



CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA NO BRASIL E OS DESAFIOS PARA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SUS

Leônidas Evangelista Lima Neto¹

João Gabriel Lima Ferreira²

RESUMO

Reflexão acerca dos desafios para a formação profissional para o Sistema Único de Saúde brasileiro. Retoma a constituição histórica do processo saúde/doença no país e reconstitui o processo de luta pela emergência e consolidação de um sistema de saúde público, universal, integral, gratuito, amplamente acessível à população. Para tanto, utilizou-se a técnica de revisão bibliográfica, com o fim de identificar os elementos constitutivos desse processo no país. Ao fim, enumera-se tais desafios à formação profissional em saúde para a consolidação da concepção originária do SUS. Conclui-se que a principal luta é pela garantia da uma nova formação para esse novo profissional requerido pela saúde pública do país.

Palavras-chave: Saúde. SUS. Formação profissional.

ABSTRACT

Reflection on the challenges for professional training for the Brazilian Unified Health System. It resumes the historical constitution of the health/disease process in the country and reconstitutes the process of struggle for the emergence and consolidation of a public, universal, integral, free health system, widely accessible to the population. For this purpose, the bibliographical review technique was used, in order to identify the constitutive elements of this process in the country. At the end, such challenges to professional training in health are listed for the consolidation of the original conception of the SUS. It is concluded that the main struggle is to guarantee a new training for this new professional required by the country's public health. **Keywords:** Health. SUS. Professional qualification.

Keywords: Health. SUS. Professional qualification.

¹ Universidade Nove de Julho (UNINOVE). Graduando do curso de Medicina. E-mail: leonidas.lima@uni9.edu.br

² Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Graduando do curso de Educação Física. E-mail: joao.glf@discente.ufma.br



1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o sistema de saúde no Brasil tem enfrentado desafios significativos, como desigualdades, falta de acesso a serviços de qualidade, infraestrutura precária e questões relacionadas à gestão e financiamento. Esses problemas têm impacto direto na saúde da população e podem resultar em disparidades no acesso aos cuidados médicos e nos indicadores de saúde.

É importante buscar a articulação entre a saúde e a sociedade, estabelecendo relações de intercâmbio e entendendo a relação entre o setor da saúde e a produção. Isso significa considerar a saúde como um componente integrado do desenvolvimento socioeconômico do país.

O ponto de articulação desses elementos, entendemos, é a formação profissional de saúde no país. Estrangulada pelo ensino aligeirado, acrítico, tecnicista e pouco atento à realidade social em que se insere, esse conjunto de características traz consigo enormes desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro. Fruto de lutas ao longo de décadas, o SUS encontra-se com permanente disputa no país.

Este artigo objetivou reconstituir o processo histórico de formação da concepção de saúde pública no país, trazendo desde sua origem até a atualidade, o percurso de afirmação dessa concepção. A partir disso, problematiza a formação profissional em saúde e elenca os desafios a serem enfrentados para a garantia da saúde pública, gratuita, integral, humanizada, crítica, voltada à saúde e não à doença e às demandas da população.

Por fim, aponta perspectivas para a superação desses desafios, se se quer, de fato, a efetivação desse novo modelo de saúde gestado pelo movimento sanitarista de saúde brasileiro.

2 O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE NO BRASIL

PROMOÇÃO



APOIO





A maneira como a Saúde é tratada no Brasil depende do modelo de governo que está em vigor. O período Colonial foi marcado pela interação entre indígenas, portugueses recém-chegados e africanos escravizados. Em um primeiro momento, a relação entre colonizadores - que carreavam consigo doenças que não existiam nas amérias - e os povos originários causou diversas epidemias que dizimaram esses habitantes, enquanto as más condições das embarcações europeias e as peculiaridades do Brasil recém-descoberto também adoeciam os portugueses.

Vendo isso como um empecilho para a viabilidade da colonização, o Conselho Ultramarino Português criou os cargos de físico-mor e cirurgião-mor, como uma tentativa de conter as principais moléstias das terras americanas, como a tuberculose (trazida pelos jesuítas) e a varíola (advinda mais futuramente pelo tráfico de africanos). Essa veio a se tornar a maior causa de morte do Brasil colônia. A falta de médicos no território tropical - havia apenas seis médicos formados na Europa em todo o país no ano de 1746 (BERTOLLI FILHO, 2011), o que levava a grande maioria da população a se tratar por curandeiros e benzedeiros, uma vez que rogava, na época, a crença de que doenças eram castigos divinos. Além desses "pagões", a Igreja era a outra provedora de acolhimento, por meio de suas Santas Casas de Misericórdias, prestadoras de serviços assistencialistas durante toda a história do Brasil.

Com a transferência da Corte Portuguesa para o Brasil, no início do século XIX, e a elevação do país de Colônia para Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves, o Governo Imperial precisou fazer adaptações na antiga colônia para receber a nobreza. Dessa forma, no âmbito da saúde, foi inaugurada a primeira faculdade de medicina do Brasil, a Escola de Cirurgia da Bahia. Conforme destaca Bertolli Filho (2011), essas adequações permitiram ao Brasil uma série de ações sanitárias que objetivavam mudar a imagem do Brasil no exterior. Nesse sentido, D. João VI criou a Junta Vacínica da Corte com a intenção de ampliar a cobertura vacinal de varíola na América Portuguesa. Nesse mesmo período, foi criada a Academia Imperial de Medicina, que nasceu com a finalidade de ser um órgão consultor nas questões de saúde do país, publicando na mais antiga revista ininterrupta do país, os Anais da Academia Nacional



de Medicina. Consonantemente, era criada a Junta de Hygiene Pública, responsável por delegar atribuições sanitárias aos municípios, portos e navios (ROSEMBERG, 2018).

Como o Rio de Janeiro continuava assolado por doenças como febre amarela, varíola e cólera, foi instituída em 1828 a Inspetoria de Saúde dos Portos, órgão responsável por garantir que todas as embarcações que trouxessem doentes cumpririam uma quarentena (BERTOLLI FILHO, 2011). Em 1851, a antiga Junta de Hygiene Pública foi transformada em Junta Central de Hygiene Pública, com o objetivo de controlar o exercício da medicina e inspecionar a vacinação, farmácias e alimentos (MACHADO *et al.*, 1978). Embora não tenha sido eficaz em resolver os problemas de saúde do País, essa nova junta foi um marco na organização sanitária brasileira.

Com a queda do Império e a implementação da República, a questão sanitária começou a traçar novos caminhos, os médicos Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e Emílio Ribas, em São Paulo, focaram seus esforços para combater efetivamente a febre amarela, alcançando resultados satisfatórios (ROSEMBERG, 2018). Entretanto, como o Estado estava focado em resolver essas doenças, as quais atingiam mais os imigrantes europeus que serviam como mão de obra nos cafezais, a tuberculose continuava fazendo vítimas em todo o país. Preocupado com a dimensão que a doença estava tomando, o médico Clemente Ferreira fundou a Liga Paulista contra a Tuberculose, no intuito de chamar atenção para essa moléstia. Clemente Ferreira influenciou a abertura de diversas Ligas por todo o Brasil, demonstrando a organização social como um importante fator de interação com o Estado (ROSEMBERG, 2018).

O fim do século XIX foi marcado pela inauguração dos dois maiores e mais importantes institutos de pesquisa do Brasil, o Instituto Soroterápico Federal (hoje Instituto Oswaldo Cruz) e o Instituto Butantã. Essas duas corporações foram responsáveis por reformular, baseado nas correntes ensinadas na Alemanha e na França, a maneira como os médicos viam as doenças no Brasil.

Formados por essa nova perspectiva, médicos como Emílio Ribas e seu auxiliar Adolfo Lutz contestaram a teoria miasmática. Durante o governo de Rodrigues Alves,

PROMOÇÃO



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MINHA E DOUTORADO

APOIO

**Fundação
Sousândrade**
SEU AO DESENVOLVIMENTO DA CULTURA



CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico



o médico Oswaldo Cruz, no comando da Diretoria-Geral de Saúde Pública, combateu firmemente a febre amarela na capital brasileira. O especialista acreditava que a doença seria transmitida por um mosquito, ao invés do contato com fluidos de pessoas doentes – como pensava-se até então (FIOCRUZ, 2017).

Destarte, sob o comando do sanitário, foram formadas brigadas de combate aos focos de criação do mosquito, isolamento dos doentes e compulsividade das notificações. Para além disso, na tentativa de conter a varíola, decretou também a obrigatoriedade da vacina – sem, no entanto, explicar para a população como seria realizado esse processo – causando motins pela cidade, os quais marcariam o início da Revolta da Vacina.

O sucessor de Oswaldo Cruz, durante o governo de Epitácio Pessoa, foi Carlos Chagas, que transformou a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Importante frisar que esse órgão estava ligado ao Ministério da Justiça e de Negócios Exteriores, pois um Ministério para a pasta da Saúde só foi surgir durante o governo de Getúlio Vargas. A gestão de Chagas também foi responsável por elaborar órgãos específicos para lutar contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas, além do foco em assistências hospitalar, infantil e na higiene industrial (ROSEMBERG, 2018).

O ano de 1923 foi marcado pela aprovação, em 24 de janeiro, da Lei Elói Chaves, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) e marcou o início da Previdência Social no Brasil. Inicialmente abrangendo apenas aqueles que trabalhassem no setor operário urbano e a primeira classe a se organizar para adquirir esse direito foram os dos ferroviários, dado que esse era o setor fundamental para a economia agroexportadora.

Os anos compreendidos pela Era Vargas registraram enormes avanços para a Saúde no Brasil. Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, o qual – ainda durante seu governo – seria desmembrado em dois, o da Educação e o da Saúde; substituição das CAPs pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), cujo principal avanço era não mais depender das empresas para ser instaurado, cabendo



apenas as categorias profissionais; o reconhecimento de direitos como férias renumeradas, dia de descanso semanal e a Consolidação das Leis Trabalhistas (BERTOLLI FILHO, 2011).

Os governos pós-Vargas e os da Ditadura Militar não ofereceram avanços para a pasta da saúde pública. Tem-se em 1960 a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social, a qual trouxe todos os trabalhadores urbanos para a CLT; em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com fortes tendências privatizantes; houve, nesse período, aumento da dengue, meningite e malária; em 1983, criou-se uma estratégia multiministerial (Previdência-Saúde-Educação) para tentar contornar a difícil situação da saúde pública, a Ações Integradas de Saúde (ROSEMBERG, 2018).

Em 1988, finalmente, tem-se a nova Constituição cidadã, que trouxe consigo um novo conceito para saúde – como um direito de todos e um dever do Estado e a criação do SUS. O Sistema Único de Saúde (SUS) é inovador à medida que, diferentemente das antigas IAPs, atende a todos os brasileiros, de maneira universal, integral e gratuita. Para além disso, definiu-se saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. Tem-se agora um novo enfoque de atenção à saúde, o qual se afirma sob novas bases que incorporam valores como acolhimento, resolutividade, promoção da saúde, prevenção de agravos, acessibilidade ao sistema público e, por fim, reconhecimento do sujeito em sua singularidade, inserido no meio sociocultural, consoante determinações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Tal conjunto de proposições junto à nova constituição foi fruto de ampla mobilização social no seio da sociedade brasileira, a partir do acúmulo de forças reunido pelo Movimento de Reforma Sanitária, nos 1970, que culminou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual emergiu o projeto e o conceito que viria a dar forma ao SUS. Sistema de saúde que passou a requerer, também, um novo perfil para o profissional de saúde.

PROMOÇÃO



APOIO





3 DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SUS

Historicamente a figura do médico marcou a atuação profissional na área da saúde no Brasil. Rubem Araújo de Mattos (2008) discorre sobre o assunto debatendo as estratégias usadas por essa categoria para conceber a ideia de monopolização que os médicos buscaram ter sobre as questões de saúde vistas até hoje.

A primeira foi a autoafirmação sobre sua competência exclusiva; criaram-se escolas e corporações das quais apenas os egressos delas estariam aptos a discutir e atuar nas questões de saúde. A segunda, foi a cobrança feita pela categoria para o Estado ir contra qualquer um que contestasse tal monopólio. A terceira estratégia, a tomada de instituições e meios políticos, de forma que a categoria pudesse afirmar à sociedade sua autonomia como detentores de conhecimento na área da saúde. Em suma, a categoria médica seguiu três passos: primeiro, afirmar sua autonomia, em seguida, utilizar o Estado para perseguir aqueles que colocassem isso em dúvida e, por fim, autonomizar-se enquanto campo de conhecimento na sociedade. Tudo isso culminou na dependência da figura do médico pelo indivíduo.

Todas essas estratégias levaram ao desenvolvimento de um modelo de política de saúde médico-assistencialista e privatista centrado na figura do médico e na saúde como simples ausência de doença (LUZ, 1991). No entanto, o surgimento do SUS trouxe uma nova concepção de saúde e um novo modelo organizacional para a área, no qual o papel do médico será de orientador central e supervisor do processo de cura/tratamento. Dessa maneira, há uma “cooperação vertical”, termo utilizado por Mendes Gonçalves (1992) para designar a ação multiprofissional de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros.

No âmbito do SUS, tal concepção e prática profissional, ao longo dos anos 1990/2000, tem enfrentado enormes desafios para sua implementação, os quais:

a) a pouca oferta de vagas para a formação de profissionais de saúde para dar conta da demanda do sistema, especialmente na quantidade de médicos formados e na distribuição desses profissionais pelo território brasileiro, ocasionando situações

PROMOÇÃO



APOIO





críticas como a de se ter 2,2 médicos por 1000 habitantes, na região nordeste do país (CFM, 2024));

b) o desfinanciamento do sistema e os parcisos recursos destinados à formação contínua dos profissionais que atuam na saúde, trazendo, ainda, a situação crítica de completa desproporção salarial entre, por exemplo, médicos e enfermeiros, categoria esta que, no Brasil, ainda luta por um aumento no piso nacional de remuneração, além de jornadas exaustivas de trabalho,

c) falta de estrutura e recursos materiais básicos para o atendimento cotidiano da população no sistema;

d) mercantilização da saúde, com vínculos empregatícios precários e, em determinadas regiões, a exemplo do Maranhão, com ausência de mais 25 anos sem concurso público para a saúde, o que repercute na configuração de contratações via organizações sociais ou empresas de saúde com pouco compromisso com a efetivação dos princípios do SUS; além de novos modelos de gestão do SUS caracterizados pela lógica privatista na saúde;

e) a ausência de uma concepção formadora que dê continuidade aos princípios e diretrizes constituidoras do SUS. Concepção que requer, então, uma nova formação para um novo profissional nesse sistema de saúde.

O Ministério da Saúde tem investido em formação de profissionais da saúde, como: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que integram estudantes e profissionais a realidade do SUS; Programa de Valorização da Atenção Primária (PROVAB) e Mais Médicos, voltados à inserção e à fixação de profissionais de saúde, em diversos territórios; Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, formações *lato sensu* em serviço, em áreas como Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Medicina, entre outros; Telessaúde Brasil Redes, que utiliza Tecnologias de Informação para oferecer segundas opiniões médicas e continuidade na formação em qualquer lugar do país; Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), plataforma digital que oferece mais cursos e certificações para

PROMOÇÃO



APOIO





profissionais da saúde; PlanificaSUS, APS Forte no SUS, QualificaAPSU, que são mais canais de qualificação disponíveis (BRASIL, 2025).

Contudo, esses programas não têm se mostrado suficientes para a adesão dos profissionais de saúde às novas perspectivas trazidas pelo SUS, seja pela deficiência na formação de base desses profissionais, seja pela falta de perspectiva que a Saúde Pública tenha no Brasil. Ou seja, tem-se de um lado Políticas Públicas que almejam essa capacitação esperada para o profissional do SUS, sem, no entanto, outras Políticas que atraiam e fixem o profissional ao Serviço Público - como a igualdade salarial entre as categorias e uma infraestrutura que comporte os Equipamentos de Saúde. Além da já citada falta de dedicação das empresas prestadoras de serviços para o SUS aos valores e doutrinas do Sistema.

Para enfrentar esses desafios postos é preciso fortalecer as lutas sociais dos trabalhadores e das trabalhadoras da área da saúde. É preciso participação ativa do movimento estudantil da área de saúde para serem protagonistas também de uma formação orientada para o SUS. É necessário fortalecer fórum estaduais de saúde, que articulem coletivamente as diversas lutas das categorias profissionais em saúde, em conjunto, com os interesses de usuários. Posto que a luta pela saúde universal, pública, integral, humanizada, tem que ser todo dia, no exercício da profissão, tomando a saúde como direito e não como mercadoria!

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, almejar a efetivação do Sistema Único de Saúde, em conformidade com o seu projeto original, requer o rompimento com qualquer perfil tecnicista de ensino, centrado em conteúdos com orientação biologicista na abordagem da saúde e preocupado tão somente com a sofisticação técnica de aparelhagem de diagnóstico e tratamento, em detrimento de metodologias pedagógicas problematizadora da realidade em que os profissionais de saúde se encontram, que valorizem os profissionais em sua multiplicidade formativa.

PROMOÇÃO



APOIO





Ponto de partida para isso é a superação do instrumento de formação, a universidade, enquanto organização meramente prestadora de serviços dissociada do diálogo crítico sobre sua função social com a realidade na qual está inserida (CHAUÍ, 2003), estruturada em termos de contrato de gestão e com a ideia de flexibilidade e produtividade alheia a uma formação integral dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/capacitacao>. Acesso: 04 de julho de 2025.

CHAUÍ, Marilena. **A universidade pública sob nova perspectiva**. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, p. 5-15, set./out./nov./dez 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). <https://portal.cfm.org.br/noticias/dados-mostram-que-a-populacao-de-medicos-no-minimo-dobrou-na-maioria-dos-estados-brasileiros>. Acesso em 04 de julho de 2025.

FIOCRUZ. **A trajetória do médico dedicado à ciência**. 2017. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/trajetoria-do-medico-dedicado-ciencia>>. Acesso em: 18 jun. 2023.

LUZ, Madel Therezinha. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80**. Physis, Rio de Janeiro, Relume-Dumará/ IMS-UERJ, n. 1, 1991.

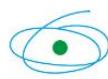
MACHADO, R. et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MATTOS, Rubem Araujo de. **Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores**. In: Estado, sociedade e formação profissional em saúde. Contradições e desafios em 20 anos do SUS Orgs: MATTA, Gustavo Corrêa. LIMA, Júlio César França. Rio de Janeiro: Editora FioCruz/ EPSJV, 2008.

PROMOÇÃO



APOIO



Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico



MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de saúde: Processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, Caderno CEFOR, série textos, n.1. 1992.

ROSEMBERG, Ana Margarida Furtado Arruda. **Breve História da Saúde Pública no Brasil**. In: Epidemiologia e saúde. Org. ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. Rio de Janeiro: Medbook. 2018

PROMOÇÃO



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MÍDIA E DIFUSÃO

APOIO

**Fundação
Sousândrade**
Instituto de Desenvolvimento da Criança



CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico