

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO MESTRADO
PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Raimunda Elaine Araújo Barreto

O BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA:
um novo trabalhador no campo da saúde no Brasil.

Rio de Janeiro
2023

Raimunda Elaine Araújo Barreto

**O BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA:
um novo trabalhador no campo da saúde no Brasil.**

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz, como requisito para a obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antônio Carvalho Santos.

Rio de Janeiro
2023

Catálogo na Fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

B273b Barreto, Raimunda Elaine Araújo
O bacharel em saúde coleta: um novo
trabalhador no campo da saúde no Brasil /
Raimunda Elaine Araújo Barreto. - Rio de Janeiro,
2023.
96 f.

Orientador: Marco Antônio Carvalho Santos.
Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz,
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,
2023.

1. Formação Profissional. 2. Saúde Coletiva.
3. Ensino. 4. Pessoal da Saúde. I. Santos, Marco
Antônio Carvalho. II. Título.

CDD 370.113

Raimunda Elaine Araújo Barreto

O BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA:
um novo trabalhador no campo da saúde no Brasil.

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz, como requisito
para a obtenção do título de mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Aprovada em 18/08/2023

BANCA EXAMINADORA

Doutor Marco Antonio Carvalho – Orientador FIOCRUZ/EPSJV

Doutora Grasielle Nespoli – Professora FIOCRUZ/EPSJV

Doutora Ana Cristina Viana Campos- UNIFESSPA

Dedico este trabalho a minha mãe, mulher, mãe solteira, dona de casa, doméstica, que criou seus quatro filhos com muito esforço e dedicação. Esse título também é seu.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois sem ele eu nunca teria conseguido enfrentar essa jornada, graças a ele eu nunca pensei em desistir dos meus sonhos.

A minha mãe Lena, que sempre esteve comigo nas horas mais difíceis e sempre rezou e reza para que tudo dê certo em minha vida, te amo com todo meu coração.

Aos meus queridos irmãos, e todos os meus familiares, avós, tios, tias, primos, sobrinhos, afilhados, por todo amor e vibrações positivas, amo cada um.

Ao meu orientador, por toda dedicação que sempre me ajudou durante toda a pesquisa, com todas suas palavras de conforto que me acalmaram na hora do desespero, sem os seus ensinamentos e paciência eu jamais teria conseguido, levarei você para sempre em meu coração.

A POLI e aos professores do Programa de Pós-graduação, pelo empenho e dedicação que cumprem essa profissão tão admirada, levarei comigo todos os ensinamentos compartilhados durante o mestrado.

As professoras que compuseram as bancas de qualificação e defesa. Obrigada pela disponibilidade e pelos apontamentos que contribuíram para este estudo, foi uma honra tê-las neste momento.

Ao meu querido grupo BURUN, que começou com um grupo de estudos e ao longo do mestrado se tornou minha rede de apoio. Sempre estiveram comigo compartilhando choros, alegrias e risadas. Passamos por tudo isso sempre unidas (de forma virtual e presencial) nossos encontros eram e são um momento de respiro e afago. Muito obrigada pela ajuda que sempre me deram, vou levar todas sempre em meu coração. Minhas preciosas Adelany, Juerlani, Tereza, Natalia, Jurema e Sabrina. Gratidão.

Aos amigos da turma do mestrado. Obrigada por todo companheirismo, histórias e ensinamentos, mesmo que “remotamente” em que vivemos tempos difíceis com a epidemia de covid-19, nossas aulas e encontros eram momentos felizes e de grandes aprendizados.

A todos os meus amigos, pela compressão das ausências em muitos momentos e pelo afastamento temporário.

GRATIDÃO!

RESUMO

O objeto desta dissertação é o estudo do Bacharel em Saúde Coletiva a partir do seu desenho formativo como um novo trabalhador no campo da saúde no Brasil. Para isso, a pesquisa enfocou o campo da saúde coletiva no Brasil, os pilares de sustentação da graduação em saúde coletiva, a Reforma Sanitária Brasileira, Sistema Único de Saúde (SUS) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO. Para desenvolver essas questões foi necessário realizar um caminho que contemplou um breve resgate histórico percorrido para a criação dessa nova graduação, o processo formativo desse sujeito e a inserção profissional, considerando as dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, pensando como isto se desenvolve dadas as particularidades desse novo trabalhador. Foi realizado um estudo descritivo com abordagem qualitativa, baseada na revisão e análise da literatura, mediante documentos institucionais, legislação, livros, artigos em periódicos, dissertações de mestrado e demais publicações relacionadas ao tema e coleta de dados, abordando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) da Graduação em Saúde Coletiva, Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), os Projetos Políticos Curriculares (PPC) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O bacharel da Saúde Coletiva reflete o acúmulo de experiências de ensino em graduação e pós-graduação, representando a consolidação do processo de institucionalização das práticas de ensino da Saúde Coletiva e avanço decisivo em direção a uma formação interdisciplinar ao nível de graduação. A identidade profissional do bacharel em saúde coletiva é construída em processos contraditórios, não lineares, e que o mercado de trabalho não é dado a priori, mas é o resultado de lutas e da correlação de forças políticas e ideológicas que disputam o poder no âmbito da saúde, assim como em outras políticas públicas sociais. A luta pelo reconhecimento da profissão é constante e tem mobilizado diversos estudantes e egressos nesse processo e na consolidação dos espaços de trabalho.

Palavras-Chave: Saúde Coletiva, Graduação em Saúde Coletiva, Profissionais de saúde.

ABSTRACT

The goal of this dissertation is the study of the Bachelor of Public Health from its formative design as a new worker in the field of health in Brazil. Therefore, the research focused on the scope of collective health in Brazil, as well as its graduations support pillars, the Brazilian Sanitary Reform, the Unified Health System (SUS) and the Brazilian Association of Collective Health -ABRASCO. To develop these questions, it was necessary to follow a path that included a brief historical review for the creation of this new graduation, the training process of this subject and the professional insertion, considering the theoretical-methodological, ethical-political and technical-operative dimensions, thinking about how this develops given the particularities of this new worker. A descriptive study with a qualitative approach was carried out, based on the review and analysis of the literature, through institutional documents, legislation, books, articles in journals, master's dissertations and other publications related to the subject and data collection, addressing the National Curriculum Guidelines (DCNs) of the Graduation in Collective Health, Brazilian Classification of Occupations (CBO), the Curricular Political Projects (PPC) National Register of Health Establishments (CNES). The BA in Collective Health reflects the accumulation of teaching experiences in graduate and postgraduate courses, representing the consolidation of the process of institutionalization of teaching practices in Collective Health and a decisive advance towards an interdisciplinary training at the graduate level. The professional identity of the bachelor in public health is built in contradictory, non-linear processes, to whom the labor market is not given, at first, but is the result of struggles and the correlation of political and ideological forces that dispute power in the field of health, as well as in other social public policies. The fight for recognition of the profession is constant and has mobilized many students and graduates in this process and in the consolidation of work spaces.

Keywords: Collective Health, Graduation in Collective Health, Healthcare Professionals

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO- Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CBO- Classificação Brasileira de Ocupações

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DCN- Diretrizes Curriculares Nacionais

ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

FGSC- Fórum de Graduação em Saúde Coletiva

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde

GSC- Graduação em Saúde Coletiva

LDB- Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MTE- Ministério do Trabalho e Emprego

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

REUNI- Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

RSB- Reforma Sanitária Brasileira

SUS – Sistema Único de Saúde

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

UEA- Universidade do Estado do Amazonas

UFAC- Universidade Federal do Acre

UFBA- Universidade Federal da Bahia

UEPA- Universidade do Estado do Pará

UFCSPA- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

UERGS- Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFOPA- Universidade do Oeste do Pará

UNILA- Universidade Federal da Integração Latino-Americana

UFMT- Universidade Federal do Mato Grosso

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

UNB- Universidade de Brasília

USP- Universidade de São Paulo

UFPR- Universidade Federal do Paraná

UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UFU- Universidade Federal de Uberlândia

UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UEPE- Universidade Federal de Pernambuco

UNIFESSPA- Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará

UPE- Universidade de Pernambuco

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Cursos de graduação em Saúde Coletiva por região, estado, instituição de ensino, nomenclatura e data de início do funcionamento.....	52
Tabela 02: Conceito no MEC dos cursos de graduação em saúde coletiva, vagas anuais e quantidade de egressos do período do ano 2012/2023.....	55
Tabela 03: Instituição, ano do PCC, carga horaria total, carga horaria de atividade complementar e carga horária de estágio obrigatórios dos cursos de graduação em saúde coletiva.....	61
Tabela 04: Codificação da CBO para o profissional sanitaria cadastrado no ministério do trabalho.....	70
Tabela 05: Estabelecimentos de saúde de lotação dos sanitaristas por regiões do brasil, competência dezembro de 2022.....	75
Tabela 06: Vínculo empregatício dos sanitaristas cadastrados nas regiões do brasil competência dezembro de 2022.....	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Distribuição do quantitativo de projetos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde coletiva publicizados nas páginas das universidades.....	60
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Profissionais sanitários no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde – CNES no período dos anos de 2013 a 2022.....	74
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1– ASPECTOS HISTÓRICOS DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL.....	18
1.1 CONCEITO DE CAMPO SEGUNDO BOURDIEU.....	18
1.2 O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL.....	23
1.3 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	31
1.4 A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E A GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA.....	36
1.5 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	39
CAPÍTULO 2- O CURSO DE BACHARELADO EM SAUDE COLETIVA: CRIAÇÃO, PERFIL PEDAGÓGICO / PROFISSIONAL.....	49
2.1 A CRIAÇÃO DA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA.....	49
2.2 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA.....	57
2.3 UM OLHAR SOBRE OS PROJETOS POLÍTICO PEDAGÓGICOS DO CURSO DE BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA.....	60
2.4 IDENTIDADE PROFISSIONAL /PERFIL DO FORMANDO EGRESSO.....	65
2.5 CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES DO PROFISSIONAL SANITARISTA.....	68
2.6 O SANITARISTA E O MUNDO DO TRABALHO.....	72
2.7 CENÁRIO E TENDÊNCIAS PARA O BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA NOS DIAS ATUAIS.....	80
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	89

INTRODUÇÃO

A realização do presente estudo foi motivada por uma vivência pessoal enquanto graduada no Curso de Saúde Coletiva. Inicialmente, farei um breve relato sobre o que me levou a escolher esse tema. Escolher um curso de graduação pode ser uma tarefa difícil e cheia de incertezas, visto que essa escolha conduzirá para o seu principal meio de trabalho. Então, comecei a pesquisar na internet informações sobre a graduação em saúde coletiva, perfil do curso, áreas de atuação e o campo de trabalho. Por ser uma graduação nova, pouquíssimas eram as publicações sobre o curso. Apesar disso, em meio essas incertezas, optei em cursar a graduação em saúde coletiva.

Ingressei no ano de 2015 na segunda turma ofertada pela Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, sendo a primeira instituição a ofertar a graduação nesse estado. Durante a graduação tivemos alguns obstáculos, tanto pelo quadro de professores que ainda estava se formando quanto pelo Projeto Político Curricular (PPC) do curso que não contemplava o campo completo da graduação. Ao longo dos anos, novas turmas ingressaram, assim como novos professores. Em 2017 PPC foi reformulado conforme as novas Diretrizes Nacionais Curriculares da graduação em saúde coletiva, e os estudantes tinham a opção de migrar ou não para o novo PPC, e assim as turmas antigas optaram em migrar.

No processo formativo, pude aprender sobre o campo da saúde coletiva, me engajei em projetos de extensão e pesquisa para adquirir novos conhecimentos e experiências na área. Quando terminamos as disciplinas obrigatórias da graduação e fomos para o campo de estágio, foram inúmeros desafios, tanto para os estudantes quanto para os tutores, por ser um profissional novo com uma área de atuação não tão delimitada. Essa inserção nos espaços dos serviços era sempre desafiadora. Eram constantes os questionamentos sobre o que esse profissional estava apto a executar. Pude vivenciar na prática o desconhecimento sobre a profissão entre os próprios profissionais de saúde e por boa parte da sociedade em geral.

Quando me formei e parti para buscar uma inserção no mundo de trabalho vindo de uma graduação “nova” e com pouquíssimos profissionais dessa área inseridos no campo de atuação, tive algumas dificuldades. Ao conseguir uma vaga na minha área em uma secretaria municipal de saúde situada no interior do Estado do Pará, tive que explicar para o gestor (secretário de saúde do município) o meu perfil profissional, assim como para toda a equipe de saúde. Sempre surgiam os mesmos questionamentos sobre minha profissão: o que o sanitarista faz? Como é essa formação? Que curso é esse? Em que áreas vocês atuam? A partir desses questionamentos e de outros colegas egressos, tive uma inquietação em pesquisar o processo formativo desse sujeito.

Assim, o objeto desta dissertação é o estudo do Bacharel em Saúde Coletiva, partir do seu desenho formativo como um novo trabalhador no campo da saúde no Brasil. Para isso, a pesquisa enfocou o campo da saúde coletiva no Brasil, os pilares de sustentação da graduação em saúde coletiva, a Reforma Sanitária Brasileira, Sistema Único de Saúde (SUS) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO. Além disso, abordam-se aqui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) da Graduação em Saúde Coletiva, Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), os Projetos Políticos Curriculares (PPC) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Analisar o perfil desse novo profissional a partir do seu processo formativo implica em um trabalho reflexivo sobre a formação e as competências gerais do sujeito (trabalho, compromisso social e ético-político). Implica também em compreender a educação enquanto prática social, pois as profissões de saúde vão além de ciência e aplicação tecnológica. A identidade profissional de um sujeito não nasce apenas do nome do curso, e sim, de um conjunto de fatores que vai desde a formação até o campo de trabalho.

Entendemos que para desenvolver essas questões é necessário realizar um caminho que contemple um breve resgate histórico percorrido para a criação dessa nova graduação, o processo formativo desse sujeito e a inserção profissional, considerando as dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, pensando como isto se desenvolve dadas as particularidades desse novo trabalhador. Temos consciência de que, nessa pesquisa, isso foi apenas parcialmente alcançado pelas limitações de tempo e pela amplitude do campo abordado.

A realização desse estudo justifica-se devido à necessidade também de ampliar o escopo teórico de produções acerca da temática da formação e atuação dos sanitaristas bacharéis, além de analisar a literatura sobre o assunto. Dessa forma, acredito que a pesquisa contribui para o conhecimento sobre tais fatores e coloca em discussão a identidade desse novo profissional e sua legitimidade nos processos que implicam seu campo de atuação, bem como reorganização e adequação na estrutura pedagógica dessa formação.

Passados dez anos das primeiras turmas formadas, estima-se que o país já conta com 3 mil bacharéis em saúde coletiva distribuídos por todas as regiões do Brasil (MORAIS,2021). Porém, na literatura, temos poucas publicações que trazem um panorama nacional dessa nova graduação, de como é o campo formativo desse novo sujeito, o currículo, a identidade profissional, bem como o seu campo de atuação.

A luta pelo reconhecimento da profissão é constante e tem mobilizado diversos estudantes e egressos nesse processo e na consolidação dos espaços de trabalho. O reconhecimento dessa profissão por parte dos profissionais de saúde, gestores e sociedade em

geral, dada a relevância dessa formação que ora se institucionaliza no contexto brasileiro, enfrenta muitas dúvidas e desafios, aos quais, em parte, essa pesquisa buscou responder. É preciso levar em consideração o viés político inerente a esta formação desde sua gênese, assim como a relação existente entre a área em sua modalidade de graduação e o próprio sistema de saúde.

A presente dissertação apresenta um estudo de revisão teórica e documental sobre a constituição do curso de bacharelado em Saúde Coletiva no Brasil com uma análise sobre os cursos de graduação ativos. A pesquisa foi baseada na revisão e análise da literatura, mediante documentos institucionais, legislação, livros, artigos em periódicos, dissertações de mestrado e demais publicações relacionadas ao tema e coleta de dados.

Para o levantamento das informações do quantitativo de cursos de Bacharel em Saúde Coletiva em funcionamento, de quais instituições ofertam, em quais regiões do Brasil, bem como a denominação e o ano de funcionamento do curso, recorreremos ao site da ABRASCO em que são especificados os cursos que participam do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva e ao Portal do Ministério da Educação (e-MEC). Foram encontrados 24 cursos em funcionamento em todas as regiões do país.

Os dados sobre conceito do curso, quantidade de vagas ofertados por ano, foram consultados os portais das Instituições e o site do e-MEC. Para obter as informações sobre o quantitativo de egressos por instituição, foram contatados, mediante endereço eletrônico, os coordenadores dos cursos conforme as informações disponíveis nos sites das instituições. Das 24 instituições contatadas, apenas 9 responderam o e-mail. Os e-mails foram enviados a primeira vez no mês de janeiro de 2023, com uma segunda tentativa em maio e junho do mesmo ano.

Para o levantamento dos Projetos Pedagógicos Curriculares dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, foram coletados os que estejam disponíveis nas páginas das instituições. Das 24 instituições somente 03 não tinham seus PPC publicados, sendo elas: UEPA, UNITA/CES e FMABC. As análises dos PPC se limitaram a carga horária total do curso, carga horária, estágio, ano de confecção do PPC, Componentes Curriculares e o perfil pretendido para o Graduado em Saúde Coletiva.

Da base do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que é uma plataforma do Ministério da Saúde que unifica e reúne informações sobre as equipes, profissionais e unidades de saúde de todo o país vinculado ao SUS, foi extraído as informações sobre: o quantitativo de profissionais sanitários cadastrados por ano, o estabelecimento de saúde em que estão lotados e o vínculo empregatício separado por regiões do país no período de 2013 a 2022. A extração dos dados foi conforme o número da CBO do Sanitarista 1312-25, sendo que

a CBO é utilizada tanto para profissionais que se formaram pela graduação e pelos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva. Por esse motivo não conseguimos fazer a análise em separado do profissional formado a partir da graduação.

A delimitação do período se deve ao fato de ter sido no ano de 2013 que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 256, de 11 de março de 2013, incluiu na Tabela de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) utilizada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a CBO 1312-C1- o profissional sanitarista. Então, é só a partir desse ano que se tem os registros na base de informação do SUS.

Saliento que a pesquisa não foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa, pois os dados coletados nas instituições e os extraídos de bases de informações são de domínio público.

CAPÍTULO 1 – ASPECTOS HISTÓRICOS DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL.

Apresentamos nesse capítulo os conceitos de campo social, campo intelectual e campo científico e *habitus* formulados por Pierre Bourdieu, como elementos teóricos que podem contribuir para a compreensão da constituição do campo da saúde coletiva e sua institucionalização no Brasil.

Entendemos que para desenvolver essas questões é necessário realizar um caminho que contemple um breve resgate histórico dos caminhos percorridos para a criação dessa nova graduação.

1.1 CONCEITO DE CAMPO SEGUNDO BOURDIEU

Pierre Bourdieu define campo como um conjunto de relações objetivas que se estabelecem entre os agentes em um espaço de disputa por posições (BORDIEU, 2009). Cada campo se caracteriza como um espaço onde se manifestam relações de poder, sendo sua estrutura formada por dois pontos importantes: dominantes e dominados (BOURDIEU, 1996). Sendo que:

[...] as posições ocupadas pelos atores têm certas propriedades que existem independentemente de quem as ocupa; têm atores dominantes (que tendem a defender seu monopólio e excluir a concorrência) e atores dominados (que tendem à subversão); têm objetos em disputa e interesses específicos que pertencem somente aquele campo e que não são percebidos por quem não foi formado para entrar neste campo; todo campo precisa de pessoas prontas para disputar o jogo, dotadas de *habitus* que impliquem o conhecimento e reconhecimento das regras e objetos de disputa; e a estrutura do campo reflete o estado da distribuição do capital específico que foi acumulado ao longo de lutas passadas e que orienta estratégias futuras (BOURDIEU, 2001, p. 129)

O conceito de campo relaciona os espaços onde se desenvolvem relações de poder, sendo aplicável a todos os domínios da vida social tanto político, econômico, literário, científico, dentre outros, que se dão a partir dos processos de diferenciação social, da forma de ser e de conhecimento do mundo (THIRYCHERQUES, 2006). Como tal, cada campo cria o seu próprio objeto e o seu princípio de compreensão.

A teoria geral dos campos de Bourdieu está de certo modo relacionada com a teoria de Max Weber, que aplicou em outros domínios conceitos retirados da esfera econômica. Bourdieu ao observar o trabalho de Weber afirma ter se encontrado diante de propriedades gerais, válidas para vários campos. Entretanto, o autor reforça que em "(...) vez de ser a transferência que está na origem do objeto [...] é a construção do objeto que a fundamenta" (BOURDIEU, 1989, p.68).

Bourdieu (2003) pontua que a esfera econômica não é um modelo fundador da teoria dos campos, mas um exemplo de um campo. Quando é realizado o estudo de um campo em particular descobrem-se características que lhe são específicas, mas que podem, ao mesmo tempo, ser valiosas para análises de outros campos. Considerando a existência de leis invariantes em certos campos, como o da política e o da religião, o autor vê a possibilidade de um projeto de uma teoria geral dos campos.

O conceito de campo é fruto do "estruturalismo genético" de Bourdieu, um estruturalismo que se detém na análise das estruturas objetivas dos diferentes campos, mas que as estuda como produto de uma gênese, isto é, da incorporação das estruturas preexistentes (Bourdieu, 1987, p. 24). Os campos são terrenos de lutas simbólicas, onde os atores que preenchem este espaço estrutural desenvolvem estratégias para sua reprodução e renovação.

Bourdieu descreve campo social como um espaço constituído por relações sociais e processos de diferenciação entre agentes e instituições que ocupam diferentes posições em um espaço determinado pela distribuição de vários tipos de capitais: econômico, cultural, social e político (BARRADA, 2022).

O social é constituído por campos, microcosmos ou espaços de relações objetivas, que possuem uma lógica própria, não reproduzida e irredutível à lógica que rege outros campos (BOURDIEU, 1996, p. 50). No processo de diferenciação dos campos sociais, a sociedade instaura campos específicos que se distinguem pelo tipo de conhecimento e de produção simbólica relacionada ao senso comum, à religião, à estética, à filosofia ou ao conhecimento científico.

Qualquer campo social pode ser descrito como um espaço multidimensional definido por um conjunto de agentes distribuídos, em diferentes dimensões, constituindo classes relacionais. A lógica de cada campo comanda as propriedades por meio das quais se estabelece a relação entre classe e prática. A posição social e o poder específico de cada agente dependem dos capitais que podem ser mobilizados em cada campo (BOURDIEU, 2007).

O campo intelectual, é descrito pelo autor como um sistema de posições que abrange classes de agentes que possuem habilidades e capacidades determinadas (BOURDIEU, 1974). A exemplo, a cultura escolar que fornece aos indivíduos um corpo comum de categorias de pensamento que possibilitam a comunicação e permitem compartilhar um certo espírito religioso, estético, filosófico ou científico, em cada época (BARRADA,2022). É importante compreender que campo é tanto um "campo de forças", uma estrutura que constrange os agentes nele envolvidos, quanto um "campo de lutas", em que os agentes atuam conforme suas posições relativas no campo de forças, conservando ou transformando a sua estrutura.

O campo científico pode ser compreendido como o universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem a ciência e como um lugar de luta concorrencial em que se tem em jogo o monopólio pela autoridade científica e o acúmulo de capital científico (BOURDIEU, 1983).

A construção do campo científico possibilita que a abordagem de diferentes proposições e limites seja avaliada pelos pares a partir de instrumentos de prova ou refutação sobre cuja eficácia e eficiência de um determinado produto, por exemplo. Assim, a comunidade científica concorda ou não com o achado científico e se esse contribuirá para a sociedade (BOURDIEU, 2004). O conhecimento científico gerado por uma determinada sociedade consolida o saber e desafia as estruturas cristalizadas, tidas como verdades absolutas.

O funcionamento do campo científico pode ser determinado pela estrutura dos produtores científicos, na hierarquia interna a cada disciplina, na natureza do capital social, credenciais escolares necessárias, oportunidades objetivas de carreira, hierarquia das práticas e dos objetos de estudo, além de outras aspirações. Assim, as escolhas epistemológicas e os interesses associados à posse de determinado capital científico recobrem posições políticas entre os grupos, definindo estratégias de busca por distinção ou competições em torno do monopólio da legitimidade científica (BARRADA, 2022; BOURDIEU, 1974).

Barrada (2022) pontua que a teoria científica só se revela no trabalho empírico em que se realiza. Ao se construir um objeto científico, o senso comum deve ser rompido tanto no âmbito do cotidiano como colocando à prova representações oficiais que já são mais ou menos estabelecidas no próprio campo. Assim, a ciência busca “provar” que problemas abstratos podem ser explicados cientificamente práticas. Como exemplo de resultados práticos da ciência podemos lembrar o caso das vacinas da Covid-19, pandemia que assolou o mundo a partir de 2020. A comunidade científica em tempo recorde criou a vacina, em menos de um ano. O desconhecimento de boa parte da população sobre os trâmites e protocolos técnico-científicos na produção dos imunizantes e o aprofundamento dos sentimentos de medo e insegurança provocados pelo contexto pandêmico, propiciaram, no entanto, o surgimento e fortalecimento de dúvidas e contestações sobre a vacina o que levou a comunidade científica a ter de explicar o tempo todo que elas eram eficazes e eficientes.

Para Bourdieu os campos não são estruturas fixas, eles são produtos da história das suas posições constitutivas e das disposições que eles privilegiam (BOURDIEU, 2001, p. 129). Sendo assim, o que determina a existência e demarca os campos são os seus limites, interesses específicos, os investimentos econômicos e psicológicos que ele requer dos agentes dotados de um *habitus* e das instituições em que são inseridos.

Para compreender a estrutura dos campos, é importante considerar outro conceito empregado por Bourdieu: o *habitus*. Segundo esse autor, o *habitus* é um conjunto de conhecimentos adquiridos no processo de socialização, que garantem a entrada e fixação em determinado espaço social, permitindo aos agentes a praticidade necessária para se locomoverem em um determinado campo e interagir com outros sujeitos. O *habitus* é a internalização ou incorporação da estrutura social, enquanto o campo é a exteriorização ou objetivação do *habitus* (VANDENBERGHE, 1999, p. 49). Ou seja, o campo estrutura o *habitus* e o *habitus* constitui o campo (BOURDIEU, 1992, p. 102-103; DORTIER, 2002, p. 55).

A correlação entre o conceito de *habitus* e campo é requisito para seu entendimento (BOURDIEU, 1992, p. 102). Em outras palavras, a teoria praxiológica, ao fugir dos determinismos das práticas, pressupõe uma relação dialética entre o sujeito e a sociedade e pressupõe uma relação de mão dupla entre os hábitos individuais e a estrutura dos campos socialmente determinados. De acordo com essa visão, as ações, comportamentos, escolhas ou desejos de um indivíduo não resultam de cálculos, ou planos, mas são o produto da relação entre o *habitus* e as pressões e estímulos de uma conjuntura (BOURDIEU, 1992, p. 108).

A forma de compreender o conceito de *habitus* nos remete a uma análise relacional que enfatiza o caráter de interdependência entre indivíduo e sociedade. Bourdieu (1992, p.108) pontua que o *habitus* não é destino, mas um sistema de disposição aberto, que é incessantemente modificado por experiências novas e, assim, constantemente afetado por elas.

Segundo Setton (2002) a experiência vivenciada pelo indivíduo na atualidade pode forjar um novo *habitus*:

Habitus compreendido como um sistema flexível de disposição, não apenas visto como a sedimentação de um passado incorporado em instituições sociais tradicionais, mas um sistema de esquemas em construção, em constante adaptação aos estímulos do mundo moderno; *habitus* como produto de relações dialéticas entre uma exterioridade e uma interioridade; *habitus* visto de uma perspectiva relacional e processual de análise, capaz de apreender a relação entre indivíduo e sociedade, ambos em processo de transformação (SETTON, p. 69, 2002).

Assim é possível identificar a tendência de outro *habitus*, é possível pensar na construção de um novo agente social portador de um *habitus* alinhado às pressões modernas vivenciados a partir dos contextos políticos, culturais, familiar, escola, etc.

Os diferentes campos, enquanto espaços estruturados e hierarquizados, são espaços de lutas e tensões pela conquista de posições e de capital. O campo da Saúde Coletiva pode ser considerado um exemplo dos conflitos e contradições quando se observa as tensões entre pós-graduados e egressos dos cursos de graduação entorno do reconhecimento desses últimos.

O capital específico ao campo é desigualmente distribuído e acumulado, o que motiva os agentes que buscam a sua posse na elaboração de estratégias de luta. Essas lutas ocorrem no interior do campo envolvendo a distribuição e posse de um capital específico, entre aqueles que pretendem assumir posições e aqueles que desejam mantê-las. Geralmente iniciantes disputam dentro das regras estabelecidas o lugar daqueles que ocupam posições dominantes (ARAÚJO, ALVES e CRUZ, 2009).

Para Araujo, Alves e Cruz (2009), na perspectiva de Bourdieu, para que um novato seja admitido em um determinado campo, é necessário ter realizado investimentos necessários. Por exemplo, para um sujeito participar da comunidade científica é necessário realizar cursos e publicações, em outros termos, significa ter um acúmulo prévio de certo capital que lhe permita ser reconhecido pelos seus pares como um membro daquela comunidade. Ou seja, é uma espécie de jogo onde se reconhece as regras como legítimas que existam pessoas dispostas a jogar.

O capital social permite compreender como os cientistas se posicionam desigualmente no campo científico. A movimentação na hierarquia que ocorre no campo científico parte de investimentos no capital social para ir ocupando novas posições. Dessa maneira, as posições iniciais dos cientistas nesse jogo de forças são muito relevantes, pois suas pesquisas dependem do capital acumulado em outros campos, dentre os quais o escolar se destaca (KROPF e FERREIRA, 1998). Relembramos Freire (1995) que o campo de atividade da ciência destaca-se pela luta em torno da autoridade científica, das instâncias legitimadoras do poder e distribuidoras do seu capital social.

Ao compreender os conceitos de campo de Bourdieu, podemos dizer que o campo da Saúde Coletiva em que o bacharel em saúde coletiva está inserido, não se apresenta enquanto espaço para disputar uma única verdade sobre a saúde e sua produção, mas como um campo multi, inter, transdisciplinar, marcado por diversas correntes teóricas, trazendo a articulação de diversas vertentes para a produção de novos saberes e práticas (LEAL, 2015). Assim, Ceccim (2004) e Merhy (2007) afirmam que o campo da Saúde Coletiva se produz nos encontros entre as disciplinas, as teorias e conceitos, para que nesses mesmos espaços sejam produzidos saberes, práticas, interações e conjunções, que tragam novidades para além das fronteiras rígidas das ciências, que dialoguem com a vida e sentido social, considerando que a realidade da saúde é complexa e multifatorial.

Nessa perspectiva, a saúde coletiva pode ser considerada como um campo estruturado por diferentes posições determinadas pelos diferentes agentes que nele atuam. As características que estruturam o campo e seus indivíduos, contribuem para reanálise da saúde coletiva, considerando que a Saúde Coletiva, ora denominada como “área”, ora como “espaço social”, apontam em seu

desenvolvimento uma tendência para consolidar-se como um campo (VIEIRA DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014). A compreensão do campo da Saúde Coletiva não estaria necessariamente nas propriedades que ele apresenta, mas no conjunto das relações que o permeiam. É importante compreendê-lo como um campo social e de militância, que se apresentou com práticas hegemônicas, com diferenças significativas em relação à Saúde Pública e ao modelo biomédico.

Os campos são resultados de processos de diferenciação social, da forma de ser e do conhecimento de mundo, e o que dá suporte são as relações de força entre os agentes e as instituições que lutam pela hegemonia, isto é, o monopólio da autoridade que concede o poder de ditar as regras e de repartir o capital específico de cada campo (BOURDIEU, 1984 p.114).

Podemos então pensar na realidade do Bacharel em saúde coletiva como um novo trabalhador que entra em cena movimentando um campo teoricamente já consolidado pelos sanitaristas especialistas, com formação em cursos de pós-graduação *stricto sensu* e especializações em saúde, já inseridos no campo da saúde. Em termos de inserção no campo, isso acaba gerando uma competição entre esses profissionais, tornando-se um obstáculo complexo referente a quais espaços os bacharéis em saúde coletiva irão ocupar.

Ainda que a regulamentação da profissão esteja em tramitação, a luta por um espaço no campo, as mudanças e rearranjos necessários para absorção desse profissional perpassa um longo caminho de mobilização das entidades representativas juntamente com os coletivos de estudantes e egressos. Portanto, compreendemos que os campos estão ligados a realidade dos agentes e das instituições que se define e redefine continuamente na disputa de interesses conforme suas posições.

A partir da compreensão de campo de Bourdieu, nos próximos tópicos vamos revisitar essa trajetória da saúde coletiva no Brasil e as intercorrências e influências desse campo para graduação em saúde coletiva e seus egressos.

1.2 O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL.

Para discutir o campo da Saúde coletiva, optamos por revisitar estudos que se dedicaram a pensá-la como um campo específico realizados por autores considerados referência na Saúde Coletiva, entre aqueles que participaram da elaboração e implantação da proposta de uma Saúde Coletiva no país, e os que estudaram sua constituição.

Birman (2005) pontua que durante o século XIX a constituição da medicina científica trouxe a problemática da saúde tanto nos registros individuais como social. Entendia que o saber médico configurava-se como clínica e prática com olhar singular para o corpo e o discurso sanitário se davam sobre o espaço social. Com a emergência da sociedade industrial, a saúde dos indivíduos ganhou outro peso nas condições coletivas de salubridade, não sendo mais possível separar a saúde dos sujeitos da exterioridade das condições sanitárias do seu espaço social.

Nesse sentido precisamos fazer uma breve análise do que se entende por saúde pública e o que se pretende dizer com a expressão saúde coletiva. Essas expressões têm enunciados diferentes, mas será que indicam o mesmo campo de práticas sociais, já que tem sido comum a confusão entre a ideia de saúde pública como sinônimo de saúde coletiva?

Na concepção de Birman (2005) essas expressões não se superpõem, quando se examina a constituição das noções de saúde pública e saúde coletiva nos registros histórico e conceitual. Os campos não são homogêneos, enquanto se referem a diferentes modalidades de discurso, com fundamentos epistemológicos diversos e com origens históricas diferentes.

A saúde pública foi se constituindo a partir da medicina moderna no final do século XVII, e acompanhando o crescimento da urbanização. Deu origem à produção de estratégias preventivas como polícia médica e medicina social, marcando o investimento político da medicina e a dimensão social das enfermidades (BIRMAN, 2005). Combater as epidemias e as endemias com intervenções sanitárias constituiu-se como estratégia dominante da saúde pública.

A denominação Saúde pública surgiu na Inglaterra no contexto da industrialização com o aumento do número de trabalhadores assalariados, e foi associada ao agravamento das condições sanitárias das populações urbanas e às respostas a essa situação. O consumo da força de trabalho, naquela época, era tão intenso, que os trabalhadores eram submetidos a um processo acelerado e desumano de produção, exigindo uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo (MENDES e DIAS, 1991, p.341).

De acordo com Rosen (1994, Pg. 95), a produção passou a ser vista como o cerne da atividade econômica. Como resultado, no mundo capitalista o trabalho é vital para a geração de riqueza, e qualquer perda de produtividade do trabalho devido à doença ou morte tornava-se um problema econômico. Além disso, como a população é um fator de produção, entender o número e o valor desses indivíduos, especialmente dos grupos mais produtivos, tornava-se crucial.

A partir do século XIX, foram publicados na Inglaterra os primeiros regulamentos para proteger a vida dos trabalhadores. Diante da expansão da Revolução Industrial no restante da Europa, a Alemanha, França e Espanha também aderiram a normas semelhantes (BAHAMONDE e VILLARES, 2008).

E nasce na Inglaterra nesse mesmo século a medicina do trabalho, enquanto especialidade médica (SCHILLING, 1981, p.3-26), quando o então proprietário de uma fábrica têxtil, procurou seu médico, o Dr. Robert Baker, preocupado com o fato de seus operários não disporem de atendimento a não ser por instituições filantrópicas. O então médico foi contratado para trabalhar na fábrica e verificar o efeito do trabalho sobre essas pessoas. Situações em que as causas pudessem ser prevenidas e realizadas a prevenção (MENDES e DIAS, 1991, p. 41). Dessa forma, a proteção da saúde e das condições físicas dos operários era exclusivamente do médico, tirando a responsabilidade do patrão caso houvesse qualquer alteração na saúde do operário. E assim surgiu o primeiro serviço de medicina do trabalho em 1830.

Mendes e Dias (1991, p. 342) reforçam que essa resposta do empregador em ofertar o serviço médico de empresa, eram elementos básicos do capital quanto às finalidades de tais serviços. Esses, no entanto, tinham que ser realizados exclusivamente por médicos da confiança do empregador, com o médico disposto a defendê-lo. Os serviços ofertados tinham que ser centrados na figura do médico, a prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho e a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde ficava transferida também para o médico.

Ainda segundo Mendes e Dias (1991):

A implantação de serviços baseados neste modelo rapidamente expandiu-se por outros países. A inexistência ou fragilidade dos sistemas de assistência à saúde quer como expressão do seguro social, quer diretamente provida pelo Estado, via serviços de saúde pública, fez com que os serviços médicos de empresa passassem a exercer um papel vicariante, consolidando, ao mesmo tempo, sua vocação enquanto instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador (e frequentemente também de seus familiares), ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho (MENDES e DIAS, 1991).

Ainda no século XIX, o governo da Inglaterra, criou uma comissão destinada a rever a legislação voltada para as condições de saúde da população pobre. A comissão elaborou, em 1842, um documento intitulado “*Relatório ou uma Investigação sobre as condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha*”, que continha, além do diagnóstico da situação sanitária, inúmeras proposições de intervenções para o saneamento das cidades e a organização administrativa estatal (ROSEN, 1994[1985]). A partir do relatório, várias iniciativas legislativas resultaram no primeiro Ato de Saúde Pública, datado de 1848, culminando com a criação de um Conselho Geral de Saúde.

Já nos Estados Unidos, muito embora a industrialização tivesse se desenvolvido de forma acentuada a partir da segunda metade do século XIX, apenas no século seguinte surgiu uma

legislação referente a indenizações por acidente de trabalho; logo depois surgiram os primeiros serviços médicos nas empresas visando reduzir o custo das referidas indenizações. As epidemias da época levaram o congresso americano a criar um Departamento Nacional de Saúde Pública, proposto em 1879 a partir de um movimento de reforma da saúde estruturado em torno da Associação Americana de Saúde Pública (FEE, 1994 apud PAIM, 2006). Combater as epidemias e as endemias com intervenções sanitárias constituiu-se como estratégia dominante da saúde pública. Com as descobertas bacteriológicas de Pasteur houve um avanço fundamental no conhecimento biológico das infecções, o que contribuiu para desmitificar e diferenciar as causas das doenças, a partir das práticas de assepsia (BIRMAN, 2005).

No entanto, concepções mais amplas foram explicitadas no início do século XX, como na clássica definição do americano Charles Edward A. Winslow, importante bacteriologista e fundador do departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Yale. Winslow, então professor dessa universidade, ao ser procurado por dois alunos de graduação que queriam indicações sobre quais carreiras seguir, estando estes interessados principalmente em saber o que era a saúde pública, se viu na necessidade de formular uma melhor definição que incorporasse as tendências e possibilidades dessa área, tornando-a atrativa e estimulante para os estudantes, já que para ele esse novo campo representava uma área promissora (SILVA, PAIM e SCHRAIBER, 2016). Então, formulou a seguinte definição em um artigo publicado para a revista *Science*:

“Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde” (WINSLOW, apud SOUZA, 2014, p. 15).

É interessante notar que a saúde pública já apontava indícios de uma saúde que não era apenas curativa. À medida que a sociedade se desenvolvia, a visão social da doença ia se tornando mais presente, surgindo à saúde coletiva, com um olhar para a totalidade dos determinantes sociais que prejudicavam a saúde do indivíduo.

Essa definição de saúde é reforçada pela ampla divulgação da Organização Mundial de Saúde, que propôs a realização das Conferências Mundiais de Saúde com integração de todos os

países na busca de uma visão mais ampla de saúde, entendida como completo bem-estar físico, psíquico e social e não apenas que a saúde era ausência de doença (WHO, 2006).

Ao analisarmos a definição de Saúde Coletiva, ao contrário da saúde pública, ela constituiu-se através da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico. Seu ponto principal parte da problemática que a saúde é bem mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina.

Na década de 1920, quando as ciências humanas foram introduzidas no espaço da saúde de modo mais enfático, passaram a problematizar categorias como normal, anormal, patológico. A partir dessa problemática através da medicina, produziu-se necessariamente uma série de efeitos nos planos políticos e social (BIRMAN, 2005). Assim, o discurso da Saúde Coletiva surgiu como uma visão crítica do projeto médico-naturalista estabelecida historicamente com o advento da sociedade industrial.

É inegável que os recursos das ciências naturais são fundamentais na compreensão e nas práticas sanitárias, porém, seu alcance fica limitado ao biológico do indivíduo. Hoje sabemos que a problemática de saúde não se restringe somente a isso, mas que inúmeros fatores influenciam os processos de saúde e doença. As recentes transformações no campo da epidemiologia, epidemiologia social, economia e planejamento em saúde, revelam que já houve muitos avanços no saber biológico.

Nesse sentido, a noção de Saúde Coletiva representa uma inflexão decisiva para o conceito de saúde, capaz de reestruturar o campo da saúde pública pela ênfase que atribui à dimensão histórica e aos valores investidos nos discursos sobre o normal, o anormal, o patológico, a vida e a morte (BIRMAN, 2005). O campo teórico da Saúde Coletiva aponta uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde.

Segundo Silva, Paim e Schraiber (2016) a expressão Saúde Coletiva era utilizada desde a década de 1960, em referência aos problemas de saúde na população. A expressão Saúde Coletiva também apareceu em documentos oficiais que mencionavam uma matéria ministrada no curso médico em 1968, que tinha como conteúdos a epidemiologia, estatística e administração, as ciências sociais, entre outras, na graduação dos profissionais de saúde, sendo uma iniciativa advinda dos departamentos de medicina preventiva, assim como nas escolas de enfermagem, farmácia veterinária, odontologia, etc. Essa disciplina também era encontrada nos cursos de aperfeiçoamento e especialização, ministrada pelas escolas de saúde pública, que futuramente passaram a colaborar para a constituição da área.

Ainda segundo os autores, a expressão Saúde Coletiva foi utilizada no final da década de 1970, como título do primeiro encontro nacional de cursos de pós-graduação existentes no Brasil, denominados de Medicina social, Medicina Preventiva, Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Segundo Nunes (1996) o termo Saúde Coletiva passou a ser utilizado no Brasil, em 1979, quando um grupo de profissionais da saúde pública da medicina preventiva e social se organizou para dar início a um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiasse o social como categoria analítica.

Na área de produção teórica, dois trabalhos elaborados por Cecília Donnangelo ‘Medicina e Sociedade’ e ‘Saúde e Sociedade’, publicados em 1975 e 1976, assim como a tese de doutoramento de Antônio Sérgio Arouca, ‘O Dilema Preventivista’, publicado em 2003 – foram marcos teóricos importantes para a fundação do campo da saúde coletiva no país (BARRADA,2022).

Agudelo e Nunes (1991), ainda que reconhecendo a articulação do movimento da saúde coletiva no Brasil e em outros países da América do Sul, na incorporação do social à temática da saúde, não deixaram de apontar que tampouco esta expressão tem podido resolver totalmente a insuficiência das denominações em questão.

Na perspectiva de Carvalho, a saúde coletiva ao incorporar o social ao pensamento sanitário, tendeu a fazê-lo seguindo os preceitos preconizados pela escola estruturalista e pela tradição marxista que diz: “a subjetividade aqui admitida é aquela que brota da necessidade coletiva e que se organiza em sujeitos coletivos – no Estado, no partido, nas organizações classistas e comunitárias” (CARVALHO, 1996).

A complexidade atual do campo da saúde coletiva, perpassa tanto suas práticas como seus discursos disciplinares e expressão acadêmica, incorporando um conjunto de mediações de natureza não apenas teóricas nas disciplinas, como política, social e cultural, como considerando a escala hierárquica dos agentes que intervêm nas práticas e na produção desses saberes disciplinares suas diferenças de formação e inserção na cultura desses agentes institucionais: docentes, pesquisadores, gestores, profissionais do cuidado (LUZ, 2009).

Segundo Luz (2009), o campo da Saúde Coletiva lida com duas lógicas de "regime de produção de verdades" que devem ser percebidas e diferenciadas, pois se destinam ao processo da teoria e da prática. A primeira é a teórico-epistemológica de produção de conhecimento, interpretativa ou explicativa, dependendo da área disciplinar em que se origina, e a segunda, lógica operativa e pragmática da eficácia, resultante da intervenção normativa na ordem da vida, no sentido da erradicação ou controle do adoecimento coletivo. Essa dupla complexidade

dificulta, que se adotem explicações teóricas monocausais, ao menos no sentido da causalidade mecânica, na maioria ainda dominante no campo das biociências.

O desenvolvimento da saúde coletiva, enquanto área do saber e campo de práticas, nos últimos anos, permite citar alguns pressupostos importantes descritos por Paim (1982) como marco conceitual proposto para orientar o ensino, a pesquisa e a extensão em saúde coletiva no Brasil. Nessa perspectiva temos um conjunto de definições:

a) “A Saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo do saber, está articulada à estrutura da sociedade através das suas instâncias econômica e político-ideológica, possuindo, portanto, uma historicidade.” b) “As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais.” c) “O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações” (...). “O conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão das suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la” (PAIM, 1982).

Tais pressupostos, mesmo que com algum de tipo de impedimento de adesão ainda hoje, que tratam o desenvolvimento da saúde coletiva enquanto área do saber e campo de práticas, nos últimos anos permitem recontextualizar alguns desses pressupostos, assim como a definição do “objeto” acima apresentada que sugere o entendimento da saúde coletiva como ciência ou disciplina científica (SILVA, PAIM e SCHRAIBER, 2016).

Em um momento posterior de discussão desse campo na América Latina, Fleury define a saúde coletiva como “área de produção de conhecimentos que tem como objeto as práticas e os saberes em saúde, referidos ao coletivo enquanto campo estruturado de relações sociais onde a doença adquire significação” (FLEURY, 1985). Paim (1992) e Almeida Filho (1997) sinalizam que o trabalho teórico-epistemológico empreendido mais recentemente na saúde coletiva como um campo interdisciplinar e não propriamente como uma disciplina científica, muito menos uma ciência ou especialidade médica.

Para Campos (2000), em um pensamento dialético, a saúde coletiva seria um pedaço do campo da saúde, projetando o campo da saúde como uma matriz em que a saúde coletiva fosse uma parte, em distintos planos de inserção. O autor segue com duas linhas de pensamentos sobre: a saúde coletiva, como movimento intelectual e moral; e a saúde coletiva como um núcleo, uma

aglutinação nuclear de saberes e práticas. Ou seja, um núcleo coproduzido por uma grandeza de inter-relações com o campo e, como um núcleo coprodutor desse mesmo campo.

Campos (2000) questiona qual seria o núcleo da saúde coletiva: seria o apoio aos sistemas de saúde, a elaboração de políticas e a construção de modelos, produção de explicações para os processos saúde, enfermidade e intervenção? Para o autor, o traço mais forte da saúde coletiva seja o núcleo como produção de práticas de promoção e prevenção de doenças.

Como ponto de partida, seguimos o entendimento de Bourdieu (1995) Ribeiro (1991) e Paim (1992) para compreender a saúde coletiva como campo científico onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto 'saúde'. Nesse campo se atravessam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos e diversas práticas onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como "setor saúde".

Ao explorar a constituição do conceito "Saúde Coletiva", L'Abbate (2003, p.270) afirma que "as relações entre o coletivo e o individual se constituem em analisadores históricos da maior importância para toda a constituição da saúde coletiva e a compreensão de seu campo de saberes e práticas". L'Abbate (2003), completa destacando que a multiplicidade de sentidos atribuídos ao coletivo nas ciências sociais, mesmo com sua imprecisão, fez do conceito de Saúde Coletiva válido para ser utilizado no campo da saúde, tendo em vista a sua diversidade.

Podemos então dizer que, a partir dos diálogos com a saúde pública e com a medicina social, a saúde coletiva vem se concretizando nas duas últimas décadas, com uma delimitação provisória desse campo científico, enquanto campo de conhecimento e âmbito de práticas. Como campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde no processo de trabalho, articulando com as demais práticas sociais; procura compreender, de forma significativa com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde (PAIM e ALMEIDA, 2006) Assim a saúde coletiva busca uma explicação e se organiza para enfrentá-los.

As indagações elencadas por esse novo campo social durante a história ampliaram a reflexão, que muito ganhou com o inconformismo de a saúde ser realizada de forma isolada. Segundo Nunes (1999), a crítica positivista ao modelo tradicional da saúde pública foi aos poucos transformada, ao introduzir o campo científico e a pesquisa como reestruturação da saúde pública, dando ênfase aos valores investidos no conhecimento da natureza interdisciplinar da epidemiologia, do planejamento/administração de saúde e das ciências sociais em saúde. A necessidade de reforma no modelo médico assistencial trouxe abrangência na

interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, e fortalecimento para os profissionais nas práticas sanitárias.

1.3 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.

A trajetória das políticas de saúde está diretamente ligada aos fatores políticos, sociais e econômicos da sociedade brasileira, não sendo possível separá-los. No período entre 1930 e 1980 o Brasil apresentou taxas elevadas de crescimento econômico. O país se destacou na América Latina pelo crescimento e expansão da indústria, nos setores de bens de consumo duráveis e de produção, articulado com o dinamismo do setor externo e criação, no âmbito do Estado, de uma ampla e complexa institucionalidade ajustada por burocracias econômicas (FIORI, 1995 apud MACHADO, BAPTISTA e LIMA, 2018).

Machado, Baptista e Lima (2018, Pg.14) mencionam que apesar desse processo de modernização econômica, o país chegou ao final do século XX como um país bastante desigual. O capitalismo desenvolvido no Brasil aprofundou ainda mais as desigualdades socioeconômicas enraizadas desde o período colonial, sendo o país caracterizado como desenvolvimentista conservador.

No plano político, a experiência dos regimes autoritários marcaria por longos períodos os países da América Latina. De 1964 a 1985, o Brasil viveu sob governos militares, que implementaram um Estado altamente centralizado, além de planos de desenvolvimento que teriam um impacto significativo na estrutura econômica do país (SOUZA,2014). O modelo utilizado tinha características de ser economicamente conservador e socialmente excludente.

A década de 1980 foi marcada por uma crise mundial, cujas consequências em termos macroeconômicos, financeiros e de produtividade afetaram a economia brasileira. Em resposta a esta crise, deu-se um intenso processo de internacionalização dos mercados, sistemas de produção e unificação monetária, resultando numa importante perda de autonomia dos Estados Nacionais. A partir desse momento, os princípios neoliberais foram aplicados, o direcionamento e a seletividade passaram a orientar a atuação de organizações como o Banco Mundial, contrariando as teses do desenvolvimento e de defesa de proteção social universal (SOUZA, 2014).

A reestruturação capitalista conservadora, produziu a marca meritocrática-particularista ao sistema de produção social, o que acabou produzindo contornos regressivos e baixa eficácia para combater as desigualdades sociais (AURELINO e DRAIBE, 1989).

As políticas de saúde no Brasil eram desiguais: de um lado, quem não tinha condições de pagar pelos serviços de saúde, precisava recorrer à filantropia, enquanto os trabalhadores com

vínculo empregatício tinham acesso à assistência médica previdenciária estruturada em uma lógica corporativa e segmentada. Essa situação criou condições para estabelecer um mercado capitalista se expandir dentro da área da saúde com o modelo “médico-assistencial privatista” (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989 apud MACHADO, BAPTISTA e LIMA, 2018).

Com críticas a esse cenário que o Brasil vivenciava, surge a Reforma Sanitária Brasileira, um movimento que provocou mudanças no cenário político, social e assistencial da saúde no Brasil, ocorrendo em um período de luta pelo fim da ditadura, e pela redemocratização e pensamento crítico em saúde, contrário às políticas autoritárias e privatizantes da época. O setor saúde tornou-se protagonista com a RSB, com pautas que reivindicavam melhorias na atenção à saúde e a efetivação desta como um direito social (OSMO e SCHRAIBER, 2015).

O movimento era constituído por diferentes atores na sociedade: a categoria médica, estudantes, professores, pesquisadores, as associações, profissionais da saúde, movimento popular em saúde, os partidos de esquerda, então na clandestinidade, o apoio da Igreja por meio das comunidades eclesiais de base e vários parlamentares, que passam a ter significativa atuação no Congresso. Esse movimento conseguiu colocar em pauta uma proposta bem definida e clara de reforma da saúde. Assim, esses sujeitos tinham como bandeira principal lutar pelo direito universal à saúde (PAIM, 2007).

Um momento importante para o movimento da RSB foi à criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, que aconteceu durante a Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência em julho de 1976 “realizada na Universidade de Brasília, que tinha como discussão a questão da democratização da saúde e constituindo-se como um organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde” (PAIM, 2008, p.78).

O CEBES consolidou-se como espaço de resistência e disseminador de um pensamento emergente, não somente brasileiro como também latino-americano, que relacionou saúde e poder, além de se constituir em um espaço para denúncia dos problemas decorrentes da privatização dos serviços de saúde. O CEBES também promoveu encontros e seminários, editou a revista Saúde em Debate, publicou vários livros, funcionando como um centro aglutinador do espaço acadêmico com funções intelectuais e políticas. Pode-se dizer que sua criação contou com participação importante de militantes do movimento sindical e de partidos políticos, a exemplo o Partido Comunista Brasileiro (PCB) (SOPHIA, 2015) tendo sofrido influência dessa força política na maioria de sua existência.

O Centro era um espaço de discussão das políticas de saúde e divulgação de que a reforma sanitária não deveria ficar restrita apenas à reforma de serviços, à reorganização administrativa do setor, mas implicava a ampliação do conceito de saúde com a noção de saúde como direito,

como participação e como democracia. Essas ideias, fundamentadas no trabalho de Garcia (1972) nas teses de Donnangelo (1975; 1976) e Arouca (1975), estavam presentes no documento “A Questão Democrática na Área da Saúde” (CEBES, 2008 [1979], p.149-151) elaborado por Hésio Cordeiro, José Luís Fiori e Reinaldo Guimarães (Guimarães, entrevista 2010). Como cita Fleury (1997), não se pode falar de Reforma Sanitária sem se falar do CEBES, e isso aparece também nos autores Escorel (1998) e Paim (2008) especialmente no livro “Saúde e Democracia: A luta do CEBES”.

A revista Saúde em Debate se mostrou como um veículo importante de ideias e propostas da RSB, ao mesmo tempo, em que divulgava um pensamento crítico em relação às questões de saúde, assumia um papel crítico à ditadura. Sonia Fleury afirma que os primeiros números da revista, especialmente os primeiros vinte, contêm um “tesouro inestimável”: os fundamentos da Reforma Sanitária (AMARANTE et al., 2015). O posicionamento da revista, não era resumido a um questionamento das interpretações sobre a saúde, mas uma crítica à ditadura através do que esse regime provocava no âmbito da política de saúde, especialmente a transferência de recursos para o setor privado – a chamada privatização – e a reprodução do modelo de organização dos serviços centrado na assistência médica hospitalar (JACOBINA, 2016).

E para fortalecer ainda mais o movimento foi criada a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO (1979). A associação conseguiu mobilizar várias áreas da saúde para discutirem posturas e práticas diferentes sobre o tema.

Nesse sentido, podemos dizer que as lutas sociais por saúde no Brasil sofreram a influência dos movimentos e dos contextos sociopolítico e econômico, como também influenciaram, em vários momentos, a construção social e política do Estado Brasileiro, por meio da participação e mobilização social organizada, uma espécie de “ato permanente” do chamado movimento sanitário, o que deu corpo às teses que o sustentaram (SOUZA, 2014).

Paim (2008) afirma que, quando anunciada a Nova República, com a recuperação dos direitos políticos para os cidadãos brasileiros, a promessa de ampliação dos direitos sociais perdidos durante a ditadura apresentava um caminho de construção de um Estado ampliado no qual os interesses das classes, frações de classes, segmentos sociais e grupos de interesse se fizessem presentes no interior do Estado e na ação estatal. O anseio por um Estado democrático de direito, ainda que não fosse um Estado de Bem-estar Social, poderia possibilitar um projeto político do escopo da RSB.

Porém, o sucesso desse projeto era um grande desafio para o movimento sanitário. Paim (2008) pontua que no movimento, também existiam divergências. Dois blocos partidários de esquerda discutiam programas e estratégias: de um lado, o PT e o PDT defendiam a ‘estatização

já', e o PCB, PC do B, e setores progressistas dos demais partidos defendiam a estatização por meio de uma estratégia de reforço progressivo do setor público.

As propostas da RSB, esboçadas nas lutas contra o autoritarismo desde a criação do CEBES, expressaram um complexo projeto, que se iniciou com a VIII Conferência Nacional de Saúde. Realizada em 17 e 21 de março de 1986, evento central no processo de RSB.

Ela foi primordial porque reuniu quase 5.000 pessoas na cidade de Brasília, culminando um processo de debate que envolveu quase 50 mil pessoas em dezenas de municípios. No evento presidido por Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), discutia-se o direito universal de acesso à saúde com centenas de pessoas de vários segmentos da sociedade. Foi debatido um novo modelo de saúde para o nosso país, que compreendia revisão de leis e financiamento, entre outros. As palavras de Arouca na VIII Conferência Nacional de Saúde mostram a diferente forma de olhar para a saúde, que foi uma das conquistas da Reforma Sanitária brasileira: saúde não é simplesmente a ausência de doença. É muito mais que isso. É bem-estar físico, mental, social, político (FIOCRUZ, 1986).

O Relatório Final desta Conferência incorpora a concepção de Saúde como direito de cidadania e dever do Estado, lançando as bases políticas para o debate sobre Saúde na Assembleia Nacional Constituinte (BUSS, 1991). Resultou na elaboração do capítulo Saúde da Constituição Federal de 1988, onde constam os princípios e diretrizes e resultou na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) instituído como a maior política pública de acesso universal à saúde, regulamentado pela Lei n° 8080/90 e posteriormente a lei 8142/90¹ (BUSS, 1991).

Desse modo, a saúde foi reconhecida como direito e inserida em uma ampla concepção de seguridade social, garantida mediante políticas econômicas e sociais abrangentes e pela instituição SUS. A implantação do projeto da RSB tinha como função também o enfrentamento de distorções em torno do modelo de saúde brasileiro anterior ao SUS, na superação do quadro de desigualdades em saúde pelo país. Essa superação só poderia se concretizar se aliasse o crescimento econômico do país ao fortalecimento dos avanços sociais, transformando o modelo de desenvolvimento e da sociedade brasileira (MACHADO, BAPTISTA e LIMA, 2018).

De acordo com Temporão (1997) o processo de democratização da saúde, na realidade, exigia mais que a formulação de uma Política Nacional de Saúde ou a construção de um novo sistema de saúde. Tinha uma visão crítica de concepções, paradigmas e técnicas, assim como

¹ Por meio da Lei n.º 8142/90 é garantido aos cidadãos a participação social no Sistema Único de Saúde, configurando o controle social. A participação da população pode se dar de duas formas: nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde.

mudanças na relação do Estado e de seus aparelhos com a sociedade, podendo ser percebida de duas maneiras: como uma bandeira, corporificada no “Partido Sanitário”, e como processo político, que não se esgotava na unificação do sistema (PAIM, 2008).

O rumo da política de saúde brasileira na década de 1990 trouxe conflitos entre as agendas da reforma sanitária e a reforma do Estado de influência liberal. A reforma do estado era adversa à lógica de proteção social abrangente (MACHADO, BAPTISTA e LIMA, 2018). Porém, em meio a desafios, houve avanços políticos institucionais com a unificação do comando da política nacional no âmbito do Ministério da Saúde (MS), que respeitasse a organização federativa e a diretriz de participação social no SUS.

O êxito da RSB segundo Fleury aponta que:

O paradoxo da Reforma Sanitária Brasileira é que seu êxito, ainda que em condições adversas e parciais, terminou por, ao transformá-la em política pública, reduzir a capacidade de ruptura, inovação e construção de uma nova correlação de forças desde a sociedade civil organizada. Em outras palavras, o instituído se impôs ao instituinte, reduzindo o caráter libertário e transformador da reforma (FLEURY, 2009:751 apud DANTAS, 2017).

Nessa conjuntura podemos então dizer que a RSB, partiu de um projeto maior de sociedade, uma luta organizada de trabalhadores em torno da idealização do SUS. Essa reformulação profunda do setor saúde ia muito além de uma reforma administrativa e financeira, apresentava componentes políticos, jurídicos, organizacionais e comportamentais. Assim, a RSB aparece no relatório da 8ª CNS como um conjunto de questões consideradas “definidoras dos novos rumos da política nacional de saúde, devendo essa estar assegurada na constituição federal” (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 70).

A RSB poderia, portanto, ser definida como uma reforma social centrada na democratização da saúde, na democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, e a democratização da sociedade, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, sejam mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2008).

Para compreender a RSB, pode-se afirmar, segundo Paim (2008), que ela foi uma proposta (conjunto articulado de princípios e proposições políticas), um projeto (políticas articuladas ou bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças), um movimento (enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como

referente fundamental), um processo (conjunto de atos, em distintos momentos e espaços, que expressam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicos e simbólicos).

Arouca (2001) conceitua a RSB como um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo. Para o autor:

O projeto da Reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade com um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira (AROUCA, 2001).

É possível perceber que o debate levantado pelo movimento da reforma sanitária continua muito atual. O movimento foi capaz de mobilizar a população, tornando-se um ator político e participando pela construção de um país redemocratizado. Atualmente, é importante não perder a luta em defesa do SUS, sua continuação e melhora, visto que ele é uma expressão de demandas sociais. Durante a pandemia de Covid-19, podemos constatar a importância desse sistema, mesmo sendo atacado pelas propostas de privatização, de privatização. É preciso salvaguardar os direitos do povo brasileiro e continuar lutando por uma efetivação do SUS como pensada anos atrás. Resgatar o movimento é preservar todos os princípios pelos quais se lutou. Em tempos tão difíceis, um sistema de saúde unificado e universal é essencial, e reconhecer isso é o primeiro passo para defendê-lo.

1.4 A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E A GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA.

A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) foi importante veículo na luta pelos direitos da saúde, no movimento da RSB, na criação do SUS e para o campo da Saúde Coletiva no Brasil.

ABRASCO foi criada no dia 27 de setembro de 1979, um mês após a assinatura da lei de anistia que representava um novo momento da vida política brasileira. A associação ao longo de sua trajetória tem profundas ligações com as transformações que ocorreram na área da saúde pública, assim como no contexto político institucional brasileiro (FONSECA, 2006, p. 21). Resultou na ativa participação de vários atores nesse cenário. Na história da associação, podemos identificar dois grandes períodos históricos no país. O primeiro durante o regime militar e o outro a partir do desenvolvimento de uma sociedade democrática.

A criação, organização e articulação da ABRASCO aconteceram pela mobilização de técnicos, profissionais, estudantes e professores de programas de Pós-Graduação em Medicina Social e Saúde Pública, motivados pela 1ª Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Pública, realizada na sede da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em Brasília, que se empenharam em fundar uma associação que juntasse os interesses dos diferentes cursos da área da saúde, e apontasse para uma nova postura frente aos saberes e às práticas do campo da saúde coletiva (ABRASCO,2000)

Com o desafio de formar profissionais atentos à corrente de novas ideias sobre os problemas de saúde, repensar problemas antigos e outros produtos de mudanças recentes nos campos: biomédico, político e social, nasceu em Associação (ABRASCO) (LIMA e SANTANA, 2006, p. 09).

Para fortalecer o processo de formação de novos sujeitos, Fonseca (2006) afirma que a associação recorreu aos contatos com agências financiadoras, como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), assim como, procurou estimular e apoiar os programas de pós-graduação pelo país, investindo na área que ia se configurando como de 'Saúde Coletiva'.

Do ponto de vista político, à medida que o se buscava alternativas para um regime democrático, a ABRASCO caminhava orientada pelo debate em torno da constituição de um novo campo na área da saúde, denominado de Saúde Coletiva, e em torno dele se definia, como um ator político.

O papel da ABRASCO foi consolidado no país durante as eleições da Assembleia Nacional Constituinte em 1986 na confecção de uma nova constituição, essa aprovada em 1988. Esse contexto qualificou a associação como um ator político que contribuiu significativamente nas transformações sociais do Brasil (FONSECA, 2006). Durante esse mesmo ano também ocorreu a mudança de gestão da associação, uma nova diretoria tomou posse ressaltando suas responsabilidades frente ao quadro político do país.

Em janeiro de 1988, o congresso nacional discutia o projeto da nova constituição e a ABRASCO reiterava seu papel nas ações de mobilização, acompanhamento e a intervenção no processo de decisão das questões políticas destinadas à área da saúde (LIMA e SANTANA, 2006).

Ao desempenhar um papel ativo no processo de decisão política na saúde, paralelamente a seu forte vínculo com a área acadêmica, a associação assumia um perfil peculiar no âmbito da saúde, compatibilizando ação política e conhecimento científico.

A ABRASCO desempenhou um papel fundamental contribuindo no grande projeto democrático da Reforma Sanitária e foi capaz, juntamente com outras entidades, de transformar conhecimento técnico em propostas políticas. Assim a associação chegou ao final dos anos 1980, com avaliação positiva de desempenho diante dos desafios estabelecidos para aquela década (LIMA e SANTANA, 2006). Destacou-se nesse período no cenário político, articulando vida acadêmica e ação política.

Juntamente a esses eventos, a ABRASCO se consolidou como uma importante dimensão acadêmica. Na verdade, o próprio surgimento da instituição foi reflexo das transformações na formação e especialização em Saúde Pública que se desencadearam principalmente a partir dos anos 1970.

A atuação acadêmica da associação refletiu nas ações destinadas a aglutinar instituições responsáveis pela formação de recursos humanos em saúde, passou a constituir uma rede de intercâmbio interinstitucional no campo da educação em Saúde Coletiva. A conformação desse novo campo conceitual, na visão de um de seus dirigentes, como uma tentativa de conciliar tanto a Saúde Pública com a medicina social e com a medicina preventiva, todas as três áreas responsáveis pela formação e especialização para o campo da saúde coletiva (SANTANA, 2006).

A primeira iniciativa da ABRASCO para discutir o ensino da saúde coletiva na graduação foi organizar, em 1983, uma reunião nacional para discorrer sobre o tema. A entidade não tinha o propósito de implantar CGSC naquela oportunidade, mas a iniciativa indicava uma preocupação da ABRASCO com a formação profissional na área, como contribuição para o projeto da Reforma Sanitária brasileira (RSB). Os participantes da reunião recomendaram a organização de um núcleo de graduação no âmbito da ABRASCO articulada com a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e com os departamentos de medicina preventiva e social (ABRASCO, 1984).

Como forma de retomar as discussões, a ABRASCO criou o Grupo Temático (GT) Trabalho e Educação na Saúde para acompanhar o processo de implantação dos CGSC contribuindo para que, no 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Recife (2009), o tema fosse reintroduzido na agenda da entidade. Nesse congresso, foi realizada uma reunião nacional dos CGSC e a Oficina de Trabalho Graduação em Saúde Coletiva, promovida pelo mencionado GT, além de uma mesa-redonda sobre o tema, com a apreciação positiva dos cursos recém-implantados. A entidade por meio de seu presidente assumiu o compromisso de criar o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC), composto por um fórum de coordenadores e um fórum ampliado, com representantes de gestores do SUS e de movimentos sociais, explicitando o compromisso da associação com o CGSC (PINTO e PAIM, 2015 p. 141).

O FGSC foi formalmente instalado durante o 1º Congresso de Política, Planejamento e Gestão, em 2010, legitimando no interior da ABRASCO a graduação em SC, favorecendo o processo organizativo e político dos cursos. A partir de 2009, a questão da graduação em SC foi incorporada na agenda política da entidade.

Passados 40 anos da criação da ABRASCO, a criação do curso de graduação em saúde coletiva em 2008 levou à mudança do nome da entidade para Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, definido em Assembleia realizada em 13 de novembro de 2011, diante da mobilização dos estudantes dos cursos de graduação em saúde coletiva (CGSC) e de outros segmentos da saúde coletiva.

1.5 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista advinda de um grande movimento popular de trabalhadores pelo direito universal à saúde pública, é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, que abrange desde um simples atendimento para avaliação da pressão arterial, até serviços de alta complexidade a exemplo os transplantes de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, e está regulado pela Lei n.º 8.080/1990 a qual operacionaliza o atendimento público da saúde (BRASIL,2022).

No período anterior a CF-88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos que não eram vinculadas à previdência, a entidades filantrópicas ou privadas.

Com o SUS, a população pode ter acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. Com atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando à prevenção e a promoção da saúde. A gestão das ações e dos serviços de saúde é participativa entre os três entes da Federação: União, Estados e municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba: atenção primária, média e alta complexidade, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços da vigilância em Saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador) e assistência farmacêutica (BRASIL, 2022).

O SUS O sistema criou um modelo de governança no contexto federativo capaz de compatibilizar a “participação da comunidade”, por meio de conselhos e conferências de saúde, com a gestão descentralizada, instituindo comissões intergestoras que reúnem dirigentes do SUS

dos níveis federal, estadual e municipal e financiamento tripartite que onera os orçamentos da União, estados e municípios, nos termos da lei, respeitando-se a autonomia que a Constituição assegura aos entes federativos (BOUSQUAT et al. 2021).

A participação do controle social no SUS, segundo Paim (2018), tem gerado entusiasmo e compromisso de trabalhadores da saúde vinculados às secretarias e ao Ministério, apesar das limitações impostas pela gestão do trabalho nas três esferas de governo que geram insatisfações nos serviços públicos. O autor também reforça que o projeto político-institucional criativo possibilitou a elaboração de normas operacionais básicas, pactos, programação pactuada integrada, plano de desenvolvimento da regionalização e plano diretor de investimentos que contribuíram para a sustentabilidade institucional do sistema e para a sua materialidade expressa em estabelecimentos, equipes, equipamentos e tecnologias.

Temos hoje um legado importante de avanços no sistema de vigilância em saúde, na vigilância sanitária, na assistência farmacêutica, nos transplantes, no SAMU (Serviço de Atendimento móvel de Urgência) no controle do tabagismo, do HIV/ AIDS, bem como sendo referência com o Programa Nacional de Imunizações como o maior do mundo, induzindo a autossuficiência em imunobiológicos.

Atenção Primária em Saúde (APS), também merece destaque, é o primeiro nível de atenção composto por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde para desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades, sendo a principal porta de entrada para o usuário (BRASIL, 2022). Na APS é organizado o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos, com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF).

Paim (2018) destaca que o país também avançou no desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, a exemplo dos referentes à mortalidade, às internações hospitalares e aos agravos de notificação, importantes para o monitoramento e avaliação de políticas, planos e programas. O autor destaca, ainda, o reconhecimento formal do direito à saúde que tem possibilitado a difusão dessa conquista na sociedade, seja nas manifestações da cidadania e na mídia, seja nos processos de judicialização relevantes do ponto de vista cultural, pois podem evoluir para uma consciência sanitária crítica.

Sabemos que o SUS é uma conquista advinda de um grande movimento popular de trabalhadores pelo direito universal à saúde. Apesar dessa conquista, Dantas (2020), nos relembra que o direito universal à saúde implicou o dever do Estado no financiamento, regulação e coordenação do Sistema. No entanto, o mesmo Estado garantiu a mercantilização de um direito com a presença da saúde privada como coexecutora de ações e serviços de saúde.

A Constituição Federal de 1988 assegura que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Essa garantia constitucional é relativamente recente e encontra-se nos marcos da sociedade capitalista burguesa ocidental, caracterizando-se como resultado de um processo de lutas e resistências, entre os interesses populares e os do capital, considerando que esse de modo de produção que se apropria de tudo o que for passível de se tornar mercadoria, incluindo a própria saúde (KOETZ, 2016).

Alguns dos preceitos firmados na Constituição Federal de 1988² e na Lei de criação do SUS nº 8.080 de 1990³ abriram brechas para que os interesses e investimentos do setor privado (indústrias farmacêuticas, planos de saúde, dentre outros) adentrassem no SUS, tornando o setor saúde um mercado importante a ser explorado pela iniciativa privada.

Lafraia (2018) ressalta que no sistema capitalista tudo se transforma em mercadoria, e a saúde se enquadrada como tal, assim como:

“Seu foco principal não é” a necessidade do produtor (que neste caso seria a prevenção às doenças), imperando somente as leis do mercado (que neste viés seriam os interesses das indústrias farmacêuticas e que, portanto, estaria voltado para o tratamento dos sintomas de doenças) e reduzindo os trabalhadores desta área a instrumentos de produção (tendo como foco não a saúde em si, mas a doença e fazendo daqueles profissionais meros produtores de diagnósticos e de encaminhadores para fármacos) (LAFRAIA, 2018).

Um exemplo disso é a criação das Organizações Sociais (OSs) através da Lei 9.637 de 1998, como o primeiro modelo de gestão da saúde, no projeto de transferência de recursos

²O sistema de saúde brasileiro é universal e público e permite a iniciativa privada no setor de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

³ Segundo a lei nº 8080 de 1990, que regulamenta o SUS, no título III, que versa sobre os serviços privados de assistência à saúde, no capítulo II – da participação complementar: “quando suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS pode recorrer aos”. Serviços ofertados pela iniciativa privada (...) a participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

públicos para o privado. É através do contrato de gestão que se realiza a habilitação da OSs, passando a “receber recursos financeiros e administrar bens e equipamentos do Estado” (MARE, 1997, p. 14).

Com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), durante o governo de Fernando Henrique Cardoso em 1995, foram produzidos cadernos sobre a Reforma do Estado e as Organizações Sociais para embasar essa ação (KOETZ, 2016). Nessa publicação, justificava-se a privatização com o pressuposto de aumento na qualidade dos serviços e redução dos gastos públicos, uma vez que se utilizariam menos recursos com ênfase nos resultados (MARE, 1997, p. 13).

Em sua pesquisa, Koetz (2016) traz um contraponto às afirmativas do governo de que as OSs teriam menor custo do que a administração pública. Como exemplo⁴, a autora analisa o caso de um hospital público no Estado do Mato Grosso quanto à disparidade entre o recurso financeiro repassado para as OSs e o recurso utilizado quando o setor da saúde era administrado de forma pública. Segundo a autora, em 2010 e 2011, quando a unidade era administrada pelo município, a despesa com os serviços médicos girava em torno de R\$ 2,5 milhões. Em 2012, quando o hospital passou a ser administrado por uma OS, a despesa caiu para pouco mais de R\$ 950 mil e o repasse feito pelo estado foi de R\$ 16,7 milhões.

Na pesquisa de Ximenes, Schmaller e Bezerra (2018) ao comparar a gestão de dois hospitais com atendimentos de média e alta complexidade, um administrado por uma OS e outro pela gestão pública no Estado do Pernambuco, verificou-se que o hospital administrado pela OS recebeu, no período de 2010 a 2012, R\$152,46 milhões do orçamento da saúde. Por sua vez, o hospital de gestão pública obteve, no mesmo período, R\$ 132,43 milhões. Uma diferença de R\$ 20,03 milhões de recursos do fundo público da saúde em favor dá OS, apesar do hospital de gestão pública ter 593 leitos a mais do que o administrado pela OS.

A análise dos dados revelou que o hospital de gestão pública realizou um total de 82.908 atendimentos, enquanto o da OS, que recebeu R\$ 20 milhões a mais de recursos financeiros, fez apenas 28.747 procedimentos. Portanto, não há como afirmar que os novos modelos de gestão custam menos ao Estado do que a gestão da saúde em caráter 100% público.

Certo de que, no sistema capitalista tudo acaba se transformando em mercadoria, a saúde também se enquadra, já que é apropriada pelo mercado. Esse processo de prover saúde universal,

⁴Para mais exemplos, ver Pilloto e Junqueira (2017) Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. Correia (2011), que mostra os dados de aumento de investimento do governo de São Paulo a partir da adoção das OSs (p. 47) e Carta Capital do dia 21 de setembro de 2011 (p. 38), sobre estudo produzido pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE) de São Paulo comparando o método de administração pública de hospitais com o das OSs (KOETZ, 2016).

mas com o interesse e domínio de um setor privado, acaba por firmar cada vez mais a mercantilização da saúde.

Dantas (2020) pontua que “passamos a assistir à intensificação de um processo de estrangulamento do público por meio de um potente subfinanciamento e da privatização da gestão pública”. O capital estrangeiro adentrou na saúde brasileira, por meio da Lei n.º 13.097 de 2015, em seu artigo 142, que diz que é permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle de empresas ou de capital estrangeiro, na assistência à saúde. Essa medida acaba por enfraquecer o caráter público e levando a uma massificação dos planos de saúde, acelerando o sucateamento do SUS (DANTAS, 2020).

Podemos dizer que os princípios e as diretrizes do SUS se chocam com o modelo capitalista, marcado pela mercantilização das diversas dimensões da vida social. O capital explora tudo o que tenha potencial lucrativo, inclusive as necessidades sociais (ROSADO e FREITAS, 2020). Nessa perspectiva a saúde, pela sua importância para a vida humana, torna-se um campo altamente lucrativo e visado pelas empresas nacionais, tornando o SUS um campo de disputa (e pelo capital estrangeiro).

Segundo a lógica do capitalismo, quando um indivíduo está doente, ele torna-se muito mais propenso a pagar tudo o que tem e o que conseguir emprestado ou doado para ter acesso ao diagnóstico e ao tratamento necessário ao restabelecimento da sua saúde (ROSADO e FREITAS, 2020). Essa pode ser uma explicação para o fato de ser tão persistente o modelo curativo e medicalizante, bem como pode explicar também por que a parte dos serviços mais visada pelo empresariado da saúde tem sido a de média e a de alta complexidade, vislumbradas como mais lucrativas.

Sestelo (2018), em sua fala no seminário internacional que celebrou os 30 anos do SUS e os 10 anos da Revista Poli, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), nos traz uma reflexão sobre o movimento de entrada e saída dos fundos de investimento na relação dos serviços de saúde privados para o setor público, com empresas de planos e seguros de saúde no setor hospitalar e exames complementares a partir dos anos 2000. O autor nos coloca questões que precisam ser bem abordadas e discutidas, para podermos combater o processo de apropriação do fundo público⁵ pelo grande capital. O fundo público vem sendo utilizado principalmente para o pagamento da dívida pública, em detrimento das políticas sociais, o que representa um contínuo e permanentemente saque desse fundo.

⁵Sendo o fundo público “o conjunto de recursos que o Estado mobiliza que extrai da sociedade, na forma de taxas, contribuições, impostos, etc., para o desempenho de suas funções” (OLIVEIRA, 1998; in BEHRING, 2017p. 11).

Para Salvador (2008) o fundo público transfere enormes quantidades de recursos para os portadores de títulos públicos (rentistas), tornando esse processo um limitador para as políticas sociais e a capacidade de investimento público. Ou seja, concentrando renda e riqueza e dificultando o investimento nas políticas sociais.

O mecanismo de subfinanciamento das políticas sociais públicas tem sofrido com a desvinculação de receitas, utilizado para criar *superavit* primário⁶, e com isso, pagar juros da dívida pública (SOUZA, 2019; SALVADOR, 2008). Ou seja, o sistema da dívida é um mecanismo de punção de recursos da classe trabalhadora e de pequenos produtores para o grande capital, sendo o capital portador de juros o maior beneficiário, por meio de suas diferentes instituições e da sua relação com os capitalistas e Estados (BEHRING, 2017).

A autora reforça que a lógica da dívida é um processo que produz uma relação específica de poder que opera a punção de volumes imensos de riqueza socialmente produzida para que uma minoria (a classe burguesa) viva luxuosamente, enquanto recai sobre os trabalhadores cada vez mais ônus. Isso demonstra a relação direta com processos de dominação de classe, assim como entre países na hierarquia desigual e combinada da economia mundial capitalista.

Sendo assim, há uma dupla penalização onde quem sofre são os mais pobres, pelo fato de pagarem a maior parte dos recursos do fundo público, e na hora de obterem o retorno desses recursos em forma de seguridade social e de outras políticas, encontram serviços subfinanciados e pouco resolutivos (SOUZA, 2020).

Além do subfinanciamento crônico do SUS, o país passou a experimentar um processo de desfinanciamento dos gastos sociais com a aprovação da Emenda Constitucional n.º 95/2016 (EC 95), que congelou o gasto público por 20 anos – afetando os recursos da saúde. A partir dessa EC 95, o gasto do Ministério da Saúde foi congelado em 15% da receita corrente líquida do governo federal de 2017, a ser atualizado anualmente tão somente pela variação do índice inflacionário IPCA/IBGE, até 2036. Para ter a dimensão dessa medida, a perda de recursos desde 2018 até 2020 alcançou o patamar de R\$ 22,5 bilhões (MENDES e CARNUT, 2020).

Paralelo a isso, não podemos deixar de mencionar a grave pandemia da Covid-19 que assolou o mundo e trouxe grandes desafios para o nosso sistema de saúde. Quando a pandemia chegou oficialmente ao Brasil, com o primeiro caso confirmado em fevereiro de 2020, o SUS já estava debilitado pelo subfinanciamento que lhe vem sendo imposto pela ordem neoliberal. Esse

⁶A definição de Superávit Primário pode ser estabelecida como o recurso através do qual o Governo consegue economizar para poder pagar os juros da dívida pública (REIS, 2017). Em www.suno.com.br/artigos/superavit-primario/

cenário foi agravado ainda mais nos últimos três anos pelo franco desfinanciamento derivado da EC 95 (BOUSQUAT et al., 2021).

Com a crise sanitária do Coronavírus, se o investimento em gasto público em saúde estivesse acontecendo sem as interdições realizadas em seu orçamento federal, o SUS poderia ter ampliada a sua capacidade instalada para o enfrentamento da pandemia.

A pandemia revisitou importantes problemas no SUS de desigualdades no acesso, cobertura e utilização de serviços de média e alta complexidade presentes no país na atenção à saúde das condições crônicas, especialmente no acesso à atenção especializada e hospitalar (TANAKA et al., 2019). Ao descobrir essas desigualdades, a pandemia pressionou por respostas mais equânimes das políticas sociais e de saúde. O reconhecimento dos determinantes sociais indica a necessidade de redesenhar a prestação de serviços de saúde, com igualdade e justiça social. É necessário reconhecer que a saúde e doença também tem uma dimensão política, e que sem o fortalecimento nas redes sociais e apoio as comunidades, não se produzirá equidade estrutural, necessária para reduzir desigualdades e vulnerabilidades (METZL, MAYBANK e MAIO, 2020).

As dificuldades impostas pela pandemia exigiram do SUS a reinvenção e inovação quase instantâneas, especialmente na conexão, capilaridade e integração dos serviços e ações de saúde. Por outro lado, e não por acaso, no sentido de aumentar os serviços de saúde para responder ao aumento da demanda durante a pandemia, alternativas privadas foram utilizadas em diversos estados, expressando propostas de empresariamento e inclusão de lógicas mercantis nos serviços de saúde. Em diversos desses casos foram comuns a indicação de superfaturamento e baixa qualidade dos serviços (BOUSQUAT et al., 2021). Com essa realidade, a decisão de compra de serviços no setor privado torna-se fortalecida e a ideologia da privatização é reforçada.

O princípio da universalidade do SUS, que fez do nosso sistema de saúde uma grande conquista do povo, neste momento, deve continuar resistindo, como vem fazendo desde sua criação. Reduzir desigualdades e vulnerabilidades e ampliar o conceito de saúde foram e continuam sendo a aposta do sistema universal de saúde no Brasil. E, nesse sentido, o SUS precisa ser fortalecido e respeitado como patrimônio da sociedade brasileira.

O fortalecimento do SUS, também conta com uma rede de instituições de ensino e pesquisa como universidades, institutos e escolas de saúde pública que dialoga com as secretarias estaduais e municipais, Ministério da Saúde, agências e fundações, o que agrega para a sustentabilidade institucional, pois possibilita que um conjunto de pessoas adquiram conhecimentos, habilidades e valores vinculados aos princípios e diretrizes do SUS. Muitos

desses atores sustentam o SUS, mesmo em tempos difíceis tornam-se militantes de sua defesa (PAIM, 2018).

No que diz respeito às profissões em saúde, o SUS assume a responsabilidade de acompanhar o desenvolvimento de políticas de formação dos profissionais de saúde conforme as necessidades do sistema, uma melhor articulação e integração entre os setores da saúde e educação; e a integração das instituições de ensino e prestadores de serviço, para permitir na prática a melhor regulação do SUS nos processos formativos em saúde, como previsto no artigo 200, inciso III, Constituição Federal de 1988 (PIRES e PAIVA, 2010 pag. 319).

Almeida Filho (2013) pontua que a formação de profissionais para o campo da saúde no Brasil, deve estar em consonância com as demandas e desafios do SUS, com novos modelos que sejam tecnologicamente competentes, capazes de trabalhar em equipe, criativos, autônomos, resolutivos, engajados na promoção da saúde, abertos à participação social e comprometidos com a humanização da atenção à saúde.

No entanto, muitas Instituições de Ensino Superior não compatibilizam em seus currículos, o comprometendo a inserção de novos profissionais no sistema público de saúde (WEILLER e SCHIMITH, 2014). Esse ponto é reforçado por Paim (2013) quando diz que:

“A crise da saúde pública no País é também uma crise de formação, pois os cursos na área de saúde, sobretudo de medicina, não conseguem formar profissionais capazes de compreender o SUS em toda a sua complexidade; o SUS passou a ser o espaço desprestigiado – não me refiro aqui aos seus problemas, que são graves – mas a um juízo prévio por parte dos alunos e seus professores” (PAIM, 2013).

Para Ceccim, Bravin e Santos (2009), a educação na saúde deve ser entendida como uma política pública, precisa ser articulada entre a formação e a produção de respostas do sistema às necessidades das populações, no contexto do SUS. No entanto, para que esse conceito seja construído na formação dos profissionais de saúde, dentro dos princípios, diretrizes e demandas do SUS, é necessária permanente articulação com a educação, por meio de políticas e mecanismos capazes de suprir o adequado atendimento da população.

A graduação em Saúde Coletiva tem suas bases advindas da construção do campo da Saúde Coletiva no Brasil, da RSB, ABRASCO e do SUS, a qual foram as principais bases argumentativas para a implantação do curso. Os egressos dessa graduação surgem para juntar-se a outras profissões de saúde em espaços no meio técnico, na gerência de processos de trabalho em saúde e de produção de serviços (PAIM, 2006).

Dessa forma, o bacharel em saúde coletiva, veio para contribuir com essas necessidades do SUS, se apresenta como um novo profissional para contribuir como agente promotor da saúde, buscando soluções para a consolidação dos serviços em saúde para a população, já que sua formação e atuação são voltadas para realização de ações de: vigilância, gestão, controle, avaliação dos serviços, utilizando medidas de promoção, proteção e educação em saúde (BEZERRA, 2013). Nesse contexto, a formação de sanitaristas e de outros trabalhadores em universidades e escolas assegura a reprodução e disseminação de informações e conhecimentos, além da apropriação de poder técnico.

Considerando, ademais, que esse profissional tem sido formado para atuar, predominantemente, no setor público, a construção da sua identidade possui estreita relação com as políticas de saúde e o processo de construção do SUS. É importante considerar que o SUS tem sofrido grande vulnerabilidade frente as mudanças de governos, gestores, partidos, que exigem buscar alternativas para proteger ou blindar o SUS dos interesses e das manobras políticas. Paim (2009) considera que é necessário garantir o caráter público do SUS, mas sem confundi-lo com o Estado, governos e partidos, para não haver intercorrências desastrosas e a descontinuidade administrativa.

O SUS é um campo de disputa, tanto em relações aos mecanismos de financiamento, quanto no que se referem aos arranjos da gestão. Assim como no cotidiano do mundo do trabalho, onde as disputas presentes nesses espaços são evidentes, gestores que atuam principalmente no plano da formalidade, das regras, normas, portarias dirigidas a atores que não existem na prática.

A relação intergestores no SUS apontou um mundo paralelo de ver a saúde do usuário somente como um número, um indicador, um relatório que pouco se alimenta e quando alimenta é da vida cotidiana que acontece nas unidades de saúde. É o que acontece no Programa previne Brasil, que é um mecanismo de distribuição de recurso na APS, com uma combinação de valores fixo e variáveis baseados em captação ponderada (quantidade de cadastros de usuários no SUS), metas de desempenho das equipes de saúde e ações estratégicas. Esse método de programa, apesar de ser uma medida importante para saber a quantidade de usuários atendidos no município, o indicador de desempenho pode direcionar um comportamento inadequado das equipes de saúde, com foco excessivo nos indicadores sugeridos pelo MS e esquecendo-se dos outros problemas de saúde da população (ROSA, et al., 2023). Essas burocracias muitas vezes exageradas não combinam com os tempos de processos mais democráticos e participativos dentro do Sistema de saúde.

Com a diversidade do nosso país, e a necessidade de proporcionar acesso a todos os usuários, a descentralização foi uma resposta fundamental para a vitalidade do SUS. Porém, ela

é confrontada a todo tempo pela persistência de um modo centralizado de fazer política, em que o gestor federal prevalece em função da concentração de poder tanto técnico como científico e financeiro. E uns dos poucos espaços abertos à participação popular democrática, representado pelos conselhos de saúde, acabam sendo operados pelo corporativismo. Esses espaços ainda não asseguram a efetivação dos interesses representados, isto porque o respeito ao conselho como instância deliberativa depende da associação da vontade política dos governantes e da mobilização da sociedade civil. Os usuários e os trabalhadores parecem não se organizar para assegurar seus espaços de representatividade, e acabam por deixar brechas para o corporativismo.

Os conselhos têm uma importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde. Esta reestruturação não é apenas uma questão técnica, pois envolve expectativas, demandas e comportamentos de todos os atores envolvidos na prestação da atenção, desde gestores até usuários, e implica reformulação das relações entre esses atores (JORGE e VENTURA, 2012).

Leal (2015) menciona que é preciso de mobilização, luta, resistência, construção dos atores sociais necessários na mobilização efetiva no SUS. E pensar na entrada do Bacharel em Saúde coletiva no SUS, é acreditar que esse novo profissional seja compromissado com as relações de construção da integralidade, gestores municipais preparados para efetivar a gestão local de modo criativo e em consonância com o contexto local, espaços regionais com potência solidária para produzir a governança local e escolas para formar esses trabalhadores que defendam o SUS.

CAPÍTULO 2- O CURSO DE BACHARELADO EM SAUDE COLETIVA: CRIAÇÃO, PERFIL PEDAGÓGICO / PROFISSIONAL.

Neste capítulo apresentaremos a criação da graduação em saúde coletiva, as bases formativa e profissional. Em um primeiro momento realizamos um resgate histórico do movimento de criação da graduação em Saúde Coletiva no Brasil. Realizamos análise de alguns aspectos dos PPC dos cursos identificados, levantamento do quantitativo de egressos, local de inserção profissional e vínculo empregatício. Assim como, realizamos um copilado do cenário e tendências para o bacharel em saúde coletiva atualmente.

2.1 A CRIAÇÃO DA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

O movimento da RSB impulsionou mudanças no sistema de saúde, e com a criação do SUS, fez com que estudiosos do campo da Saúde Coletiva identificassem a necessidade de profissionais qualificados para alavancar as mudanças tão necessárias na RSB. Alguns apontaram como estratégia o fortalecimento desses saberes e práticas nas diversas graduações da área da saúde já existentes (KOIFMAN e GOMES, 2008) enquanto outros defendiam a criação de um novo profissional advindo de uma formação de nível superior (PAIM E PINTO, 2013; BELISÁRIO et al., 2013).

A formação de profissionais no campo da Saúde Coletiva consolidou-se primeiramente enquanto pós-graduação, nos cursos de especialização em saúde pública, residências de medicina preventiva e social e nos programas de pós-graduação de mestrado e doutorado. Sendo esses cursos importantes para a formação de docentes e gestores para a atuação nos diversos setores dos serviços de saúde com título de Sanitarista⁷ (MANGUEIRA, et al., 2021; VIEIRA, 2018; NUNES, FAGUNDES e SOARES, 2015).

O sanitário como agente de saúde pública já existe no Brasil há várias décadas, influenciados por modelos tecnoassistenciais das ações coletivas de saúde denominados por Merhy (1992) e por correntes de pensamento desenvolvidas internacionalmente subsidiaram a prática dos sanitários brasileiros.

⁷Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 256, de 11 de março de 2013, em seu Art. 5º, inclui, na Tabela de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), o CBO do Sanitarista que traz em seu Parágrafo Único: “*Entende-se por sanitário o profissional de nível superior, graduado na área da saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduado em uma dessas áreas*”.

O campo das ciências biológicas teve avanço no cenário brasileiro na virada do século XIX para o século XX, estando ligado ao trabalho de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, bacteriologistas, epidemiologistas e sanitaristas brasileiros, que em suas pesquisas tiveram seu legado relacionado com atividades empíricas e práticas no controle de doenças e pragas que assolavam o Brasil, a exemplo: febre amarela, peste bubônica, malária, dentre outras. Algumas denominações criadas a partir das práticas sanitárias como, por exemplo, modelo campanhista, movimento permanente especializado, rede local permanente e movimento desenvolvimentista (VIANA e SOUZA, 2018).

Ainda no século XX, Labra (1985) afirma que o conhecimento da saúde coletiva estava presente na formação médica, e que nesse período, debatedores questionavam se a formação graduada de médicos era suficiente para a prática de um sanitarista. Assim, em 1925, surgem os cursos *lato sensu* para os médicos como requisito para essa atuação.

A partir de então, em 1960, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) dá início aos cursos de pós-graduação *lato sensu* em saúde pública para graduados na área da medicina, enfermagem, engenharia, farmácia, medicina veterinária, entre outras. Em 1970, os programas *stricto sensu* da saúde coletiva estendem o nível de formação para graduandos de diferentes áreas. A partir de 1990, com investimento nacional, o número de cursos de mestrado e doutorado no campo da saúde coletiva também aumentaram (ABRASCO,2012).

Com isso, segundo Campos (2000), o campo da saúde coletiva foi fragmentado em subáreas: entre elas a Epidemiologia, Ciências Sociais aplicadas a Saúde, Gestão, Planejamento e as Vigilâncias. E assim esses novos sujeitos advindos da pós-graduação, passaram a ser chamados de sanitaristas com especialidades: epidemiologistas, pesquisadores, professores, etc.

A proposta da graduação em saúde coletiva, era formar um profissional que atuasse conforme as demandas e princípios do SUS, utilizando medidas de promoção, proteção e educação em saúde. Dessa forma, esse profissional foi pensado para contribuir como agente promotor da saúde, buscando soluções para a consolidação dos serviços em saúde para a população, sendo o SUS seu principal campo de atuação.

Segundo Bosi e Paim (2010) e Castellanos e colaboradores (2013a), o debate sobre a criação e viabilidade do curso se intensificou a partir dos anos 2000 (VIANA, 2017, p. 20). O objetivo era formar profissionais aptos a atuarem no campo da saúde coletiva para suprir demandas do SUS e diminuir o tempo de formação, uma vez que, antes era necessário realizar uma graduação em alguma área da saúde para, e posteriormente através da pós-graduação, tornar-se sanitarista (PAIM e PINTO, 2013).

Dentre os espaços de diálogo sobre o tema, destaca-se a “I Oficina Nacional sobre a Pertinência e Viabilidade da Graduação em Saúde Coletiva”, organizada pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), com o apoio do Ministério da Saúde (MS) e com a participação de representantes da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Fiocruz, universidades, entre outros (RUELA, 2013).

Diversas foram as discussões onde se concluiu pela pertinência e viabilidade da proposta de criação da graduação. No período entre 2003 e 2008, aconteceram diversos debates, eventos e congressos sobre o tema da nova graduação⁸, e a partir dessas articulações algumas universidades centraram esforços na institucionalização da proposta de cursos via instâncias e colegiados superiores em suas respectivas instituições (RUELA, 2013). Assim, em 2008, iniciaram os primeiros cursos da graduação em Saúde Coletiva.

O Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), instituído pelo decreto n. 6.096/2007 (BRASIL, 2007), foi importante no processo de expansão de vagas para o ensino superior, estimulando a abertura de novas graduações nas universidades públicas, o que facilitou a oferta da graduação em saúde coletiva ao longo dos anos por várias regiões do país (LORENA et al., 2016).

No cenário de formação, a graduação em Saúde Coletiva veio para preencher espaços no meio técnico de necessidades da saúde, gerência de processos de trabalho em saúde e de produção de serviços, estando a graduação estruturada sobre três pilares: a Epidemiologia, Gestão e as Ciências Sociais em Saúde (PAIM, 2006).

Há de se considerar que uma nova profissão de saúde, geralmente produz certo desconforto na área hegemônica pelo modelo biomédico e com profissões já consolidadas. O que corrobora com Bourdieu quando diz que o campo científico é um espaço de jogo de uma luta concorrencial, de técnica, poder social e da competência científica, que são socialmente outorgadas a um agente determinado (BOURDIEU, 2003, p. 122). Isto é, o funcionamento do campo científico produz e supõe uma forma específica de interesse, o que, por seu turno, resulta dizer que é inútil distinguir interesses científicos e interesses sociais. O próprio funcionamento do campo científico produz

⁸Outra oficina que merece destaque foi realizada no ano de 2003, como atividade do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em Brasília com o título: “É tempo de termos uma graduação em Saúde Coletiva?”. (BOSI e PAIM, 2010; BELISÁRIO et al., 2013). Antecipando-se às controvérsias explicitadas do decorrer congresso, a revista Radis, anunciava um “debate bom”: *Vai estourar no Abrascão (7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva) a discussão, protelada até agora, acerca da formação profissional em Saúde Coletiva*. Durante esses eventos verificou-se um acirrado debate entre os que apoiavam a Saúde Coletiva como parte da formação das profissões existentes e aqueles que argumentavam em torno da oportunidade da “nova graduação”, sem que isso implicasse prejuízo na formação dos demais profissionais de saúde com pós-graduação em saúde Coletiva (BOSSI e PAIM, 2010).

e supõe uma forma específica de interesse, pois as práticas científicas aparecem desinteressadas apenas quando referidas a interesses diferentes, produzidos e exigidos por outros campos (p. 123).

No entanto, segundo Paim (2006) é possível argumentar que a saúde coletiva, enquanto campo científico e âmbito de práticas em construção, suporta a presença de uma específica profissão de saúde não subordinada ao modelo biomédico. Isso permite a profissionalização de novos sujeitos sanitaristas formados na graduação, delineando sua identidade na experiência de ser um sujeito-agente da Saúde Coletiva, sem se submeter a uma “regradação”.

A formação do Sanitarista ao nível de graduação possibilita que aquele que queira atuar no campo da Saúde Coletiva não necessite prioritariamente percorrer o caminho de uma formação que se inicia na graduação, seguido de pós-graduação. Castellanos et al., (2013) afirma que a graduação condensa as experiências de ensino da Saúde Coletiva ao nível de graduação e pós-graduação no Brasil, apresentando um avanço decisivo rumo a uma formação interdisciplinar neste nível de ensino, podendo esses egressos atuarem em diferentes esferas do sistema de saúde, por meio de ações de prevenção de doenças, de promoção e proteção da saúde, pesquisa e desenvolvimento de serviços.

Atualmente no Brasil, temos 24 cursos de graduação em Saúde Coletiva e/ou denominações próximas que possuem registro no Ministério da Educação (MEC). Desses, 18 cursos participam regularmente das atividades do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC/ABRASCO). A tabela 01 mostra o Estado, Instituição, Nomenclatura e Ano de implantação do curso.

TABELA 01: CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA POR REGIÃO, ESTADO, INSTITUIÇÃO DE ENSINO, DENOMINAÇÃO E DATA DE INÍCIO DO FUNCIONAMENTO.

	UF	INSTITUIÇÃO	DENOMINAÇÃO	INÍCIO
Região Norte	Acre	Univ. Federal do Acre (UFAC)	Bacharelado em Saúde Coletiva	2008
	Amazonas	Univ. Estadual do Amazonas (UEA)		2012
	Pará	Univ. Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA)		2013
		Univ. Federal do Oeste do Pará (UFOPA)		2018
		Univ. do Estado do Pará (UEPA)		2020

	Roraima	Univ. Federal de Roraima (UFRR)	Gestão em Saúde Coletiva Indígena	2013
Região Nordeste	Bahia	Univ. Federal da Bahia (UFBA)	Bacharelado em Saúde Coletiva	2009
	Pernambuco	Univ. Federal do Pernambuco (UFPE)		2013
		Universidade do Pernambuco (UPE)		2013
		Centro Universitário Tabosa de Almeida UNITA/ASCES *		2014
	Rio Grande do Norte	Univ. Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)		2009
Centro-Oeste	Distrito Federal	Univ. de Brasília (UNB) Campus Ceilândia	Bacharelado em Saúde Coletiva	2008
		Univ. de Brasília (UNB) Campus Darcy Ribeiro		2008
	Mato Grosso	Univ. Federal do Mato Grosso (UFMT)		2010
Região Sudeste	Minas Gerais	Univ. Federal de Uberlândia (UFU)	Bacharelado em Saúde Coletiva	2010
		Univ. Federal de Minas Gerais (UFMG)	Gestão de Serviços de Saúde	2009
	Rio de Janeiro	Univ. Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	Bacharelado em Saúde Coletiva	2009
	São Paulo	Univ. de São Paulo (USP)	Bacharelado em Saúde Pública	2012
		Faculdade de Medicina do ABC -FMABC*	Gestão em Saúde Ambiental	2008
Região Sul	Paraná	Univ. Federal do Paraná (UFPR) - Matinhos	Bacharelado em Saúde Coletiva	2009
		Univ. Federal da Integração Latino-Americana (UNILA)		2012
	Rio Grande do Sul	Univ. Federal Rio Grande do Sul (UFRGS)	Bacharelado em Saúde Coletiva	2009
		Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS)	Administração em Sistemas e Serviços de Saúde	2002
		Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)	Gestão em Saúde	2014

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do MEC e ABRASCO.

*Instituição Privada

O precursor da graduação em Saúde Coletiva foi o curso de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde da UERGS instituído em 2002. De 2008 a 2010 novos cursos já eram realidade

em 12 universidades. A partir dos anos seguintes o curso foi se expandindo para as demais regiões do país, sendo o mais atual aberto no ano de 2020 na UEPA.

O Norte do país é a região com maior oferta do curso em 4 estados em 7 universidades diferentes, seguido da região Nordeste com 3 estados em 5 universidades, Sudeste com 3 estados em 5 universidades, Sul com 2 estados e 5 universidades e Centro-oeste com 2 estados em 3 universidades.

Continuando na tabela 01, podemos identificar que o curso é predominante ofertado em universidades públicas, apenas dois em instituições privadas. Percebemos também diferenças de denominações nas seguintes Universidades: USP, UFRR, UFMG, UERGS, UFCSPA e UFRN, o ideal na minha opinião seria unificar para uma única denominação, deixando a graduação com melhor clareza na sua estrutura organizacional.

O Curso da UFRN passou por um processo de mudança de denominação, antes era denominado como Graduação em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde e agora passou para Graduação em Saúde Coletiva, a UFU também passou pela mudança de nome de Gestão em Saúde Ambiental para Saúde Coletiva (VIANA e SOUZA, 2018). A mudança de nome é importante para garantir maior identificação, coesão e representatividade junto aos demais cursos.

A denominação do curso do estado de Roraima, Gestão em Saúde Coletiva Indígena, justifica-se devido ao curso ter foco na saúde indígena, visto que em números proporcionais, Roraima é o estado do país com a maior população indígena. Ao todo, segundo o Censo 2010 divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 49.637 pessoas se declararam indígenas no estado, que possui 450.479 habitantes.

O Estado de Roraima possui dois Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) Yanomami e Ye'kuana e o DSEI Leste de Roraima, na estrutura organizacional da FUNASA como uma forma de oferecer assistência aos índios. Um dos avanços do DSEI foi formar mais de 300 agentes indígenas de saúde, consolidando a atuação desse profissional nas comunidades e evidenciando sua importância na Atenção Primária à Saúde. Entretanto, sentindo a necessidade de profissionais indígenas tanto para o atendimento quanto para o planejamento e organização dos serviços de saúde, foi proposta a criação do Curso de Bacharelado de Gestão em Saúde Coletiva Indígena, vinculado ao Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena da UFRR, visando formar indígenas e ampliar a participação profissional dessa população no âmbito do subsistema de saúde indígena e nos diversos níveis de complexidade do SUS, além de levar em consideração a valorização dos saberes indígenas nos seus processos pedagógicos (UFRR, 2012).

Na tabela 02, temos o levantamento realizado no portal do Ministério da Educação (e-MEC) e consulta realizada junto as instituições de ensino, temos um panorama da quantidade de vagas ofertadas por ano, conceito e quantidade de egressos que cada instituição já formou.

TABELA 02: CONCEITO NO MEC DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, VAGAS ANUAIS E QUANTIDADE DE EGRESSOS DO PERÍODO DO ANO 2012/2023.

INSTITUIÇÃO	CONCEITO MEC	VAGAS/ ANO	EGRESSOS
Centro Universitário Tabosa de Almeida UNITA/ASCES	4	40	***
Faculdade de Medicina do ABC -FMABC	3	50	***
Universidade do Estado do Amazonas (UEA)	**	594	***
Universidade Federal do Acre (UFAC)	4	50	212
Universidade Federal da Bahia (UFBA)	5	45	110
Universidade do Estado do Pará (UEPA) *	**	30	**
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)	5	40	***
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS)	**5	40	***
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	5	40	***
Universidade do Oeste do Pará (UFOPA)	5	40	***
Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA)	4	50	60
Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)	5	80	153
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	5	100	500
Universidade de Brasília (UnB)	5	240	***
Universidade de São Paulo (USP)	**	40	***
Universidade Federal do Paraná (UFPR)	4	40	***
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	5	51	190
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)	4	21	***
Univ. Federal de Roraima (UFRR)	5	40	***
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	5	60	***
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)	4	60	***
Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA)	4	40	48
Universidade de Pernambuco (UPE)	**	20	***

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do MEC e consulta as universidades.

*Ainda não formou egressos

**Cursos que não possuem conceito e que não foram avaliados pelo Enade. A UERGS não possui conceito do curso, mas possui avaliação do ENADE e Indicador de diferença entre desempenhos (IDD) observado e esperado, ambos com conceito 5 (MENDONÇA, 2021).

*** Instituições que não responderam os e-mails.

Dos cursos avaliados com conceito pelo MEC, fica evidente que mais da metade (12) dos cursos recebeu conceito 5, que é considerado curso de excelência, 7 com conceito 4 e 1 com conceito 3. Isto significa que a graduação em Saúde Coletiva tem se consolidado como um curso de excelência na formação profissional. O Conceito Preliminar de Cursos (CPC) é uma avaliação realizada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) vinculado ao MEC, realiza uma avaliação ampliada do curso, do corpo docente, infraestrutura, insumos, recursos didático-pedagógicos, além do desempenho dos alunos (INEP, 2021).

Ainda na tabela 02, observamos que a quantidade de vagas ofertadas entre os cursos é de 1.811 por ano. A UEA é a instituição que oferta mais de 18 cursos de bacharelado em Saúde Coletiva dividido nos municípios do Estado⁹, e conta com uma variação de 10 cursos que ofertam 43 vagas cada e 8 com 33 vagas. Seguindo da UNB que possui o CGSC em dois *campi*, sendo eles nas Faculdades de Ceilândia e Ciências da Saúde - Darcy Ribeiro, com 120 vagas anuais por faculdade. A instituição que menos oferta vaga é a UPE com 20 vagas anuais.

Os dados dos egressos que conseguimos reunir na pesquisa foram somente de 07 instituições, totalizando 1.273 egressos formados durante os anos de 2012 a 2023. A instituição que mais formou egressos segundo nossa pesquisa foi a UFMG, tendo sua primeira turma em 2009. Embora não tendo resposta de todas as instituições, foi possível, analisando os dados disponíveis, construir uma análise consistente da realidade abordada.

Ao buscar informações em outras pesquisas, Mendonça (2021) apresenta dados do Censo da Educação Superior realizado pelo INEP dos cursos de graduação em Saúde Coletiva entre 2018 e 2019. No ano de 2018, foram contabilizadas 2.216 matrículas realizadas e 264 egressos, em 2019, foram 2.367 matrículas e 276 concluintes. Esses dados nos fazem refletir sobre a discrepância entre a quantidade de matrículas e o número de egressos. Observa-se que o quantitativo de egressos comparado ao de matriculados apresentados pelo Censo representa menos de 12% em 2018 e 2019, respectivamente. Fica evidente a necessidade de estudos que

⁹ Municípios que a UEA oferta o curso: Boca do Acre; Careiro; Carauari; Coari; Eirunepé; Humaitá; Itacoatiara; Lábrea; Manacapuru; Manaus; Manicoré; Maués; Novo Aripuanã; Parintins; Presidente Figueiredo; São Gabriel da Cachoeira; Tabatinga, e Tefé

identifiquem a causa para o baixo índice de concluintes para proposição de ações que otimizem esses indicadores.

2.2 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE SAÚDE COLETIVA.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) sancionada em 20 de dezembro de 1996 define e regulariza a organização da educação brasileira com base nos princípios da Constituição Federal. A disposição da lei referente ao ensino superior deve voltar-se para a formação integral do aluno, entendendo a graduação como etapa inicial formal, que constrói a base para um permanente processo de educação continuada, estabelecendo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) como responsáveis pelos rumos da formação superior no país.

As DCNs constituem um padrão geral de orientação para a elaboração dos projetos político pedagógicos e currículos pelas Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil. A primeira resolução com diretrizes para a área da Saúde – Resolução CNE/CES no 1.133/2001 – é de 7 de agosto de 2001, e dispõe sobre as DCNs dos cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição.

De 2002 a 2004, foram estabelecidas as DCNs das demais carreiras da área da Saúde. Essas diretrizes tiveram ampla participação de diversas instituições e atores sociais na sua elaboração, tais como: Rede Unida, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Conselho Nacional da Saúde, Secretaria de Educação Superior, Fórum Nacional de Pró-Reitores das Universidades Brasileiras, associações de ensino, conselhos profissionais e comissões de especialistas de ensino da Secretaria de Educação Superior (SeSu/MEC), tendo sido posteriormente utilizadas para a elaboração de projetos para cursos das carreiras da Saúde.

As DCNs dos cursos da área da saúde seguem uma formação inclinada ao SUS, as instituições de ensino devem incorporar o arcabouço teórico do SUS nos projetos pedagógicos de seus cursos, objetivando um profissional que tenha uma visão e uma escuta voltada para um conceito ampliado de saúde, não somente como ausência de doença, desenvolvendo uma clínica mais abrangente, para além das instituições de assistência. Com profissionais comprometidos com a democracia e direito fundamental à saúde, que compreendam os princípios, diretrizes e políticas do sistema de público de saúde.

As DCNs da Graduação em Saúde Coletiva (GSC) tomaram forma após amplo debate entre as áreas da Educação e Saúde, envolvendo o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva¹⁰

¹⁰ Esta proposta foi elaborada pela Comissão de Trabalho instituída abril/2015 pelo Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC-ABRASCO), sendo divulgada aos colegiados dos cursos de Saúde Coletiva em 15 de junho de 2015, para análise e contribuições até 15 de julho de 2015.

(FGSC) da ABRASCO, a comunidade educacional, científica, entidades civis acadêmicas, trabalhadores da área da saúde e sociedade em geral, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais.

As discussões já eram pauta no FGSC desde 2013, onde se discutia a necessidade de fortalecer os currículos dos graduandos. O coordenador do fórum na época, o professor da UFBA, Guilherme Ribeiro, destacou que o egresso ter um perfil bem definido era necessário para facilitar a inserção desse profissional no campo de trabalho (ABRASCO, 2022).

Em 2015, as DCNs foram objeto de várias discussões enfocando as bases legais e buscando formular uma proposta detalhada, incluindo aspectos como a obrigatoriedade ou não do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e sobre o estágio curricular obrigatório.

O estágio obrigatório da GSC sempre esteve na pauta de preocupações do fórum, uma vez que, por ser um profissional relativamente novo, poderia ter dificuldade e resistência das instituições de saúde em definir os locais e as atividades em que esses egressos iriam se encaixar. A preocupação se justifica, pois é em meio a este universo que os discentes passam a vivenciar a rotina das instituições, colocando seu conhecimento de teoria e prática em ação. Além do estudante se descobrir como um novo profissional, também permite que nesse espaço outros profissionais, gestores e instituições da rede conheçam as habilidades desse novo profissional.

As propostas de estágio da GSC nas DCNs recomendaram o mínimo de 40% (quarenta por cento) seja desenvolvido na Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, e além do Estágio Curricular, o Projeto Pedagógico do Curso o discente deve dedicar pelo menos 10% (dez por cento) da carga horária total do curso, ou por unidade curricular, às atividades de extensão, interação e/ou vivência nas redes de atenção à saúde e intersetoriais, em instâncias de controle social em saúde, órgãos de gestão do SUS e outros cenários de intervenção do estudante, ao longo de toda a graduação, de maneira transversal às diferentes etapas do curso.

O estágio curricular nos remete ao que dizem Carvalho e Ceccim (2006) que para ser um profissional de saúde, há necessidade de conhecimento científico e tecnológico, mas também de conhecimento de natureza humanística e social relativo ao processo de cuidar, sendo preciso desenvolver projetos terapêuticos singulares, formular e avaliar políticas, além de coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde.

Atualmente, o desafio das Instituições de Ensino Superior (IES) é formar profissionais de saúde com perfil humanista, capazes de atuar na integralidade da atenção à saúde e em equipe, características indispensáveis aos serviços do SUS.

O processo de elaboração das DCNs além das discussões com o FGSC, comunidade educacional, científica, entidades civis, acadêmicas e trabalhadores da área da saúde, as propostas

também foram submetidas à consulta pública. Após esses procedimentos, seguiu-se formalização em termos do Projeto de Resolução, de caráter obrigatório para todos os sistemas de ensino do território nacional. Também foi realizado estudo dos novos contornos e demandas das áreas da Saúde Coletiva no Brasil, para propor as presentes DCNs da GSC.

Assim, em 10 de agosto de 2017 as DCNs da GSC, foram finalmente aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, e desdobram-se no seguinte perfil e competências do bacharel em saúde coletiva:

Art. 3º O graduado em Saúde Coletiva deverá obter formação geral, crítica e reflexiva, comprometida com a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, capaz de atuar na análise, monitoramento e avaliação de situações de saúde, formulação de políticas, planejamento, programação e avaliação de sistemas e serviços de saúde, no desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde, educação e desenvolvimento comunitário na área de saúde, bem como na execução de ações de vigilância e controle de riscos e agravos à saúde e no desenvolvimento científico e tecnológico da área de Saúde Coletiva, levando em consideração o compromisso com a dignidade humana e a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 4º A formação do bacharel em Saúde Coletiva deve proporcionar competências específicas e interprofissionais para o exercício profissional nos sistemas, programas e serviços, assim como em outros espaços sociais e intersetoriais em que se desenvolvam práticas de saúde.

§ 1º O detalhamento das estratégias pedagógicas para alcançar o caráter interdisciplinar e intersetorial da formação deverá estar explícito no Projeto Pedagógico do Curso e abranger as subáreas da Saúde Coletiva: Epidemiologia; Ciências Sociais e Humanas em Saúde e Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Art. 5º Para o exercício profissional, que articule conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas ao egresso, a formação do bacharel em Saúde Coletiva desdobrar-se-á nas seguintes áreas: I - Atenção à Saúde; II - Educação em Saúde; e III - Gestão em Saúde (BRASIL, 2017).

As DCNs da GSC têm o perfil do profissional voltado para uma formação comprometida com a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, levando em consideração o compromisso com a dignidade humana e a defesa do SUS.

A homologação das DCNs mesmo que tardia, é um importante avanço para a graduação em Saúde Coletiva, considerando seu papel na consolidação da identidade dos cursos. “Maia (2022) destaca que foi resultado de uma intensa mobilização da ABRASCO diante de um contexto político complexo, especialmente no que se refere às políticas de saúde e educação”.

A implementação das DCNs sinaliza, ainda, para a necessidade de acrescentar a evolução e a incorporação das especificidades deste século na formação acadêmica dos futuros profissionais. Pois, esses profissionais atuarão em um mundo do trabalho onde é crescente a demanda de um perfil que responda aos desafios das sociedades contemporâneas, com olhar para problemas sociais do país, contemplando adequadamente a atenção coletiva em saúde, que valorize a formação voltada para o SUS e para todas as áreas de atuação profissional (BRASIL,

2017). Nesse sentido, construir políticas de formação pressupõe articulação entre as instituições normativas, reguladoras, formadoras e o SUS. Esse é um desafio permanente para os que fazem Saúde e Educação no Brasil.

2.3 UM OLHAR SOBRE OS PROJETOS POLÍTICO PEDAGÓGICOS DO CURSO DE BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA.

Foram analisados 19 Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) que estavam disponíveis na internet, correspondentes aos cursos de graduação de Saúde coletiva conforme apresentados no quadro. Os cursos que não possuíam o PPC publicizados não foram analisados.

As análises dos PPC se limitaram a carga horaria total do curso, carga horária estágio, ano de confecção do PPC, Componentes Curriculares e o perfil pretendido para o Graduado em Saúde Coletiva.

QUADRO 01: DISTRIBUIÇÃO DO QUANTITATIVO DE PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA PUBLICIZADOS NAS PÁGINAS DAS UNIVERSIDADES.

INSTITUIÇÃO	POSSUÍA O PPC DISPONÍVEL
UNITA/ASCES	Não
FMABC	Não
UEA	Sim
UFAC	Sim
UFBA	Sim
UEPA	Não
UFCSPA	Sim
UERGS	Sim
UFRJ	Sim
UFOPA	Sim
UNILA	Sim
UFMT	Sim
UFMG	Sim
UNB	Sim
USP	Sim
UFPR	Sim
UFRN	Sim
UFU	Sim
UFRR	Sim
UFRGS	Sim
UFPE	Sim
UNIFESSPA	Sim
UPE	sim

Fonte: Elaborada pela autora.

Na tabela 03 é apresentado o ano de elaboração do PPC, carga horária total do curso, carga horária de atividade complementar e carga horaria de estágio obrigatório.

TABELA 03: INSTITUIÇÃO, ANO DO PCC, CARGA HORARIA TOTAL, CARGA HORARIA DE ATIVIDADE COMPLEMENTAR E CARGA HORARIA DE ESTÁGIO OBRIGATORIOS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAUDE COLETIVA.

INSTITUIÇÃO	ANO DO PPC	CARGA HORÁRIA TOTAL	C.H ATIVIDADE COMPLEMENTAR	C.H ESTÁGIO OBRIGATÓRIO
UEA	2012	3.200		630
UFAC	2018	3.543	210	630
UFBA	2008	2.708	102	600
UFCSPA	2015	3.200	300	680
UERGS	2022	3.003	150	300
UFRJ	2011	3.285	90	690
UFOPA	2018	3.215	200	740
UNILA	2014	4.182	204	510
UFMT	2013	3.000	200	400
UFMG	2019	3.000	240	585
UNB	2017	3.225	150	300
USP	2022	3.225	60	690
UFPR	2014	3.250	100	300
UFRN	2018	3.225	200	600
UFU	2019	3.245	150	500
UFRR	2012	3.610	210	520
UFRGS	2022	3.180	180	600
UFPE	2018	3.000	105	690
UNIFESSPA	2017	3.214	200	600
UPE	2016	3.200	90	720

Fonte: Elaboração da autora.

As DCN da graduação preconizam que a carga horária mínima é de 3.200. A maioria dos cursos atende essa recomendação apresentando carga horária igual ou superior a 3.200 horas, como é o caso da UPE, UEA, UEPA, UFPR, UNB, USP, UFRJ, UFRR, UFAC, UFU, UFCSPA, UFOPA, UNIFESSPA. Outros, no entanto, possuem carga horária inferior: UFPE, UFMG, UFMT, UFRGS, UFBA e UERGS, a UNILA é a que possui a maior carga horaria.

Certamente os cursos que não possuem a carga horaria mínima terão que fazer a adequação em seus PPCs para atender as exigências das DCNs, assim como aconteceu com a UFRN que possuía uma carga horária total de 2.910 horas/aula, e fez a adequação para 3.225 horas. No entanto, essa mudança também alterou a duração do curso, estendida para quatro anos e meio. Essa foi uma alternativa pensada também para acomodar na estrutura curricular uma

maior oferta de disciplinas optativas, que na estrutura anterior dificultava a integralização da carga horária mínima de disciplinas optativas no turno noturno (UFRN,2018).

A UEA possui uma modalidade diferente das demais instituições, chamado de Ensino Presencial Mediado por Tecnologia. Dispondo de 18 polos que ofertam o curso em municípios geograficamente distantes e de difícil acesso à instituição disponibiliza aulas virtualmente. As aulas são gravadas e os roteiros delas são desenvolvidos por professores titulares. Durante as transmissões das aulas os alunos, contam com o auxílio de professores assistentes de forma simultânea às transmissões, assim como é disponibilizada ao aluno a infraestrutura necessária de computadores, salas de aula e biblioteca para acesso às aulas, bem como o suporte pedagógico através dos professores do curso.

O PPC da instituição considera essa modalidade de ensino coerente, pois “[...] a principal virtude do Ensino Presencial Mediado não está no fato de que permite derrubar fronteiras e aproximar os que estavam separados, mas em criar uma mentalidade de trabalho colaborativo de natureza multidisciplinar, abrindo assim uma dimensão que enseja nova forma de avaliar os investimentos na educação” (UEA, 2012).

Ainda na tabela 03 observamos a carga horária das atividades complementares, de livre eleição pelos estudantes dentre as ofertadas pelo curso, segundo as DCNs devem contemplar pelo menos 100 (cem) horas, a USP e a UPE não correspondem em seus PPC à carga horária mínima exigida, entretanto é válido observar que a carga horária do estágio é superior ao exigido nas DCNs, sendo a UPE com a segunda carga horária maior entre todas as IES.

As atividades complementares visam complementar o aprendizado dos alunos, promovendo experiências que vão além da grade curricular. São consideradas atividades complementares aos componentes a participação dos alunos em eventos científicos como congressos; simpósios; seminários; fóruns; workshops; cursos; palestras; participação em eventos de extensão; feiras; exposições; apresentação de trabalho em eventos científicos e/ou de extensão; organização de eventos científicos e/ou de extensão; participação em grupos de estudo pesquisa e extensão; publicação de artigo científico; monitoria, estágio extracurricular com supervisão; cursos de aperfeiçoamento; gestão de órgãos de representação estudantil; participação em atividades esportivas devidamente registradas em confederações.

Seguindo para a análise da carga horária do estágio supervisionado, nas DCNs é preconizado o mínimo de 500h. As instituições UERGS, UFMT, UNB e UFPR possuem uma carga abaixo da obrigatória. Chama atenção o fato de a UERGS ter elaborado o PPC em 2022 e não fez a adequação seguindo as DCNs da Graduação que foram implantadas em 2017. Segundo o PPC da UNB, é importante que as instituições sigam as DCNs em sua organização curricular,

que vejam os PPC como uns processos permanentes de construção coletiva realizem avaliação permanente, buscando definir horizontes de curto, médio e longo prazo, com impactos e resultados na formação de recursos humanos para a saúde coletiva (UNB, 2017).

Ao fazer uma breve análise dos componentes curriculares do CGSC, podemos dizer que o curso é ancorado sob três principais eixos: a Epidemiologia, as políticas, planejamento e gestão em saúde e as ciências sociais e humanas em saúde.

A epidemiologia engloba vários componentes: introdução à epidemiologia; epidemiologia de campo aplicada a doenças infecciosas; análise espacial em epidemiologia e modelos de equações estruturais; epidemiologia de doenças transmissíveis; vigilância sanitária epidemiológica; epidemiologia e informação; epidemiologia educação e saúde; epidemiologia bioestatística; tópicos especiais em saúde e epidemiologia para a gestão em saúde.

As políticas, planejamento e gestão em saúde se ancoram nos componentes curriculares: gestão em saúde; gestão dos sistemas e serviços de saúde; gestão e planejamento em saúde; gestão e avaliação em saúde; gestão meio ambiente e Saúde Pública; gestão da atenção à saúde; gestão do cuidado, gestão de pessoas; gestão e avaliação da educação; gestão do trabalho e educação na saúde, entre outros componentes.

As Ciências sociais e humanas em saúde possui ampla variedade de saberes e compreende o estudo de fenômenos sociais, econômicos, políticos, educacionais, destacando os seguintes componentes: ciências humanas; ciências políticas; ciências da computação; filosofia da ciência; ciência da informação; ciência e tecnologia em saúde; ciências sociais aplicadas às engenharias da educação; ciências básicas da vida; ciências aplicadas à saúde coletiva; ciências biológicas; ciências exatas e ciências da vida.

Na pesquisa de Mendonça (2021) ao analisar a distribuição dos componentes dos PPC da GSC por área de concentração e região em uma escala de 100%, foram identificados os cursos possui em maior predomínio em políticas, planejamento e gestão em saúde, com 66,42%, epidemiologia com 24,08% e as ciências sociais com 9,50%.

Os componentes obrigatórios da área de concentração da Saúde Coletiva segundo os PPCs são: Gestão, Epidemiologia, Ciências Humanas, Ciências sociais, Vigilância, Políticas, Planejamento, Promoção da Saúde, Atenção à saúde, Tópicos especiais¹¹, Comunicação em saúde, Educação e Comunicação. Esse conjunto de componentes obrigatórios, são a base da

¹¹ Tópicos especiais: são compostos por temas emergentes ou de urgência social, a serem escolhidos pelos alunos e o coordenador do curso e aprovado pelo Colegiado de curso semestralmente, podendo ser ministrado por professores da própria instituição ou convidados (UFOPA, 2022).

formação, e possuem carga horária variando entre 30 e 60 horas/aula e um total de todos os componentes, média de 2.700 horas, entre os cursos.

A leitura dos PCCs sobre o perfil pretendido para o Graduado em Saúde Coletiva, evidencia quais são os conhecimentos necessários ao sanitário, segundo os autores dos Projetos.

Fica bem expressivo nos seguintes PPCs:

[...] O Bacharel em Saúde Coletiva terá formação generalista, humanista, crítica, reflexiva, ética e transformadora, comprometida com a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, capaz de atuar na análise, monitoramento e avaliação de situações de saúde, formulação de políticas, planejamento, programação e avaliação de sistemas e serviços de saúde, no desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção de saúde, educação e desenvolvimento comunitário na área de saúde, bem como na execução de ações de vigilância e controle de riscos e agravos à saúde e no desenvolvimento científico e tecnológico da área de Saúde Coletiva com responsabilidade social e compromisso com a dignidade humana, cidadania e defesa da democracia, do direito universal a saúde e do Sistema Único de Saúde, tendo como orientadora a determinação social do processo saúde-doença (UFOPA, 2022)

[...] O egresso do Curso de Graduação em Saúde Coletiva deverá ter um conjunto de saberes, de habilidades e de procederes que lhes permitam desempenhar com competência as atribuições de um sanitário, isto é, um profissional capaz de contribuir para melhorar a saúde das pessoas e prolongar suas vidas, mediante conhecimentos e habilidades para desempenhar as funções da saúde pública da saúde coletiva, sendo ético, solidário, emancipador, cidadão, com visão crítica e reflexiva da determinação da tríade saúde-doença-cuidado (UPE, 2016).

O perfil do egresso da UFMG é voltado para a parte de gestão, até mesmo porque a própria denominação do curso já segue essa linha no nome. Assim o perfil do graduando é:

[...] Um profissional que atua no âmbito da saúde, com formação multidisciplinar nas áreas de economia, saúde e administração em saúde, com visão humanista e interdisciplinar, crítico, criativo, empreendedor e com visão ampla do contexto social, político e econômico. Deve ser capaz de elaborar, implantar e avaliar propostas na área de gestão para atender as necessidades de saúde da população (UFMG, 2009)

A de se considerar que as competências organizacionais se desdobram em competências coletivas e individuais, podem-se definir os conhecimentos, habilidades e atitudes esperadas dos gestores.

O desempenho esperado da atuação profissional no local de trabalho, o segundo os PPCs analisados, segundo a UFRJ, inclui:

[...] Realizar a programação de ações em serviços de saúde, no trabalho em Saúde Coletiva, organizar o processo de trabalho nos serviços de

saúde, intervir no processo saúde-doença visando à promoção da saúde de grupos populacionais em determinada sociedade (UFRJ,2009).

Essa definição expressa o que a instituição espera da atuação profissional do sanitarista algo que vá além do saber, identificar e dimensionar as potencialidades ou fragilidades de determinado serviço, ou processo de trabalho. Que a atuação profissional tenha como foco as necessidades de saúde da população e que sua missão seja coordenar políticas e organizar o trabalho em saúde com base nessas necessidades (MENDONÇA, 2021).

Segundo o PPC da UNIFESSPA, espera-se que o processo formativo da Graduação em Saúde Coletiva entregue à sociedade um profissional com um olhar em que a inovação esteja em defesa do compromisso da ciência e da sociedade:

[...] A atuação profissional na Saúde Coletiva nos coloca esse desafio do pensar e agir interdisciplinar e até da produção e ação trançadas de forma transdisciplinar a complexidade da área da saúde [...] busca a excelência acadêmica na área e impacto social (UNIFESSPA,2017).

Os Projetos Pedagógicos reafirmam que não basta possuir o conhecimento, a competência ou habilidade; é preciso torná-los factíveis ao processo de trabalho. Acredita-se, portanto, que aprender a reconhecer a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões, estabelecerá as bases necessárias para atuação profissional cidadã e ética e que respeite a diversidade e cultural dos povos.

2.4 IDENTIDADES PROFISSIONAL /PERFIL DO FORMANDO EGRESSO

Nos últimos anos, o mundo do trabalho vem passando por transformações, as profissões vêm ganhando novos contornos e os profissionais enfrentando novos desafios, como a necessidade da reestruturação de práticas profissionais. Segundo alguns autores, se colocam exigências como autonomia, ética, vocação, identidade, condição, posição econômica e reconhecimento dos profissionais. A identidade profissional, por sua vez, vem sendo questionada por diferentes áreas do conhecimento (BECK, YOUNG, 2008; HALL, 2000).

A identidade profissional, para Coutinho, Krawulski e Soares (2007), é vista como um processo de mudança que adquire delineamentos a partir dos contextos sociais e das inúmeras socializações reconstruída pelo indivíduo ao longo do tempo. É importante para compreender a inserção do sujeito no mundo do trabalho e sua relação com o outro, na qual desconstrói o pensamento de uma identidade única e integral, mas sim como algo múltiplo e coletivo.

O que corrobora com o pensamento de Dubar (1997) quando conceitua a identidade profissional como:

Estabelecida pela socialização, a qual revela o sentimento de pertencer a um determinado grupo, assumindo suas atitudes e valores que guiam as condutas. A identidade é, portanto, “resultado simultaneamente estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, em conjunto, constroem os indivíduos e definem as instituições” (DUBAR, 1997, p.105).

No caso do campo da saúde no Brasil, o SUS tem especificidades na sua organização, nas formas de articulação da prestação de serviços, nas inovações tecnológicas e nas atividades especializadas. Os princípios e diretrizes do sistema implicam nas transformações do modelo de atenção à saúde e conseqüentemente nos processos de trabalho e na identidade desses profissionais.

Ainda segundo Dubar (1997), a identidade profissional também pode ser entendida pela interseção de três campos, sendo eles: o mundo vivenciado do trabalho; a trajetória socioprofissional, e os movimentos de emprego (relação dos trabalhadores com a formação, como aprenderam o trabalho que fazem ou que irão fazer). Esses aspectos apresentam, uma certa coerência e dinâmica que implicam significativas respostas aos padrões de emprego e do mercado de trabalho. Nesse sentido, a identidade é o que identifica o profissional, visto que o modo como ele se apresenta é algo que vai se construindo ao longo do tempo nas experiências de trabalho, incorporando, assim, o seu papel. O autor ainda afirma que a “identidade nunca é dada, é sempre construída e a (re) construir, em uma incerteza maior ou menor e mais ou menos durável”. Esse pensamento se aproxima do conceito de Ciampa (1987), segundo o qual a identidade se constrói na e pela atividade.

Nessa perspectiva, a identidade torna-se um tema relevante, especialmente no âmbito da Saúde Coletiva, pois incorpora trabalhadores de variadas categorias profissionais, os quais, dentro dessa área, passam por distintas modalidades de formação nos cursos de especialização em saúde pública, residências de medicina preventiva e social e nos programas de pós-graduação de mestrado e doutorado que também conferem o grau de sanitaria. E com a chegada da graduação em saúde coletiva, alguns problemas podem se acentuar, no sentido da “crise de identidade” para esse novo profissional.

Ser sanitaria egresso da graduação traz uma bagagem de conhecimento a partir de vivências, estágios, envolvimento com a atuação e a prática, diferentemente de se pós-graduar. Segundo Bosi e Paim (2010):

“Em termos de identidade, ser pós-graduado é um estatuto distinto de graduado. Não obstante se reconheça a “reconfiguração identitária” oportunizada pela pós-graduação em Saúde Coletiva, o curso de graduação deverá ajudar na demarcação mais clara dos contornos dessa identidade (2010, p.2033).

Enquanto muitos dos especialistas, mestres e doutores em Saúde Coletiva/Saúde Pública, continuam se identificando como dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos, etc., os bacharéis em Saúde Coletiva estão caminhando para o reconhecimento da sua identidade e espaço profissional (SILVA e PINTO, 2014). A identidade, nesse caso, tem configuração ‘híbrida’. As identidades profissionais mostram-se diferentes por suas formações de origem, mas todos se comportam no campo de atuação da Saúde Coletiva. Embora graduados e pós-graduados nesta área estejam reunidos no mesmo campo de trabalho, nem sempre os primeiros são reconhecidos como sanitaristas pelos pós-graduados.

É importante pontuar que o conceito de identidade profissional tem sido utilizado para compreender a inserção do sujeito no mundo do trabalho e sua relação com o outro, entendendo a identidade como algo múltiplo, coletivo, e não somente como uma realização individual (SILVA e PINTO, 2013). Nesse sentido, configura-se como um processo pelo qual o perfil desse sujeito vai adquirindo contornos, segundo a formação e contextos sociais em que os sujeitos estão inseridos ao longo do tempo (COUTINHO et al., 2007).

Paim (2006) argumenta que a identidade profissional do bacharel em saúde coletiva é construída em processos contraditórios, não lineares, e que o mercado de trabalho não é dado a priori, mas é o resultado de lutas e da correlação de forças políticas e ideológicas que disputam o poder no âmbito da saúde, assim como em outras políticas públicas sociais.

Embora, Paim (2006) reconheça que a Saúde Coletiva já dispõe de um acúmulo científico, histórico, conceitual, teórico, epistemológico, metodológico, técnico e operacional para sustentar um processo de profissionalização, problematiza a criação de um conselho específico que regularize a profissão, enquanto ele reuniria profissionais que já possuem outros conselhos (como Medicina e Enfermagem, por exemplo). O autor aposta que esses novos sujeitos atuem na construção social dessa identidade em contextos de incerteza, mas, com clareza estratégica e ação política, em parceria com outros atores sociais que lutam pela Reforma Sanitária Brasileira e para a consolidação do SUS público, universal e de qualidade.

A identidade dos bacharéis ainda é desconhecida para alguns contratantes. No estudo de Viana e Souza (2018) alguns egressos relataram que os empregadores têm preferência por contratar profissionais com conhecimento biológico por entenderem que são os mais qualificados para funções sanitárias e de gestão da Saúde Pública.

Outro aspecto relevante na pesquisa de Viana e Souza (2018) é que os egressos entrevistados pontuaram que alguns empregadores associam as competências do bacharel a atividades técnicas/burocráticas da administração para elaborar planilhas, trabalhar preparando documentos, arquivamento. E que a indefinição da identidade profissional atrapalha bastante o processo de trabalho.

Segundo as DCNs do CGSC o perfil o graduado descrito no Artigo 3º deverá ter:

Formação geral, crítica e reflexiva, comprometida com a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, capaz de atuar na análise, monitoramento e avaliação de situações de saúde, formulação de políticas, planejamento, programação e avaliação de sistemas e serviços de saúde, no desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde, educação e desenvolvimento comunitário na área de saúde, bem como na execução de ações de vigilância e controle de riscos e agravos à saúde e no desenvolvimento científico e tecnológico da área de Saúde Coletiva, levando em consideração o compromisso com a dignidade humana e a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS)(BRASIL,2017).

Ainda que as DCNs do CGSC apresentem uma orientação do perfil e as competências do formando, a identidade vai além dessa perspectiva. Esta é construída na prática das relações com o outro, acompanhando as transformações que a sociedade vivencia. Além do que, é importante pontuar que a identidade do profissional desse sujeito não decorre simplesmente do nome do curso, e, sim, de um conjunto de fatores entrelaçados ao processo de formação, orientado por Projetos Políticos Pedagógicos que podem conduzir ou não para a construção de um perfil profissional que confira uma identidade específica (LORENA et al., 2016).

O fato é que há necessidade de esclarecer e disseminar a identidade desse novo sanitarista que emerge como uma novidade para que ela seja compreendida e aceita.

2.5 CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO) DO PROFISSIONAL SANITARISTA

A formação e experiência dos sanitaristas são assim descritas na CBO:

Essas ocupações são exercidas por pessoas com ensino superior completo, acrescido de cursos de especialização, com carga horária de duzentas a quatrocentas horas. O exercício pleno das atividades ocorre após o período de um a dois anos de experiência profissional. A(s) ocupação(ões) elencada(s) nesta família ocupacional demanda formação profissional para efeitos do cálculo do número de aprendizes a serem contratados pelos estabelecimentos, nos termos do artigo 429 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, exceto os casos previstos no art. 10 do Decreto 5.598/2005.

Um primeiro aspecto que chama atenção nessa descrição é a indicação da carga horária dos cursos de especialização -200 a 400 horas- que, ao contrário da CBO, é definida pelo MEC como devendo ser de, no mínimo, 360 horas.

No que tange à subcategoria Reconhecimento da Profissão em Saúde Coletiva, entendemos ser importante pontuar como os órgãos do Estado consideram o trabalho e o trabalhador da Saúde Coletiva. Para tanto, recorreremos ao registro da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho (MTB).

O termo ocupação representa a agregação de empregos ou situações de trabalho similares regulamentados pelo MTB.

A CBO tem o reconhecimento no sentido classificatório da existência de determinada ocupação e não da sua regulamentação. A regulamentação da profissão diferentemente da CBO, é realizada por Lei cuja apreciação é feita pelo Congresso Nacional, por meio de seus Deputados e Senadores e submetida à sanção do Presidente da República. A CBO não tem poder de Regular Profissões (BRASIL,2021).

A CBO é constantemente atualizada para expor as diversas atividades profissionais, as regulamentadas e as de livre exercício profissional (BRASIL, 2017d).

Durante o processo de inclusão na CBO de uma nova profissão são realizadas entrevistas com trabalhadores e analistas do MTB sobre a real necessidade e abrangência do mercado para o recebimento dessa nova ocupação (SOUZA et al., 2018). Criar uma profissão, requer análise de mercado, implicação da área de formação e oferta de mão de obra qualificada (PAIM, 2008).

Em março de 2013, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 256, estabeleceu as regras para o cadastro do profissional sanitário com uma CBO provisória no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e somente em março de 2017 o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), após um estudo das atividades e do perfil da categoria reconheceu a CBO do profissional sanitário, foram levadas em consideração informações descritas na Relação Anual Informações Sociais (RAIS), demandas geradas pelo Sistema Nacional de Emprego (SINE), por associações e sindicatos (trabalhistas e patronais) e por profissionais autônomos (SOUZA et al., 2018).

A CBO do Sanitarista é descrita como: profissional que deve possuir graduação ao nível bacharel na área de saúde pública/coletiva ou formação em cursos de especialização/ pós-graduação na área de saúde pública/coletiva.

Sobre a ocupação do sanitário CBO 1312-25, são listadas 130 atividades profissionais e está registrada como pertencente à família ocupacional “Gestores e especialistas de operações em empresas, secretarias e unidades de serviços de saúde”, família que agrega outras ocupações

como: diretor de serviços de saúde (1312-05), gerente de serviços de saúde (1312-10), tecnólogo em gestão hospitalar (1312-15) e gerontólogo (1312-20) (BRASIL, 2017d).

O MTB também reconhece as diversidades dessa ocupação no campo da Saúde Coletiva por categoria profissional, assim como mostra a tabela 04.

TABELA 04: CODIFICAÇÃO DO CBO PARA O PROFISSIONAL SANITARISTA CADASTRADO NO MINISTERIO DO TRABALHO.

Nomenclatura e código CBO	Atividades desempenhadas no campo da Saúde Coletiva	Formação do Profissional
Cirurgião Dentista de Saúde Coletiva – 2232-72 Cirurgião Dentista – de Odontologia (CRO). Epidemiologista – 2232-16	Ações em Saúde Coletiva para área odontológica	Curso superior em Odontologia e registro no Conselho Regional Cirurgião Dentista – de Odontologia (CRO).
Fonoaudiólogo em Saúde Coletiva - 2238-40	Ações em Saúde Coletiva para área de fonoaudiologia, além de planejar programas e campanhas de prevenção e promoção da saúde; implementar programas de promoção da saúde; gerenciar programas e campanhas; coordenar serviços de saúde dos setores públicos e privados	Curso superior na área de fonoaudiologia, com registro no conselho profissional pertinente e curso de qualificação profissional na área da ocupação de mais de quatrocentas horas.
Pesquisador em Saúde Coletiva – 2033-20	Ensino e pesquisa no campo da Saúde Coletiva.	Curso superior completo na área de ciências da saúde, sendo frequentes as titulações de especialistas, mestres, doutores. O tempo mínimo de experiência em pesquisa para atingir a titularidade ocupacional está entre quatro e cinco anos.
Enfermeiro Sanitarista – 2235-60	Ações em Saúde Coletiva para a área de enfermagem.	Bacharelado em Enfermagem e registro no Conselho Regional de Enfermagem. Recomendável que o profissional passe primeiramente por diferentes áreas de trabalho e posteriormente se especialize.
Médico Sanitarista – 2251-39	Ações em Saúde Coletiva para área da medicina, além de promover campanhas de saúde, como também ações de vetores e zoonoses; gerenciar recursos financeiros dos programas e serviços em saúde.	Formação superior em Medicina, credenciados pelo Conselho Regional de Medicina (CRM). O exercício pleno das funções se dá após o período de um a dois anos de experiência profissional.

Farmacêutico em Saúde Pública – 2234-30	Ações em Saúde Coletiva para área de farmácia.	Curso superior em Farmácia.
Gerente de Serviços de Saúde – 1312-10	Planejam, coordenam e avaliam ações de saúde; definem estratégias para unidades e/ou programas de saúde; realizam atendimento.	Ensino superior completo, acrescido de cursos de especialização, com carga horária de duzentas a quatrocentas horas.
Tecnólogo em Gestão Hospitalar – 1312-15		
Diretor de Serviços de Saúde – 1312-05		
Sanitarista – 1312-25		Bacharelado em Saúde Coletiva ou ensino superior completo em qualquer área acrescido de pós-graduação na área de Saúde Coletiva/Pública.

Fonte: Tabela adaptada de Souza et al (2018).

Todos esses profissionais, com exceção de pesquisador em Saúde Coletiva (2251-39), apresentam atividades profissionais semelhantes às atividades descritas pelo MTB para suas formações generalistas de origem.

Na relação das atividades da família CBO 1213, o sanitarista se enquadra como: gestores e especialistas de operações em empresas, secretarias e unidades de serviços de saúde, e têm como atividades: planejar ações de saúde, coordenar ações de saúde, definir estratégias para unidades e/ou programas de saúde, realizar atendimento biopsicossocial, avaliar ações de saúde, administrar recursos financeiros, gerenciar recursos humanos, coordenar interfaces com entidades sociais e profissionais, demonstrar competências pessoais.

Além de possuir uma formação interdisciplinar, este profissional se diferencia de outros profissionais da área de saúde, pois sua formação não é voltada para o cuidado clínico/assistencial diretamente ao paciente, mas o profissional em Saúde Coletiva lida com as questões mais abrangentes referentes às necessidades em saúde, como, por exemplo, a organização dos fluxos do cuidado visando a melhoria dos serviços de saúde seja no planejamento e gestão, bem como na formulação de políticas de saúde.

A partir dessa breve descrição da CBO, é possível identificarmos que os conhecimentos do campo da Saúde Coletiva estão presentes na atuação de outras ocupações, chamando atenção para a predominância do campo nas ocupações de sanitarista e naquelas relacionadas à gestão dos serviços de saúde. Percebemos que a ocupação de Sanitarista representa melhor as atividades profissionais esperadas nos bacharéis em Saúde Coletiva. O que reforça a especialidade e especificidade do trabalho dessa nova ocupação.

Ser Sanitarista, como formação inicial já na graduação, representa um profissional qualificado para atuar nos diversos setores da gestão em saúde, não se fazendo necessário o percurso da formação de pós-graduação para se inserir no mercado de trabalho.

2.6 O SANITARISTA E O MUNDO DO TRABALHO

O mundo do trabalho é o conjunto de fatores que engloba e coloca em relação à atividade humana de trabalho, o meio ambiente em que atividade é executada, as prescrições, as normas que regulam tais relações, os produtos, discursos, técnicas, tecnologias que facilitam e subsidiam essa atividade e relação constituída no processo dialético e dinâmico de atividade (FIGARO, 2008 p 92).

Utilizamos o conceito “mundo do trabalho” por acreditar que a relação do trabalho com o indivíduo vai além do conceito “mercado do trabalho”. Para distinguir esses conceitos recorreremos Ciavatta e Ramos (CIAVATTA E RAMOS apud RUELA, 2013):

O mundo do trabalho [...] tem seu uso definido em referência ao trabalho em geral e às condições de trabalho e de vida dos trabalhadores, à sua cultura, ao seu pertencimento à classe trabalhadora, à história da classe operária [...]. Em que escolas se fala do trabalho, do que ele significa nas sociedades capitalistas? Preparamos para o trabalho sem discutir o seu significado mais profundo, a exploração dos trabalhadores e a reprodução das desigualdades sociais.

O segundo termo mercado de trabalho,

diz respeito à geração e demanda de postos ou de oportunidades de trabalho, é a “esfera que circunscribe as práticas sociais pelas quais a força de trabalho, sob determinadas normas e leis, é comprada e vendida”, sob uma correlação de forças desiguais entre os empregadores, os donos do capital, e os trabalhadores. O termo obscurece as condições de trabalho, as relações hierárquicas, a submissão do trabalho assalariado que presidem essas relações (CIAVATTA; RAMOS, 2012, p.31 apud Ruela, 2013).

Entender que o trabalho não se reduz à atividade laborativa ou ao emprego, “mas à produção de todas as dimensões da vida humana” torna-o preenchido de um princípio formativo ou educativo (FRIGOTTO, 2006, p.247). Ao designarmos os bacharéis de Saúde Coletiva como novos trabalhadores, estamos considerando a constituição de novos sujeitos-agentes ético-políticos da Saúde Coletiva, inspirados em Paim e Pinto (2013), que compreendem que esses novos sujeitos realizam práticas para além do sanitarismo e rompem com a Saúde Pública institucionalizada. Tem um olhar diferente sobre o indivíduo, é um profissional que leva em conta a coletividade e os determinantes sociais onde está inserido.

Entendemos que a escolha de um curso é também a escolha de uma profissão, é a entrada ou permanência dos sujeitos no mundo do trabalho, podendo ser muitas vezes entendida como um projeto de vida que procura responder às inúmeras necessidades pessoais e familiares, em que pesam visões de mundo e de sociedade, modos de viver, concepções sobre as diferentes áreas e formações profissionais.

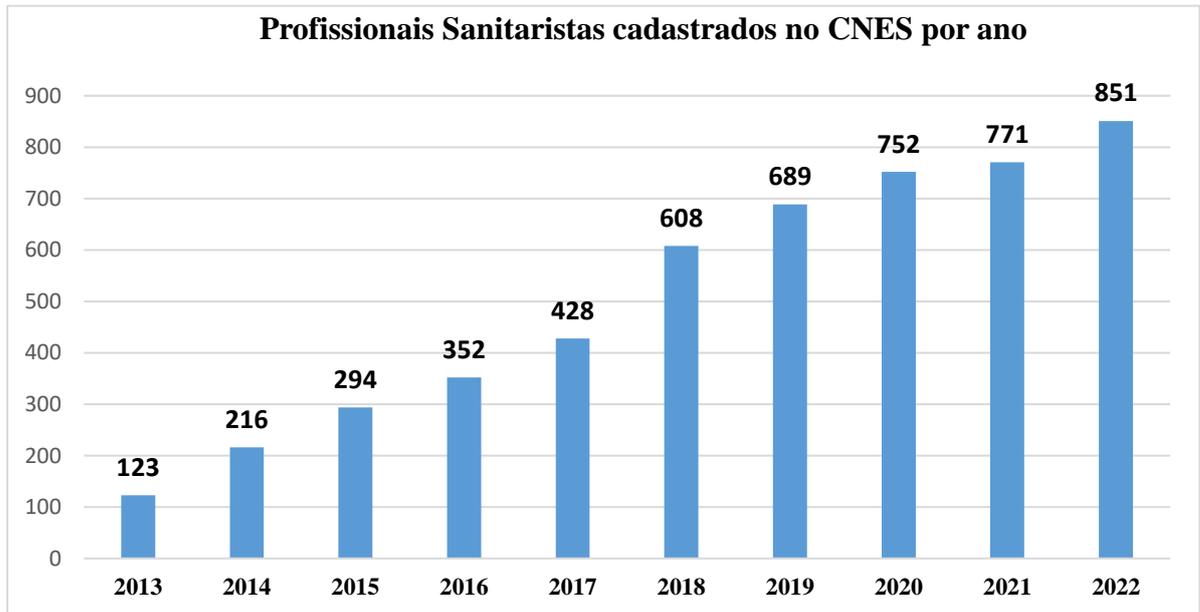
E no caso de o bacharel em Saúde Coletiva entrar nesse mundo pode ser um processo difícil, por ser um curso relativamente novo e que ainda não possui a regulamentação da atividade profissional.¹² À medida que são ofertados novos cursos, abre-se o debate quanto ao espaço no mundo de trabalho que irão ocupar esses novos profissionais. O processo de inserção pode não representar um momento preciso e único, mas como trajetórias que irão apresentar comportamentos diferentes para cada indivíduo. Assim, novas profissões, a exemplo dos sanitaristas, têm responsabilidade de conquistar seu espaço como atores centrais e protagonistas na criação da carreira e no avanço do processo de inserção no mercado de trabalho, bem como na demarcação dos seus espaços diante das profissões já existentes no setor saúde.

No gráfico 01 é apresentada a evolução dos profissionais sanitaristas cadastrados a partir do ano de 2013, quando se iniciou o registro desse profissional. Vale ressaltar que apesar da CBO provisória do Sanitarista ter sido reconhecida no ano de 2013, no ano de 2012 o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), já incluía na conformação das equipes de saúde financiadas por recursos federais o profissional sanitarista.

Na coleta dos dados utilizamos a CBO do Sanitarista (1312-25) que é utilizada tanto para quem tem somente a graduação em SC e por profissionais da saúde com pós-graduação. Por esse motivo não conseguimos diferenciar no banco de dados do CNES esses dois profissionais. Portanto, os dados a seguir são relacionados à profissão do Sanitarista de modo geral.

¹² Ressalto que já existe o projeto de Lei tramitando na Câmara dos Deputados e no Senado Federal em Brasília, a PL 1821/2021 de autoria do Deputado Alexandre Padilha-PT/SP que trata da regulamentação da atividade profissional do sanitarista. No Brasil não possuir um conselho de classe seja requisito para regulamentar uma profissão. Porém, normalmente são estes que regulam o mercado de trabalho do profissional (VIANA e SOUZA, 2018).

GRÁFICO 01: PROFISSIONAIS SANITARISTAS NO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES NO PERÍODO DOS ANOS DE 2013 A 2022.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do CNES, perfil geral Brasil. CBO 1312-25.

Ao longo dos anos identificamos o aumento de profissionais sanitários. Esse crescimento possivelmente se dá também pela quantidade de egressos da graduação, dada a expansão do curso por todo país.

Cezar *et al.* (2015) aponta em sua pesquisa que algumas universidades em seus projetos pedagógicos já identificavam questões referentes ao mercado de trabalho e empregabilidade, direcionando a titulação dos seus cursos para uma melhor visibilidade do futuro profissional.

A UFMG com o intuito de possibilitar uma maior absorção de seus egressos no mundo do trabalho apresenta em seus objetivos a necessidade de atender à demanda por profissionais qualificados ao nível de graduação na área de gestão da saúde, direcionando a nomenclatura de seu curso para esta grande área (UFMG, 2016). Na UFRGS possui um Projeto de Extensão chamado “Divulgação do Curso de Bacharel em Saúde Coletiva”, que visa, por meio do mapeamento e visitas a possíveis locais de atuação do Sanitarista, divulgar e apresentar este profissional nos diferentes serviços identificados (de saúde, de educação, públicos, privados, filantrópicos, entre outros) chamando a atenção para a profissão. Há também o Projeto de Pesquisa sobre a “Graduação em Saúde Coletiva no Brasil: Percursos formativos e inserção no mundo do trabalho”, coordenado pela UFBA e inclui pesquisadores de outras dez universidades das cinco regiões do país. Este projeto tem como objetivo analisar os processos de formação e inserção profissional dos egressos de cursos de Saúde Coletiva (CEZAR *et al.*, 2015).

No Município de Natal/RN a Lei Complementar n.º 151 de 23 de julho de 2015 que criou cargos e ampliou as vagas de cargos de provimento efetivo do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) dos profissionais da área da saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal, dentre eles está o cargo de Sanitarista, considerando que graduados e pós-graduados em Saúde Coletiva/Saúde Pública poderão concorrer igualmente ao cargo. A este exemplo temos concurso também nos municípios de Uberlândia (MG), Saquarema/ Niterói (RJ) e Ubatuba/SP e os estados de Rio Grande do Sul e Acre, e o mais recente no Estado do Mato Grosso, que também realizaram concursos ou certames públicos em que o profissional sanitaria, formado ao nível de graduação, contou com cargos específicos nos editais de seleção.

Certamente, a estratégia de articulação política realizada pelo coletivo (egressos, discentes, as instituições de ensino, ABASC, ABRASCO) superou a necessidade de regulamentação da profissão para que esses bacharéis fossem reconhecidos como profissionais qualificados para atuar na Saúde Coletiva.

Na tabela 06, identificamos por meio do cadastro CNES os estabelecimentos de saúde em que os sanitaristas estão lotados por regiões do país.

TABELA 05: ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DE LOTAÇÃO DOS SANITARISTAS POR REGIOES DO BRASIL, COMPETÊNCIA DEZEMBRO DE 2022.

LOTAÇÃO DOS SANITARISTAS POR REGIÃO						
Estabelecimentos de Saúde	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-oeste	Total
Academia da Saúde	*	2	4	*	2	8
CAPS AD / CAPS	*	1	1	*	*	2
CIEVS	2	4	1	*	*	7
CEREST	1	*	16	1	*	18
Centro de Ref. Saúde do Idoso	*	*	2	*	*	2
Coord. Atenção Primária	*	34	*	*	*	34
Coordenador Vigilância Sanitária	*	2	*	*	*	2
Coordenação Vigilância Epidemiológica	*	8	*	*	*	8
Complexa Regulação Municipal/Estadual	2	*	12	1	1	16
Centro de Especialidades	5	2	4	*	*	11
Diretoria Vigilância em Saúde Estadual/ Municipal	*	4	3	2	*	9
Diretoria/Gerência em Saúde	1	*	18	*	*	19

Farmácia (distribuição municipal)	*	*	*	1	1	2
Hospital / Hospital universitário	6	12	31	3	18	70
Hemocentro	1	*	2	*	*	3
Laboratório	*	*	2	*	1	3
Núcleo de Apoio a Saúde da Família- NASF	3	53	15	2	*	73
Núcleo Regional de Saúde	*	*	27	*	*	27
Policlínica	*	7	34	1	*	42
Rede de Frios (Imunobiológicos)	1	*	5	*	1	7
Secretaria Estadual de Saúde	1	1	5	1	*	8
Secretaria Municipal de Saúde	43	72	107	10	15	247
Telesaúde	*	*	3	*	*	3
Unidade Básica de Saúde/ Unidade Saude da Família / Unid. Básica de Saúde	7	29	42	1	11	90
Vigilância em Saúde: Epidemiológica/ Sanitária/ Zoonoses/ distrito Sanitário	2	54	70	13	1	140
TOTAL	75	285	404	36	51	851

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES, competência dezembro de 2022, consulta pelo CBO 1312-25 Sanitarista.

* Não foram encontrados registros.

Atualmente, segundo, registros do CNES, temos 851 profissionais sanitários atuando em diversas áreas no campo da saúde. Todas as áreas de atuação listadas estão consoantes as competências descritas na CBO do Sanitarista. Vale pontuar que o número de profissionais pode ser maior, uma vez que o profissional pode estar atuando e não estar cadastrado no CNES, como também pode acontecer do profissional estar cadastrado com outro vínculo profissional, a exemplo assistente administrativo.

Entretanto, como medida de minimizar algumas deficiências de registro do sistema, foi estipulado por meio das Portarias N° 134, de 4 de abril de 2011, que prevê novas regras para o cadastramento, dentre elas a pluralidade de vínculos públicos de profissionais e a Portaria n.º 118, de 18 de fevereiro de 2014, que estipula a desativação automática no CNES dos estabelecimentos que não atualizarem seu registro a cada seis meses, buscando assegurar que os dados estejam mais próximos da realidade.

Segundo as análises da tabela 05, as áreas de atuação com mais profissionais são: secretarias municipais de saúde (247), setores da vigilância em saúde (140), UBS/ USF (90) e

NASF (73). Considerando que as gestões municipais constituem a ponta do sistema e são diretamente responsáveis pela execução da maioria das ações e serviços de saúde no seu território.

A região Nordeste conta com 404 profissionais atuando em diversas áreas, esses concentrados em secretarias de saúde municipais (107) na área de gestão e na área da vigilância em saúde (70). No Sudeste também temos a maioria dos profissionais lotados em secretarias municipais de saúde (72) seguido de vigilância em saúde (54) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (53) somente o Sudeste possui cargos de coordenação da APS (34) exercido por sanitaristas. Lembrando que desde 2012 o profissional sanitaria por meio da Política de Atenção Primária pode atuar nas equipes de NASF.

Na região Sul a concentração de profissionais está nas secretarias municipais de saúde (43). O Centro-Oeste conta com 51 profissionais concentrados em hospitais (18) e secretarias municipais de saúde (15). A região Norte é a que menos tem profissionais sanitaristas atuando (36) desses a concentração está na área de vigilância em saúde (13) seguido de secretaria municipal (10).

Assim como a concentração de Sanitaristas trabalhando na área estão nas regiões Nordeste e Sudeste, as modalidades de mestrado e doutorado em Saúde Coletiva, com maior número de vagas, também estão concentradas no Sudeste com (46%), Nordeste com (25%) Sul com (17%) seguido das regiões Norte e Centro-Oeste representam apenas 12% dos programas no país (SOUZA et al., 2018). Esses achados acabam influenciando na quantidade de profissionais por região, o Sudeste e Nordeste apresentam uma valorização tanto em empregar mais profissionais dessa área quanto na modalidade de pós-graduação.

Souza et al. (2018) ressalta que as modalidades de mestrado e doutorado em SC foram criadas a princípio para orientar os processos críticos do setor da saúde, a fim de influenciar o campo da docência, pesquisa e prestação de serviços.

No estado da Bahia, houve certa resistência dos pós-graduados na inclusão dos graduados no mesmo nível da carreira de sanitaria. Alguns profissionais chegaram a propor que a carreira fosse dividida, uma para os sanitaristas graduados e outra para os sanitaristas especializados (PAIM e PINTO, 2013). A inserção do bacharel no campo trabalho poderá gerar, em alguns espaços, embates entre sanitaristas especializados e graduados. No entanto, uma articulação, negociação política, poderia garantir essa inserção para ambas a formação, como já acontece na da cidade de Natal- RN.

No que tange à conquista de espaço próprio, é prudente não negligenciar a própria participação dos futuros egressos, como atores centrais e protagonistas na criação da carreira e

no avanço do processo de inserção no mercado de trabalho, bem como a demarcação dos seus espaços diante de profissões já existentes no setor saúde, com base no perfil construído ao longo da Graduação (BOSSI e PAIM, 2010).

O mercado de trabalho para estes profissionais não tem se apresentando como algo dado a priori, mas tende a surgir como resultado dinâmico da correlação de forças políticas e ideológicas que investem em projetos como o da RSB e do SUS.

Na tabela 06 é apresentado o vínculo empregatício dos profissionais sanitaristas.

TABELA 06: VÍNCULO EMPREGATÍCIO DOS SANITARISTAS CADASTRADOS NAS REGIÕES DO BRASIL COMPETÊNCIA DEZEMBRO DE 2022.

VÍNCULO EMPREGATÍCIO						
Vínculo	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-oeste	Total
Autônomo		5	4			9
Celetista	8	105	31			144
Estatutário	46	90	191	26	15	368
Contrato	5	37	92	9	5	148
Residente	11	7	40		30	88
Bolsista		9	1			10
Comissionado	1	8	26	1		36
Emprego Público*	4	24	16		1	45
TOTAL	75	285	404	36	51	851

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do CNES, competência dezembro de 2022, consulta pelo CBO 1312-25 sanitaria.

Segundo os dados do CNES, 851 profissionais, 368 estão empregados em regime estatutário, seguido de 148 em regime de contrato, 144 celetistas. A principal porta de entrada para atuar na área da Saúde Pública, no país, é a dos concursos públicos. Há também a possibilidade de inserção via editais de seleção pública, em organizações não governamentais, com contratação frequentemente baseada na consolidação das leis trabalhistas (CLT), oferecendo contratos de trabalho por tempo pré-determinado ou por produto entregue.

Na pesquisa de Cezar et al. (2015) em que analisou editais de concurso em que o profissional sanitaria se enquadra. O autor localizou 23 editais de concursos públicos no período de 2012 a 2015. Deste total, 17 editais (74%) são para o cargo de Sanitaria, 2 editais (8%) para o cargo de Bacharel em Saúde Coletiva e 4 editais (18%) para os cargos de

Analista/Técnico/Especialista e Gestão em Saúde. Sobre o contrato de trabalho, os editais localizados junto às esferas de gestão apresentavam contratação via regime jurídico único. Já os editais localizados junto a fundações e institutos apresentavam contratação via CLT.

Ainda na tabela 06, ao analisar o vínculo empregatício de residente, o Nordeste se destaca com mais profissionais. Uma justificativa pode ser a quantidade de programas de residência em área profissional de saúde que a Bahia oferta, ao total são 27 programas contemplando 13 profissões de saúde e o bacharel em saúde coletiva está entre elas (ESPBA,2002). As residências são caracterizadas pelo ensino em serviço e destinado às profissões que se integram a área de saúde. As práticas pedagógicas propostas pelos programas são baseadas em atividades teórico-pedagógica com os princípios e diretrizes do SUS, promovendo o contato entre o mundo do trabalho e da formação.

Viana e Souza (2018) apresentam em sua pesquisa que a inserção para muitos Bacharéis em SC tem se dado por meio de contrato temporário ou cargo comissionado por uma articulação e intermediação política. Na pesquisa esse cenário foi visto pelos bacharéis como um trabalho instável, gerando sentimento de insegurança e medo. Esses sentimentos despertam, em alguns, a busca por profissões reconhecidas pela sociedade e por órgãos do Estado. Na fala de um egresso, foram reveladas suas angústias ao sair de um trabalho na sua área de formação por interferências políticas.

Ainda na pesquisa de Viana e Souza (2018) alguns egressos aceitaram empregos na área mesmo com o salário incompatível com seu grau de formação, os aceitaram por acreditar que a construção da identidade e de reconhecimento profissional da GSC seria feita no dia a dia do trabalho, na relação produzida com outros atores da saúde. A insegurança com o tipo de vínculo empregatício e a adequação da remuneração, em alguns casos, torna-se contraditória, enquanto incorpora esses profissionais estabelecendo relações precárias de trabalho, de modo a dificultar sua permanência no emprego.

Para Silva, Pinto e Teixeira (2018) as mudanças na gestão das instituições, em função de alterações na composição político-partidária dos governos nacional, estaduais e municipais, também foram destacadas como agravantes no caso de instabilidade nos tipos de vínculos.

Um dos problemas que temos que admitir em relação às formas de gestão da administração direta, são as contratações para cargos importantes de gerentes e gestores por critérios políticos e pessoais, sem nenhum perfil ou vínculo com o serviço a ser executado. Para Batista Junior (2016) deve ser fortalecido a profissionalização da gestão do SUS, com profissionais devidamente qualificados para tal cargo.

O mercado de trabalho para os sanitaristas não é dado a priori, mas é o resultado de lutas e da correlação de forças políticas e ideológicas que disputam o poder no âmbito da saúde, assim como em outras políticas públicas sociais.

As transformações pelas quais vem passando o mundo do trabalho, com altas taxas de desemprego, transformação dos processos de trabalho, exigências de novas qualificações, incertezas, mudança de conteúdo do trabalho, precariedade dos vínculos empregatícios e da oferta de empregos, é um problema de todas as categorias profissionais. Porém, outras profissões da saúde têm grande inserção no setor privado, ao contrário do sanitarista, cuja inserção está mais inclinada ao setor público. Para alcançar novos espaços de trabalho é essencial a mobilização dos novos sanitaristas, estudantes e egressos dos cursos de GSC como atores centrais e protagonistas da carreira.

2.7 CENÁRIOS E TENDÊNCIAS PARA O BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA NOS DIAS ATUAIS.

A situação profissional dos bacharéis em Saúde Coletiva ainda não constitui um cenário bem definido. Apesar do curso ser recente e ter as primeiras turmas formadas no ano de 2012, torna-se evidente a necessidade de serem desenvolvidas estratégias que fomentem o processo de superação de tal indefinição.

Uma das principais estratégias para impulsionar o reconhecimento da graduação e da profissão é a mobilização e organização dos discentes, egressos, docentes, instituições que ofertam o curso, a ABRASCO, dentre outras entidades e órgãos que acreditam no potencial da graduação em saúde coletiva.

Para isso recorreremos há alguns momentos importantes realizados a partir da organização de estudantes e egressos, de forma sucinta podemos elencar: a I Assembleia Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva, que aconteceu durante o 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela ABRASCO que ocorreu em novembro de 2009, a partir da organização de estudantes convocados pelas redes sociais, sem formalidades como uma roda de conversa (ABASC,2019).

A Primeira reunião dos estudantes da Graduação em Saúde Coletiva que aconteceu em Brasília – DF em 2010; a II Assembleia Nacional dos Estudantes, durante o Congresso de Planejamento e Gestão em Salvador – BA da ABRASCO, Criação da Comissão Organizadora do Encontro Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (COENESC), durante reunião nacional em Brasília/DF e proposta da Criação do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva em 2010. O FGSC foi criado em 2011 como um espaço estratégico de debate, troca de conhecimentos e

construção de caminhos que visem a melhoria da formação do Bacharel em Saúde Coletiva, além de redes deliberativas autônomas constituídas pelos programas de Pós-Graduação.

O fórum é composto por 18 cursos ofertados em diversas regiões do país que participam regularmente das atividades propostas. Na última reunião do fórum, em março de 2023, ficaram definidos os chamados Grupos de Temáticos (GT) com 4 grupos e temas a serem trabalhados e discutidos durante o ano, sendo eles: GT1- Diretrizes Curriculares e Projetos Pedagógicos; GT2 – Estágios curriculares e Práticas em SC; GT3- Estratégias pedagógicas e metodológicas; GT4 – Inserção Profissional. Os GT se propõem a ser um espaço de articulação entre estudantes, profissionais e pesquisadores que pertencem a certo campo de investigação e de práticas. Foi decidido em reunião que o fórum irá avaliar se os projetos dos cursos estão adequados às DCNs de Saúde Coletiva homologadas no ano passado pelo MEC (ABRASCO, 2023). A gestão da ABRASCO reconhece a importância do FGSC e reforça o compromisso da associação com o fortalecimento desse espaço de partilha e diálogo com a graduação em saúde coletiva.

No ano de 2011 ocorreu o primeiro I Encontro Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (ENESC) no Rio de Janeiro – RJ, com a temática “Construindo a Graduação” e a Criação da Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (CONESC). Vale pontuar que durante a última reunião do FGSC em 2023, um dos membros registrou o processo de renovação da CONESC, afirmando a necessidade de motivar os discentes a integrar o coletivo e fortalecer o trabalho da mesma (ABRASCO,2023).

Os Encontros Nacionais dos anos seguintes abordaram os temas: novembro de 2012, II ENESC em Esteio/RS, tema: “Saúde Coletiva Enquanto Movimento Social”, evento que contou com mais de 400 estudantes de todas as universidades do país. Outubro de 2013, III ENESC em Cuiabá/MT, abordou o tema “Das mobilizações à Saúde que queremos”. Novembro de 2014 o IV ENESC em Rio Branco/AC, “O Reconhecimento Social das Graduações em Saúde Coletiva: De onde Viemos e para Onde vamos? Julho de 2015 o V ENESC em Brasília/DF, “Inserção do Sanitarista: os desafios do reconhecimento institucional”. Dezembro de 2016 a VI ENESC em Presidente Figueiredo/AM, “Um olhar no passado para construir o futuro”. Novembro de 2017 o VII ENESC em Salvador/BA, “Saúde e Democracia: Formação e Atuação do Sanitarista” e por último em 2018 o VIII ENESC no Rio de Janeiro/RJ. Esses espaços para os egressos, além de fortalecer o movimento de reconhecimento, é uma ocasião para pensar estratégias e fazer articulações com egressos e estudantes de todas as regiões (ABASC,2019).

Em agosto de 2019, foi criada a Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva (ABASC), pensada no ano de 2012 durante a plenária do II ENESC, como forma de organização de representação profissional, sempre esteve presente. A ABASC então ficou registrada como:

Uma associação, de âmbito nacional, pessoa jurídica de direito privado, com natureza e fins não lucrativos. Seu objeto social é: representar, patrocinar e defender os interesses dos estudantes de graduação e profissionais bacharéis em Saúde Coletiva, os interesses da população brasileira relativos à saúde, à seguridade social e à cidadania e à defesa do patrimônio público correlato; e, em especial, cumprir suas finalidades estatutárias, atuando como mecanismo de representação e articulação frente a organizações governamentais, os poderes da república e a sociedade civil (ABASC,2019).

Desde então, os egressos e estudantes comprometidos com essa formação têm sentido a necessidade de ampliar suas reflexões e os debates acerca do reconhecimento da profissão. Sendo que o mercado de trabalho para estes profissionais não tem se apresentando como algo dado a priori, mas tende a surgir como resultado dinâmico da correlação de forças políticas e ideológicas que investem em projetos como o da RSB e do SUS.

A PL n.º 1821/2021 que trata da regulamentação da profissão do sanitarista, vem obtendo sucesso em sua tramitação, já passou pela Câmara dos Deputados e hoje se encontra em tramitação no Senado Federal na comissão de assuntos sociais para emissão de parecer. Obter esse reconhecimento é importante porque regulamentada a atividade, o profissional que a exerce a profissão passa a ser obrigado a atender exigências legais, o que dá segurança jurídica aos trabalhadores e, conseqüentemente, valoriza a atividade. Além disso, as normas que regulamentam as profissões garantem a melhor prestação de serviço, delimitando os ramos da atividade específica das competências e habilidades que o profissional deve ter para exercer aquela atividade. As leis tratam ainda de jornada de trabalho, atribuições, área de atuação e formação necessária, além de fortalecer e valorizar a categoria, especialmente no que diz respeito à criação de associações de classe e de sindicatos, que atuam na defesa desses profissionais (BRASIL, 2022).

Outro passo importante para graduação foi a homologação das DCNs em novembro de 2022, como um passo importante na consolidação da graduação. Visando construir currículos que possam moldar o perfil acadêmico e profissional do formando.

Tem ocorrido a oferta de concursos públicos em algumas regiões do país, sendo o mais recente o da secretaria de saúde da cidade de Cuiabá no estado de Mato Grosso, realizado no final do ano de 2022, com mais de 76 vagas para profissionais da saúde coletiva (BESS,2022). Há indicação também para o primeiro concurso para sanitarista no Distrito federal, na fundação Hemocentro de Brasília, através da portaria de n.º 26, de 27 junho de 2023, que instituiu um grupo de trabalho para propor alterações no que se refere às especialidades e atribuições nos

cargos de Analista de atividades do hemocentro e Técnico de atividades do hemocentro da carreira atividades do hemocentro, para incluir o sanitarista em uma dessas especialidades.

Ainda em 2023, os sanitaristas através da Portaria n.º 635 de maio do MS passam a ser incluídos nas eMulti, que corresponde a um novo formato de equipe multiprofissionais da APS. A eMulti retoma, inova e fortalece o cuidado multiprofissional na APS, a partir da experiência do NASF que era parte estruturante do SUS. Essa retomada é uma das prioridades para saúde do governo federal atual, além de ter sido uma demanda de gestores municipais e estaduais para reconstruir a assistência, o cuidado integral, resgatando o acesso à saúde dos brasileiros. Os NASFs foram desmontados pela última gestão com falta de financiamento, prejudicando o funcionamento das equipes, ocasionando a desassistência, principalmente nas regiões mais vulneráveis do Brasil. Com a reconstrução e reformulação dessa estratégia, agora chamada de eMulti, a expectativa é que 4 mil equipes multiprofissionais voltem a se organizar e prestar esse atendimento em todo país (BRASIL, 2023).

A articulação dos professores, instituições e egressos, também é importante para contribuir na articulação com os serviços de saúde, e das possibilidades de inserção dos egressos no campo de trabalho. Na UNIFESSPA um grupo de professores e estudantes do Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas, em que é ofertado o CGSC, reuniu-se com o reitor para solicitar o apoio da instituição no sentido de endossar a inserção do profissional sanitarista no concurso público da Saúde 2023, em Marabá (PA), junto aos órgãos de saúde da cidade. O reitor se comprometeu a encaminhar um documento não só para a Prefeitura de Marabá, mas também para as prefeituras, câmaras municipais e secretarias municipais de saúde da região Sul e Sudeste, solicitando a inserção de vagas para contratação do profissional sanitarista nos próximos concursos públicos. As ações visam o fortalecimento do curso de Saúde Coletiva e o reconhecimento do profissional sanitarista na região.

Embora sejamos otimistas com relação às perspectivas e possibilidades da GSC e inserção dos sanitaristas no mundo do trabalho, ainda é preciso dar maior visibilidade ao curso na sociedade através da promoção de atividades acadêmicas voltadas à comunidade, fóruns de graduação e pós-graduação, mostra de extensão e congressos científicos, articulados com as entidades defensoras da SC, como CEBES, ABRASCO, Rede Unida, ABASC, dentre outras.

A participação dos estudantes é fundamental para a conquista de espaços e legitimação institucional através dos centros acadêmicos, produção de materiais informativos, atividades extracurriculares, inserção em projetos de pesquisa e extensão, participação em eventos. É importante realizar a divulgação nos meios de comunicação impressos e virtuais as atividades de pesquisa, ensino e extensão desenvolvidas nas secretarias de saúde municipais e estaduais, e em

observatórios voltados para o aprimoramento das práticas em saúde e do SUS, além de reivindicar e articular com esferas governamentais o incentivo para inserção do profissional no âmbito das instâncias de saúde, mediante a abertura de concursos públicos, e a viabilização de políticas públicas que incentivem os municípios e estados a convocar pessoas qualificadas para assumirem os cargos nos serviços de saúde.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho buscou analisar o processo formativo do bacharel em saúde coletiva como um novo trabalhador no campo da saúde no Brasil. Entendemos que para desenvolver essas questões foi necessário realizar um breve resgate histórico dos caminhos percorridos para a criação dessa nova graduação, o processo formativo desse sujeito e a inserção profissional.

O profissional sanitário não era uma novidade no país, esses advindos dos programas de pós-graduação. Houve um expressivo esforço para formação de profissionais que pudessem atuar nos serviços de saúde. E não há dúvidas de que a presença desses profissionais foi marcadamente importante, tanto para as conquistas da RSB, como para o estabelecimento da Saúde Coletiva como campo institucional no país.

A necessidade de uma reforma no modelo médico assistencial trouxe abrangência na interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, e fortalecimento para os profissionais nas práticas sanitárias.

A saúde coletiva é apontada como campo científico que produz conhecimentos acerca do objeto "saúde", através de práticas baseadas na natureza interdisciplinar dos campos da epidemiologia, planejamento/administração de saúde e ciências sociais em saúde.

A ideia da graduação em saúde coletiva começou a ser discutida no Brasil, desde o fim da década de 1970. Após inúmeras discussões pela viabilidade ou não da graduação, ela agora é realidade em todas as regiões do país. A graduação está diretamente ligada à RSB e ao SUS, e à própria construção do campo da Saúde Coletiva, o qual foram as principais bases argumentativas para a implantação do curso. Assim como o apoio do CEBES, ABRASCO e a Rede Unidade, reconhecidas como braços fortes para o esse fortalecimento.

Os avanços para uma construção conjunta dos cursos e os debates promovidos no âmbito dos congressos da ABRASCO e no Fórum de Graduação em Saúde Coletiva mostraram-se como espaços importantes para debates, visando à construção e aperfeiçoamento coletivos da proposta dos cursos. Os CGSC evitariam, assim, a "reprofissionalização" ocorrida na pós-graduação, quando esta recebe profissionais com uma formação, geralmente orientada pelo modelo biomédico. Eles implicam, também, um novo e forte impulso na consolidação e expansão de uma carreira profissional específica na área.

A noção de campo em Bourdieu (2001) nos forneceu elementos para pensarmos o campo como um espaço em que se desenvolvem as relações entre os agentes, e que passa a ser também um campo de lutas, um espaço de ação socialmente construído onde os agentes dotados de recursos diferentes (econômicos, tecnológicos, sociais, etc.) se confrontam para confirmar as trocas e conservar ou transformar a relação de força vigente.

O profissional bacharel da Saúde Coletiva reflete o acúmulo de experiências de ensino em graduação e pós-graduação, representando a consolidação do processo de institucionalização das práticas de ensino da Saúde Coletiva e avanço decisivo em direção a uma formação interdisciplinar ao nível de graduação.

Ao analisar a oferta do curso no Brasil, identificamos que as instituições de ensino superior públicas se mostraram interessadas em ofertar a graduação, uma vez que a abertura desses cursos ocorreu em instituições federais e estaduais, em todas as regiões do país.

O fato da formação de sanitaristas na modalidade graduação ser muito recente impôs desafios e limitações para nosso estudo. Entre elas pode-se destacar o fato de ser um profissional que não possui o registro próprio da profissão, de modo que não conseguimos identificar no banco de dados os profissionais sanitaristas que eram advindos da graduação e os que eram da pós-graduação. Para o levantamento das informações sobre quantidade de egressos também tivemos dificuldade em obter as respostas das IES. Apenas nove instituições responderam os e-mails, enquanto outras informaram que precisariam fazer o levantamento dos dados solicitados. Esses não chegaram a tempo até o fechamento da pesquisa. No entanto, com os dados obtidos podemos ter uma noção da discrepância da quantidade de vagas ofertadas para a quantidade de egressos, ficando evidente a necessidade de mais estudos que identifiquem a causa para o baixo índice de concluintes para proposição de ações que otimizem esses indicadores.

Nos estudos consultados nessa pesquisa podemos identificar avanços na consolidação da graduação assim como na inserção desses profissionais no mundo do trabalho. As DCNs da graduação foram fundamentais e um passo importante, mesmo que tardio, para a (re)formulação dos PPC dos cursos, como avanço para a graduação, considerando seu papel na consolidação da identidade dos cursos.

Ao fim dessa pesquisa foi possível identificar que as IES estão comprometidas em reformular e estruturar seus planos conforme as DCNs, como também ajustar a denominação do curso, apresentando as particularidades do processo formativo, no entorno onde os cursos estão inseridos e das perspectivas almejadas para os egressos, acompanhados das constantes mudanças entre o ensino e a preparação de profissionais.

No estudo constatamos que a maioria dos cursos atende as recomendações das DCNs no que se refere à carga horária total, à carga horária de estágio, aos componentes curriculares e ao perfil pretendido para o graduado.

Ao avaliar esta dissertação, a banca indicou a importância do aprofundamento da discussão relativa à influência das DCNs na atuação dos egressos no SUS e na sociedade. [A inclusão de exemplos poderia enriquecer e esclarecer aspectos dessa questão. Destacou ainda a

relevância de uma análise dos desafios enfrentados pelas instituições de ensino na implantação das DCNs, especialmente no que diz respeito à integração das subáreas da Saúde Coletiva (Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas, Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Apesar de reconhecermos a pertinência das indicações, o seu atendimento implicaria uma ampliação da pesquisa que só poderá se realizar num momento posterior.

A análise do perfil do egresso apontou em termos pedagógicos uma sintonia das propostas pensadas para esse profissional atuar no SUS: com uma formação interdisciplinar, focado em análises de situação e intervenções que considerem aspectos sociais, políticos e econômicos, focados na melhoria do SUS, no fortalecimento das políticas públicas de saúde. Além de trabalhar com a prevenção e fazer as pessoas conhecerem seus direitos na questão da saúde.

No mundo do trabalho o bacharel em saúde coletiva alcançou avanços, consolidações importantes, como o registro da profissão pelo MTE na CBO. Embora esse registro não corresponda ao reconhecimento de uma nova profissão, pode ser considerado um primeiro passo nessa direção. Hoje, o projeto de reconhecimento da profissão que está tramitando no Senado Federal, após aprovação na Câmara dos Deputados. Além disso, concursos públicos que estão sendo ofertados em diferentes regiões estão incluindo os sanitaristas formados pela graduação.

Apesar de que a identidade profissional do bacharel em saúde coletiva é construída em processos contraditórios, não lineares, e que o mercado de trabalho não é dado a priori, mas é o resultado de lutas e da correlação de forças políticas e ideológicas que disputam o poder no âmbito da saúde, assim como em outras políticas públicas sociais.

É preciso delimitar e reforçar o perfil profissional desse novo sujeito, de forma que os contratantes identifiquem o potencial promissor nesse profissional. Não é uma tarefa fácil, mas é relevante ao pretender uma relação estreita com o mundo do trabalho no SUS, principalmente quando consideramos o SUS como principal campo de atuação e observamos a expansão do SUS, com o avanço do processo de descentralização e de regionalização.

Esse fator tem aumentado o espectro e a complexidade das ações e pactuações realizadas, especialmente, nos níveis estadual e municipal de saúde. Esse processo de expansão e consolidação do SUS implica o reordenamento das funções regulatórias, gerenciais e de prestação de serviços. Soma-se a isto, que, o fortalecimento dos processos de reorientação do modelo de atenção, com ênfase na proposta de promoção da saúde, necessita ser respaldada pela formação de profissionais de Saúde Coletiva capazes de assumir os desafios dessa transformação.

Os bacharéis em saúde coletiva têm responsabilidade de conquistar seu espaço como atores centrais e protagonistas na criação da carreira e no avanço do processo de inserção no

mercado de trabalho, bem como na demarcação dos seus espaços diante das profissões já existentes no setor saúde.

Neste trabalho, apresentamos alguns aspectos da história da criação dos cursos, suas justificativas e motivações no âmbito local e nacional, tanto de abertura de novos cursos, quanto de movimentos na perspectiva de consolidação desses cursos.

Para os próximos estudos sobre o tema recomenda-se, investigar *in loco* os processos formativos e a experiência profissional dos educandos e egressos, assim como procurar responder algumas questões sobre a relação entre ingressantes e egressos dos cursos; a correspondência entre as propostas curriculares apresentadas nos Projetos Pedagógicos e as executadas durante a formação; o perfil dos docentes que atuam na formação na graduação em Saúde Coletiva; como tem se dado a inserção dos egressos no mundo do trabalho e as relações com os outros profissionais no campo de trabalho (receptividade/aceitação).

Essas reflexões nos permitem apostar na mobilização dos estudantes e egressos, que possivelmente demarcarão suas trajetórias delineando sua identidade na graduação, no campo de trabalho e nas lutas para serem novos sujeitos-agentes das práticas de saúde.

Como egressa da graduação em saúde coletiva, acredito que os resultados da pesquisa irão ajudar os futuros graduandos, outros profissionais de saúde, instituições e gestores dos serviços de saúde, a terem um panorama dessa nova graduação, do processo formativo e campo de trabalho desse novo sujeito. Assim como, desejo que em breve a profissão seja reconhecida e o bacharel em saúde coletiva possa caminhar como um profissional comprometido com a continuidade da RSB e a defesa do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva.2022**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/aprovadas-as-diretrizes-curriculares-nacionais-do-curso-de-graduacao-em-saude-coletiva/69185/>.

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Relatório final da 3ª Reunião Nacional de Docentes de Medicina Preventiva e Social**. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, 3: 171-187, 1984.

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Sobre a Abrasco.2012**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>. Acesso em: 22 março de 2023.

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Fórum de graduação em Saúde Coletiva. Cursos. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/graduacaoemsaude/cursos>.

AGUDELO F.S E NUNES E.D. **Presentación**. In Franco S, Nunes ED, Breilh J e Laurell AC (org.). Debates en medicina social. Ed. OPS, Quito. 1991.

ALMEIDA FILHO, N. D. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência & saúde coletiva*, 2, 5-20. 1997.

ALMEIDA FILHO, N. M. D. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 1677-1682.2013.

AMARANTE, P, RIZZOTTO, M.L.F, COSTA, A.M. **Memória de um movimento: a Revista Saúde em Debate e a reforma sanitária brasileira**. *Cien Saude Colet*. 20(7):2023-2029.2015.

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **V reunião do fórum de graduação em saúde coletiva (FGSC)**, 5. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 10. Porto Alegre, 2012. Relatório final. Porto Alegre: Abrasco, 2012.

ARAÚJO, F. M; ALVES, E. M; DA CRUZ, M.P. **Algumas reflexões em torno dos conceitos de campo e de habitus na obra de Pierre Bourdieu**. *Revista Eletrônica Perspectivas da Ciência e Tecnologia-ISSN: 1984-5693*, v. 1, n. 1, p. 31-40, 2009.

AROUCA, A. S. D. S. (2001). SUS: revendo a trajetória, os avanços e retrocessos da reforma sanitária brasileira. *Tema Radis*, 3-8. 2001.

BAHAMONDE, M; VILLARES, R. - **El mundo contemporáneo**, siglos XIX y X. Ed. Taurus: Madrid.2008.

BAPTISTA, T. W. DE F.; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V(Ed.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2015.

BATISTA JUNIOR F. **O SUS e as transformações do trabalho em saúde**. Pag. 129. Em o trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde. /org. por Iale Falleiros Braga, Muza Clara Chaves Velasques, Marcia Valeria Cardoso Morosini et al.- Rio de janeiro: editora FIOCRUZ/EPSJV, 2016

BARATA, R.B. **O campo científico da saúde coletiva**. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 133, p. 473-486, 2022.

BECK, J.; YOUNG, M.F.D. **Investida contra as profissões e reestruturação das identidades acadêmicas e profissionais.** Cad. Pesqui., v.38, n.135, p.587-609, 2008.

BEZERRA, A. P. S. et. al. **A percepção do graduando em saúde coletiva sobre o estágio supervisionado.** Rev Tempus Actas Saúde Col. 2013.

BEHRING, E. R. “**A Dívida e o calvário do Fundo Público**”, In: Revista Advir 36 – Dossiê Dívida Pública. (p. 9-21). 2017.

BESS, E. Prefeitura de Cuiabá. **Secretaria de Saúde pública edital do concurso para 2.162 vagas e salários que chegam a R\$ 10.575,89.** 2022. Disponível em: <https://www.cuiaba.mt.gov.br/secretarias/saude/secretaria-de-saude-publica-edital-do-concurso-para-2-162-vagas-e-salarios-que-chegam-a-r-10-575-89/28437>.

BELISÁRIO, Soraya A. et al. **Implantação do curso de graduação em saúde coletiva: a visão dos coordenadores.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.625-1.634, 2013.

BIRMAN J. **A physis da Saúde Coletiva.** Physis: Rev. Saúde Colet. 15(supl):11-16.2005.

BOSI, M.L. M.; PAIM, J. S. **Graduação em saúde coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2.029-2.038, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **e-MEC: cadastro nacional de cursos e instituições de educação superior.** Disponível em: <https://emec.mec.gov.br/> 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Histórias das Conferências de Saúde.** Constituição Federal. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde, saúde de A à Z.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus> Acessado em: 20 jan. de 2023.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)** Disponível em: www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/ResultadoFamiliaCaracteristicas.jsf Acesso: 30.04.23

BRASIL. Senado Federal. **Lei nº 4.024, de 20 de Dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Diário Oficial da União. 28 Dez 1961.

BOURDIEU P. **A economia das trocas simbólicas.** São Paulo: Perspectiva; 1974.

BOURDIEU P. **Questions de sociologie.** Paris: Les Éditions de Minuit, 1984.

BOURDIEU P. **La noblesse de l'état.** Paris: Les Éditions de Minuit, 1989.

BOURDIEU P. **Réponses: pour une anthropologie réflexive.** Paris: Le Seuil, 1992.

BOURDIEU P. **O campo científico.** In: Ortiz R, organizador. Pierre Bourdieu. São Paulo (SP): Ática; 1993. p. 122-55.)

BOURDIEU P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação.** São Paulo: Papyrus, 1996.

BOURDIEU P. **A Distinção: crítica social do julgamento.** São Paulo: Zouk; EDUSP; 2007.

BOURDIEU P. **Meditações pascalianas.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

- BOURDIEU P. **Vie, œuvres, concepts**. Paris: Ellipses Éditions Marketing, 2002.
- BOURDIEU P. **O campo científico**. In: Ortiz R, organizador. Pierre Bourdieu. São Paulo (SP): Ática; 1993. p. 122-55.
- BOUSQUAT, Aylene, et al. **Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS**. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. Agosto de 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relato%CC%81rioDesafiosABCovid19SUS.pdf>
- BUSS, P. M. A IX Conferência Nacional de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, 7, 297-300. 1991.
- CAMPOS, G.W. de S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, p. 219-230, 2000.
- CARVALHO, Y.M, CECCIM, R.B. **Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde coletiva**. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akermam M, Drumond M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz; 2006. p.149-182.
- CARVALHO, A.I. **Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade**. Ciênc Saúde Colet. 1996;1(1):104-21.
- CASTELLANOS M.E.P et al. **A implementação do curso de graduação em saúde coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia: da criação até a formatura da primeira turma**. Tempus: Actas Saúde Col, Brasília, 2013; 7(3):63-80.
- CAVALCANTE NETO P.G, LIRA G.V, MIRANDA A.S. **Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa**. Rev Bras Educ Med.;33(2):198-204.;2009.
- CECCIM, R. B.; BRAVIN, F. P.; SANTOS, A. A. dos. **Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública**. Lugar Comum. 2009; 28:159-180.
- CEZAR, D.M. et al. **O bacharel em saúde coletiva e o mundo do trabalho: uma análise sobre editais para concursos públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Saúde em redes, v. 1, n. 4, p. 65-73, 2015.
- CIAMPA, A. C. **A estória do Severino e a história da Severina**. São Paulo: Editora Brasiliense (1987).
- CIAVATTA, M; RAMOS, M. A **“era das diretrizes”**: a disputa pelo projeto de educação dos mais pobres. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro: ANPEd, v.17, n.49, jan.-abr. 2012, p.11-37.
- COUTINHO, M.C.; KRAWULSKI, E.; SOARES, D.H.P. **Identidade e trabalho na contemporaneidade: repensando articulações possíveis**. Psicol. Soc., v.19, ed.esp., p.29-37, 2007.

CUOGHI, H. F. et al. **Currículo médico baseado em competência e especialização voltada à atuação na atenção primária à saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 46, 2022.

DANTAS, A.V. **Direito universal a Saúde, estatização progressiva, saúde privada e papel do Estado: um flash sobre o SUS e 30 anos de luta de classes na Saúde,** In: SILVA, L.B e DANTAS, A (orgs.). **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral.** (p.163-186).2020. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/publicação/livro/crise-e-pandemia-quando-aexceção-e-regra-geral.>>

DANTAS, A.V. **Do socialismo à Democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 319 p. ISBN:978-85-7541503-0, 2017.

DUBAR, C. **Para uma teoria sociológica da identidade.** Em A socialização. Porto: Porto Editora. 1997.

DOBLYTÉ, S. **BOURDIEU's theory of field: towards understanding help-seeking practices in mental distress.** Soc. Theo. Health; (17):273-290, 2019.

DORTIER, Jean-François. **À propos de Méditations Pascaliennes.** Sciences Humaines, p. 54-57, (Número Spécial — Pierre Bourdieu) 2002.

FIOCRUZ. **8ª Conferência Nacional de Saúde: discurso de Sergio Arouca. Produção: Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz (CICT).** Departamento de Comunicação e Saúde (DCS). Brasília, DF: Fiocruz/CICT, 1986. 1 arquivo MP4 (42min 33s), son., color. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/48681>.

FIGARO, R. **O mundo do trabalho e as organizações: abordagens discursivas de diferentes significados.** Organicom, v. 5, n. 9, p. 90-100, 2008.

FLEURY, S. **As Ciências Sociais em Saúde no Brasil.** In NUNES, E. D. As Ciências Sociais em Saúde na América Latina. OPAS. Brasília, 1985.

FREIRE, I.M. **Informação; consciência possível; campo. Um exercício com construções teóricas.** Ciência da Informação – vol.24 (1).1995. Disponível em: <http://dici.ibict.br/archive/00000152/01/Ci%5B1%5D>. Inf- 2004-590.pdf. Acesso em:

FRIGOTTO, G. **Capital humano.** In: LIMA, J. & PEREIRA, I. B (Orgs.) Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

FONSECA, C. M. **A história da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil.** Lima NT, Santana JP, organizadores. Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 21-41, 2006.

HALL, S. Quem precisa de identidade? In: SILVA, T.T.; HALL, S.; WOODWARD, K. (Orgs.). Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, p.103-33.2000.

JACOBINA, A.T. **O movimento da Reforma Sanitária Brasileira e sua relação com os partidos políticos de matriz marxista,** Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 2016.

KOIFMAN, L; GOMES, L.N. **A graduação em saúde coletiva: um debate ou uma realidade?** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 32, p. 417-418, 2008.

KOETZ, M. T. **O direito à saúde na sociedade capitalista: privatização versus participação social.** 2016.

KROPF, S.P; FERREIRA, L.O. **A prática da ciência: uma etnografia no laboratório.** História, Ciências, Saúde. Vol. IV (3). P.589-97.1998.

LABRA, M. E. **O movimento sanitaria nos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil.** 408f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1985.

LAFRAIA, R. **Saúde: No capitalismo, a saúde também é mercadoria.** Esquerda Diário, Edição do dia ;12 de julho de 2018. Disponível em: <www.esquerdadiario.com.br/No-capitalismo-a-saude-tambem-e-mercadoria#> Acessado em: 28 fev. 2022.

LEAL, M. B. **Saúde Coletiva e SUS: análise sobre as mútuas influências entre o campo e o sistema de saúde no Brasil.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.2015.

LIMA, N. T., and SANTANA, J. P., eds. Apresentação. In: **Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Abrasco, 2006. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/pckh6/pdf/lima-9786557081563-01.pdf>. acessado em: 10 de março 2022.

LUZ, M. T. **Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas-análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática.** Saúde e sociedade, v. 18, p. 304-311, 2009.

LORENA, A. G. de et al. **Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação?** Saúde e Sociedade, v. 25, p. 369-380, 2016.

MARE. **Organizações sociais. / Secretaria da Reforma do Estado.** Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 2).1997.

MANGUEIRA, O. J. et al. **Graduação em Saúde Coletiva no Brasil: Formação, identidade profissional e inserção no mercado de trabalho.** Research, SocietyandDevelopment, v. 10, n. 5, p. e21810514746-e21810514746, 2021.

MACHADO C.V, LIMA L.D, BAPTISTA T.W.F. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal.** Cad. Saúde Pública. 2018 [acesso em 2023 jan 15]; 33(supl2):e00129616. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>.

MENDONÇA, P.B. de S. **Graduação em saúde coletiva: o que dizem os Projetos Pedagógicos.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.2021.

MENDES, R; DIAS, E. C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** Revista de saúde pública, v. 25, p. 341-349, 1991.

MENDES, Á; CARNUT, L. **Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento.** Ser Social, 22(46), 9-32. 2020.

MERHY, E.E. **A Saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas.** 4. ed. São Paulo: HUCITTEC, 1992.

METZL, J. M., MAYBANK, A., & DE MAIO, F. **Responding to the COVID-19 pandemic: the need for a structurally competent health care system.** Jama, 324(3), 231-232. 2020.

MORAIS, I. A.USP. Notícias. **Congresso de bacharéis em saúde coletiva discute regulamentação profissional do sanitário.** 2021. Disponível em: <https://www.fsp.usp.br/site/noticias/mostra/29050>.

NÓBREGA-TERRIEN S.M, SOUZA P.M.M, PINHEIRO F.M.C, CASTRO V.S. **Formação para a Estratégia Saúde da Família na graduação em Medicina.** Rev. Bras. Educ. Med. 39(1);112-8.2015.

NUNES E.D. **Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito.** Saúde Soc. 3(2):5-21.) 1999.

NUNES, T. C; FAGUNDES, T. L. Q; SOARES, C. L. M. **Os Cursos Lato Sensu na Formação em Saúde Coletiva: evolução histórica e desafios contemporâneos.** In: Lima, Nísia Trindade (Org.) Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história. Fiocruz.2015.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. **O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição.** Saúde e Sociedade, 24(Suppl. 1), 205- 218. 2015.

PAIM, J. S. **Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva.** In: ABRASCO. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro, p. 4-19.1982.

PAIM, J. S. **A reforma sanitária e a municipalização.** Saúde e Sociedade, 1, 29-47.1992.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA. 2007.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA; 2006

PAIM, J.S. **A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual.** In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, pp. 153-174. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books.2008.

PAIM, J. **Se depender dos governos o SUS não avança.** Revista Muito, Jornal A Tarde; Jul 28; p. 9-13. 2013.

PINTO, I., and PAIM, J. **A Abrasco e a Experiência da Graduação em Saúde Coletiva.** In: LIMA, N.T., SANTANA, J.P., and PAIVA, C.H.A., orgs. Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história [online]. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ p. 137-150. ISBN: 978-85-7541-590-0.2015.

PAIM, J.S. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.** Ciênc. Saúde Colet. 23(6):1723-1728.2018

RODROGUES NETO, E. **Papel Ético da Descentralização na Implantação do Sistema Único de Saúde**. Revista Bioética, 5(1). 1997.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. Tradução Moreira, M.F.S e col. São Paulo. Ed. Unesp. 1994.

ROSADO, I. V. M., & DE FREITAS, G. A. **As contradições do direito à saúde no capitalismo: apontamentos da realidade brasileira**. SER Social, 22(47), 368-388. 2020.

RUELA, H.C.G et al. **A formação de sanitaristas e os cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil**. Dissertação de Mestrado. EPSJV. 2013.

SALVADOR E. **Fundo público no Brasil: Financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007)**. [tese]. Brasília, DF: Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília; 395 p.2008.

SESTELO, J. **uma mesa-redonda no âmbito do seminário internacional que celebrou os 30 anos do SUS e os 10 anos da Revista Poli, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz)**. André Antunes - EPSJV/Fiocruz 06/11/2018. Disponível em: <[Políticas de saúde, educação e trabalho sob o capitalismo financeirizado | Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio \(fiocruz.br\)](#)> Acessado em: 10.01.2022.

SETTON, M.G.J. **A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea**. Revista brasileira de Educação, p. 60-70, 2002.

SILVA, V.O; PINTO, I.C. M; TEIXEIRA, C.F.S. **Identidade profissional e movimentos de emprego de egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva**. Saúde em Debate, v. 42, p. 799-808, 2018.

SILVA V.O, PINTO I.C.M. **O sanitarista como trabalhador da saúde no Brasil: uma identidade em transformação**. In: Martins MIC, Marques AP, Costa NRC, et al., organizadores. Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas. Braga: CICS; p. 159-165. 2014.

VIEIRA-DA-SILVA LM, PAIM JS, SCHRAIBER LB. **O que é Saúde Coletiva? In: Paim JS, Almeida Filho N**, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 3-12

SOUZA, L.P.F, **Saúde Pública ou Saúde Coletiva?** Revista espaço para a saúde, Londrina, v. 15, n. 4, p. 07-21, out/dez. 2014.

SOUZA, P. B; et al. **Mercado de trabalho do sanitarista em saúde coletiva: novas perspectivas**. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 42, n. 4, p. 640-652, 2018.

SOUZA, Diego de Oliveira. **Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde**. Saúde em debate, v. 43, p. 71-81, 2020.

SOPHIA, D.C, **Saúde e Utopia: O CEBES e a Reforma Sanitária Brasileira (1976-1986)**, São Paulo: Hucitec, Sobravime, 2015.

TANAKA, O. Y. et al. **“Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde”**. Ciência & Saúde Coletiva, 24(3), 2019.

THIRY-CHERQUES, H.R. **Pierre Bourdieu: a teoria na prática**. Rev. Adm. Pública, v. 40, n. 1, p. 27-53, 2006.

UNB. Universidade de Brasília. **Saúde Coletiva**. Disponível em: <<http://fce.unb.br/graduacao/saude-coletiva>>. Acesso em 20 jan 2023.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. **Apresentação do curso de Gestão de Serviços de Saúde**. Disponível em: <https://www2.ufmg.br/mostradasprofissoes/Mostra/Cursos/Cienciasda-Saude/Gest.-de-Serv.-de-Saude>. Acesso em: 01 Jun. 2023.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. **Projeto Pedagógico Curricular**. 2019. Disponível em: www.enf.ufmg.br/index.php/gestao-de-servicos-de-saude-graduacao. Acesso em: 20 jan 2023.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Políticas e Sistemas de Saúde - Proposta de Bacharelado em Saúde Coletiva**. 15 de agosto de 2008.

UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Projeto Pedagógico Curricular**. 2011. Disponível em: www.iesc.ufrj.br. Acesso em: 20 jan 2023.

UFRN. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Projeto Pedagógico Curricular**. 2011. Disponível em: https://sigaa.ufrn.br/sigaa/public/curso/portal.jsf?id=7252420&nivel=G&lc=pt_BR. Acesso em: 20 jan 2023.

UFRR. Universidade Federal de Roraima. **Projeto Pedagógico Curricular**. 2012. Disponível em: <https://ufr.br/saudecoletiva/>. Acesso em: 20 jan 2023.

UNIFESSPA. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. **Projeto Pedagógico Curricular**. 2017. Disponível em: <https://saudecoletiva.unifesspa.edu.br>. Acesso em: 20 jan 2023.

VANDENBERGHE, F. “The real is relational”; an epistemological analysis of Pierre Bourdieu’s generative structuralism. *Sociological Theory*, v. 17, n. 1, p. 32-67, Mar. 1999.

VIANA, J. L.; SOUZA, E. C. F. **Os novos sanitaristas no mundo do trabalho: um estudo com graduados em saúde coletiva**. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, p. 1261- 1285, 2018.

VIEIRA-DA-SILVA; L.M, PINELL P. **The genesis of collective health in Brazil**. *Soc. Health Illn*; 36(3):432-44), 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M., PAIM, J. S., & SCHRAIBER, L. B. **O que é Saúde Coletiva**. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 3-12.2014.

Weiller TH, Schimith MD. **PROVAB: potencialidades e implicações para o Sistema Único de Saúde**. *J Nurs Health*; 3(2):145-146.2014.

WHO. **Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006**. [On-line]. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso em: 9 set. 2022.

XIMENES, A. F; SCHMALLER, V.P. V; BEZERRA, A. F. B. **Alocação de recursos do fundo público para organizações sociais da saúde**. *Sociedade em debate*, v. 24, n. 3, p. 113-128, 2018.