLAVICENCIO, J. L. S; SILVA, M. G. Pactos, protocolos e o protagonismo dos atores políticos locais: impasses e condicionantes para o acesso aos bens e serviços de saúde na linha de fronteira do arco sul do Mercosul. **Revista Brasileira De Iniciação Científica**, v. v. 5, p. 200-210, 2018.

SOUTO, L. R. F; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA – UNILA. **Projeto Pedagógico do Curso de Saúde Coletiva**, 2014.

_____. **Saúde coletiva: sobre o curso**, 2019. Disponível em: <<https://portal.unila.edu.br/graduacao/saude-coletiva/sobre>>. Acesso em: 2019.

VIANA, J. L.; SOUZA, E. C. F. Os novos sanitaristas no mundo do trabalho: um estudo com graduados em saúde coletiva. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1261-1285, 2018.

VILELA, E. M; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**; 11(4):525-31, 2003.

