

O que se pode alcançar com a Graduação em Saúde Coletiva no Brasil?

Eduardo Mota¹
Liliana Santos²

O artigo em debate “Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo”¹ é denso e rico em questões para pensarmos sobre o que se deseja e o que se pode alcançar com a formação de profissionais nos cursos de Graduação em Saúde Coletiva (GSC) em nosso país. Em 2003, o Relatório da Oficina “Perspectivas de Implantação” desses Cursos no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO² apresentou três motivos para instituí-los: 1) a necessidade de avançar mais rapidamente na reorientação do modelo de atenção à saúde dominante; 2) o menor impacto potencial da pós-graduação em relação a graduação em vista do custo e benefícios possíveis e, 3) o prolongado tempo de formação de sanitaristas que dependia da graduação em outros cursos e da pós-graduação. Hoje, como naquela época, persiste a crença de que a formação profissional é fator de promoção de mudanças sociais e no sistema de saúde, o que aponta para a necessidade tanto da existência desses cursos quanto de reflexões mais apuradas sobre a temática. E para isto

1 Professor Associado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia – UFBA. Primeiro coordenador do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da UFBA.

2 Psicóloga. Mestre em Psicologia. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA.

o texto em debate é igualmente doutrinário e desafiador sobre os passos possíveis do futuro.

Inicialmente os autores estabelecem correlações entre o surgimento da Saúde Coletiva Brasileira - SCB enquanto crítica propositiva à Medicina Preventiva e à Saúde Pública instituída, aproximando-a da Medicina Social, conectada por inspiração às proposições dos movimentos revolucionários europeus do século XIX. Na mesma linha, os autores destacam a natureza revolucionária da SCB, fundamentada na crítica ao “dilema preventivista”³ e ao “sanitarismo”⁴. Delimitando e contextualizando política e historicamente a SCB, Paim e Pinto (2013) demarcam as interfaces entre a constituição de um campo científico articulado a um campo de práticas em consonância com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a instituição do próprio Sistema Único de Saúde – SUS. Nesse sentido, fica evidente o caráter crítico e propositivo da novidade que se instituiu na formação graduada de profissionais da saúde: sujeitos que se formam entre a ciência e a política, a análise crítica e a proposição, a militância e a profissionalização do campo. Daí já se torna possível dimensionar um dos maiores desafios da constituição da SCB: ser ao mesmo tempo crítica e organicamente propositiva, tanto no campo científico quanto das políticas públicas, especialmente nas áreas da educação e da saúde. E até mesmo essas

áreas já não dão conta da complexidade do que se tem a enfrentar, a considerar a importância crescente das áreas do trabalho, do direito, do ambiente, da comunicação e da informação.

Dois focos desse debate se tornam evidentes, como diz Almeida Filho⁵ ao tratar dos impasses e desafios da formação de trabalhadores em Saúde Coletiva: a crise do sistema de saúde brasileiro, subfinanciado, “de gestão burocratizada, de incapacidade de assumir a integralidade, de valorização social, de equidade” (p. 1680) e o modelo de educação em saúde que “treina técnicos competentes, porém pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde” (p. 1682). Nesse contexto, percebemos com clareza que a GSC desponta como o **fato novo** mais importante, desafiador e promissor dos últimos anos. E, como disseram Bosi e Paim⁶, “tal modalidade de formação inegavelmente adere à consolidação do SUS, cuja estabilidade requer profissionais com perfis não visíveis em quantidade e qualidade requerida pelo sistema” (p. 2032).

A expressão “para além do sanitarismo” inscrita no título do artigo de Paim e Pinto (2013) para caracterizar as “conquistas e passos” e as perspectivas da Graduação em Saúde Coletiva traça, desde o início, uma linha, ainda que tênue, que parece opor as possibilidades de formação graduada e de atuação dos egressos da GSC à atual formação e as práticas dos profissionais sanitaristas que hoje atuam em serviços de saúde e na gestão do SUS. E esse é um aspecto da abordagem do artigo que suscita especial atenção.

Os profissionais sanitaristas que realizaram sua formação em cursos de pós-graduação *senso lato* e *senso estrito* em saúde coletiva (SC) ou

em saúde pública contribuíram e contribuem para implementar o SUS, e até 2009 a pós-graduação se constituiu basicamente na única maneira de formá-los no país (ver nota³). Porém, o artigo sugere que o grande número desses profissionais que atua no SUS está enredado em um “sanitarismo” que se pretende superar agora com os cursos GSC. Isto pode parecer que se deseja realizar com a nova graduação o que não foi possível alcançar em quarenta anos de formação pós-graduada em SC, pelo menos a tomar pela data de fundação do Mestrado em Saúde Comunitária do hoje conhecido Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Sendo assim, convém problematizar igualmente por onde andou, o que fez e o que fará a formação pós-graduada em SC, e elementos para esta reflexão o texto em debate, claro e didático, apresenta de sobra.

As afirmativas de que “a graduação em Saúde Coletiva surge de um campo de saber e práticas, distinto da saúde pública institucionalizada”, como dizem os autores desde o resumo do artigo e, como se escreve em outro trecho daquela parte, de que “o trabalho do profissional de Saúde Coletiva apresenta dimensões técnica, econômica, política e ideológica radicadas em valores de solidariedade, emancipação, igualdade, justiça e democracia, distintos da Saúde Pública subalterna aos centros hegemônicos” indicam que há uma distinção ou se pretende marcar o contraste entre o “campo da saúde coletiva”, este, quem sabe, livre de injunções político-institucionais, e a dita saúde pública “institucionalizada”, *locus* do sanitarismo objetável. Entre isto, o

3 Há uma exceção ao curso de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, lançado em 2001 e com atividades iniciadas em 2002 (Ceccim, 2002⁷).

preventivismo, o higienismo e talvez no futuro o “promocionismo” segue-se demarcando distanciamentos que nos parecem, colocados como tal, pouco alentadores.

A leitura crítica do artigo nos obriga a buscar no texto a definição adotada para o “sanitarismo” que se deseja superar ou suplantado com as proposições que se apresentam para a graduação em saúde coletiva. Nas seis vezes em que o termo é aplicado no corpo do texto, fala-se inicialmente em “sanitarismo institucional”. Neste ponto, ao tratar de “campo de estágio”, os autores convidam a uma “reflexão sobre práticas de saúde e sobre a natureza do processo de trabalho em SC” citando os autores “clássicos” da área, para lembrar que saúde pública é uma prática social, e que esta noção resultou da crítica que se fez ao “sanitarismo institucional e a sua noção de população¹” (p. 16). Algo semelhante se nota mais adiante sob o mesmo tópico quando se propõe que os campos de práticas explorem (“inclusive”) as possibilidades do “sanitarismo convencional”¹(p. 17). Seria coerente supor que por “convenção” e tornando-se tradicionais com o passar do tempo, as práticas formativas tenderiam a sofrer dos mesmos males apontados para o “sanitarismo” de hoje e, dessa maneira, as práticas dos egressos nos serviços tenderiam a ser “convencionais”. Exemplo desse aparente dilema é exposto pelos autores quando sugerem que os “cursos podem optar pela reprodução ou restauração da Saúde Pública convencional ou inovar a partir de acordos de grupos construídos em torno das *Funções Essenciais de Saúde Pública*¹ (p. 17). Estas “funções”, publicadas há mais de uma década e citadas reiteradamente desde então em documentos de governos e em planos

de saúde, e rapidamente incorporadas às costumeiras declarações de intenções da gestão pública, eram originalmente onze, e tidas como passíveis de ser objeto de avaliação sistemática nos países das Américas⁸. E, embora atuais (o tema foi recentemente abordado⁹), parecem ser hoje convencionais para as práticas dos serviços de saúde pública. Sem querer fazer um aprofundamento da discussão em torno das relações entre o campo de saber e as práticas em SC, reconhece-se que esses serviços se constituem em espaços privilegiados para a formação de profissionais e que os serviços públicos de saúde serão os lugares onde muito certamente os egressos da GSC atuarão em grande proporção.

O tema central da superação do “sanitarismo” é retomado no item da “constituição dos sujeitos”, onde se indica que os cursos de GSC se integrem aos esforços para resolver “os impasses atuais no processo da RSB e na implementação do SUS” com a formação de profissionais “capazes de recompor as práticas de SC como uma utopia concreta para além do sanitário”¹ (p. 19). Para tal, o artigo prescreve que “a constituição do sujeito da SC, seja na graduação ou na pós, supõe a articulação da prática teórica e da prática política, bem como o desenvolvimento da *atitude crítica* e de uma *aptidão crítica*”¹ (p. 19). Convém que retornemos nesse ponto ao que Almeida Filho⁵ lembrou com relação aos impasses na formação de trabalhadores em saúde, tratando dos anacronismos das crises do sistema de saúde e do modelo educacional. Essas amarras institucionais precisariam ser desfeitas para que fosse possível oferecer um terreno mais favorável aos processos de constituição do sujeito da SC.

Todavia, é justamente no enfrentamento das limitações e obstáculos e a partir de reflexões críticas, criativas e propositivas que conseguiremos contribuir para uma formação mais conectada às necessidades de saúde da população e, por conseguinte, do sistema de saúde em um sentido amplo, onde os profissionais em formação atuarão futuramente. Entendemos, portanto, a inserção dos estudantes no “SUS que temos” como possibilidades que se abrem ao desenvolvimento da crítica fundamentada e da proposição criativa de soluções aos entraves que ainda hoje se constituem em dilemas tanto para o SUS quanto para o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira, motivando-os e preparando-os para a construção do “SUS que queremos” e de uma sociedade cidadã. O desenvolvimento da atitude e da aptidão crítica que o artigo em debate propõe se dá preferencialmente na ação cotidiana, proporcionada pela dialogicidade que se estabelece entre os campos científico, político e técnico aos quais, necessariamente, docente e discente são expostos durante as atividades acadêmicas na GSC.

Desde aquele último ponto, ao longo do artigo, o termo “sanitarismo” só retorna nos “comentários finais”. Assim, seja apontando que a SCB tem potencial já estabelecido para “sustentar um processo de profissionalização para além do sanitarismo” (p. 23) ou declarando que a “radicalidade e a vitalidade desse campo em construção ajudam a pensar novos passos para além do sanitarismo” (p. 25) os autores traduzem o que unanimemente motivou a abertura dos dezesseis cursos já existentes e que continuará impulsionando o crescimento da GSC. Quanto a ruptura com a Saúde Pública “subalterna” seria recomendável, em

contraste, apoiar a ideia de que sanitaristas egressos de cursos de graduação e pós-graduação podem reinstaurar o papel e a *ação dos serviços de saúde* e da gestão como parte do campo de saberes e práticas da saúde coletiva. Sobretudo se isto decorresse de uma ação política coerente e articulada que envolvesse todas as representações sociais de interesse, como a que resultou na própria constituição do SUS. Isto teria potencial para provocar mudanças se lideranças e instituições superassem divergências e arrogâncias, projetos particulares e negócios, para pactuar em torno da construção de um contexto mais favorável. Há governos e des-governos, mas, em todo caso, o exercício do poder tenderá sempre a ocupar espaços políticos deixados vazios.

Uma ideia talvez mais construtiva, inclusiva e integradora foi exemplarmente expressa por Bosi e Paim⁶ (2010) quando disseram: “postulase que a graduação [em Saúde Coletiva⁴] irá favorecer a qualificação dos futuros sanitaristas de forma dupla. De um lado, possibilitando que esse processo, desde o seu início, se oriente por outra perspectiva paradigmática, calcada na interdisciplinaridade, modelo que se apresenta mais adequado aos desafios da saúde em nível coletivo. De outra parte, a presença do curso de graduação em Saúde Coletiva poderá proporcionar novas condições e oportunidades para um aprofundamento de conhecimentos e aprimoramento de habilidades e atitudes nos cursos de pós-graduação, possibilitando que esses recuperem sua natureza que muitas vezes se empobrece com versões minimalistas”.

Com efeito, como diz a epígrafe do texto em debate¹, há muito que aprender e aprontar por aí, ⁴ Texto inserido pelos autores deste debate.

principalmente reconhecendo, ressignificando e transformando cotidianamente a história; abrindo novas oportunidades de diálogo entre a Saúde Coletiva, a Reforma Sanitária, o SUS, os movimentos sociais e os espaços de formação acadêmica técnica, graduada e pós-graduada da Saúde Coletiva. Uma tarefa para todas as pessoas comprometidas com a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paim, JS, Pinto, ICM. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva. Formação de Profissionais em Saúde Coletiva. 2013; Ano VII Volume 3. p.13-35. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br>
2. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Relatório da Oficina Graduação em Saúde Coletiva: perspectivas de implantação. ABRASCO. Universidade de Brasília, julho/2003.
3. Arouca AS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP, 2003.
4. Ponte, CF, Lima, NT, Kropfo, SP. O sanitarismo (re)descobre o Brasil. In: Ponte, CF, Falleiros, I (org.). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro : Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf> Acesso em 27/07/2013.
5. AlmeidaFilhoNM. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em saúde coletiva no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2013, 18(6), 1677-1682. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/19.pdf>. Acesso em 27/07/2013.
6. Bosi MLM, Paim, JS. Graduação em saúde coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. Ciênc. Saúde Coletiva. 2010; 15(4): 2029-2038. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a17v15n4.pdf> Acesso em 27/07/2013.
7. Ceccim RB. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da Graduação em Saúde Coletiva. Boletim da saúde, v. 16, n. 1, 2002.
8. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson PL, Macedo CG, Hanna W, Larriou M, Ubilla S, Zeballos JL. Las funciones esenciales de la salud **pública**: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Publica. 2000, vol.8, n.1-2, pp. 126-134. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf>. Acesso em 27/07/2013.
9. Conejero, JS e cols. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Rev Panam Salud Publica 34(1), 2013. Disponível em: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=615&Itemid

Artigo apresentado em: 10/06/2013

Artigo aprovado em: 09/10/2013

Artigo publicado no sistema em: 03/11/2013