

Bacharel em Saúde Coletiva: um Elo que faltava na Rede

Antônio José Costa Cardoso¹

Maria Fátima de Sousa²

O desafio deste último texto é, sem outras referências, fazer “emergir” um (incerto) Discurso do Sujeito Coletivo – aqui referido ao conjunto de autores que assina esse número especial da **Tempus Actas em Saúde Coletiva**, a partir de um diálogo que se pretende articulador das ideias dos diversos autores que trataram da criação dos bacharelados, mercado de trabalho e carreira, identidade e regulamentação da profissão, campos de prática e estágio em Saúde Coletiva, tomando o texto-base **Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo**, de Jairnilson Silva Paim e Isabela Cardoso Pinto, como ponto de partida.

A criação e implementação dos Bacharelados

Segundo Paim e Pinto, a criação de cursos de Graduação em Saúde Coletiva (GSC) no Brasil passou por um “*longo processo de amadurecimento a partir de várias décadas de redefinição da formação dos profissionais de saúde*”.¹

¹ Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Coordenador-Adjunto do Fórum de Cursos de Graduação em Saúde Coletiva da Abrasco.

² Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) e vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Até 2008, esta formação em Saúde Coletiva vinha ocorrendo basicamente sob duas modalidades: por meio de disciplinas inseridas nos currículos de diversos cursos da área de Saúde e no âmbito da pós-graduação *latu senso* (Atualização, Aperfeiçoamento, Especialização e Residência) e *strictu senso* (Mestrado e Doutorado).⁴

Muito antes de 2008, entretanto, a GSC “*surge como uma ideia em função (...) do desenvolvimento deste novo campo de saber e práticas, distinto da Saúde Pública institucionalizada*”.¹

Embora Sanitarista seja uma ocupação antiga no Brasil (...) e acessível às mais diversas categorias profissionais, a clássica formação de sanitarista responde apenas parcialmente aos novos desafios do processo de Reforma Sanitária Brasileira, em curso. A construção do SUS, a partir de 1993, passou a demandar inovações diversas (inclusive no âmbito técnico-organizativo e gerencial) e impôs a reconceituação das práticas da Saúde Pública institucionalizada, a reconfiguração dos processos de trabalho em saúde, do agente-sujeito e, por conseguinte, da formação dos profissionais.⁴

Quanto à disposição dos acontecimentos narrados em certa sequência histórica, nosso esforço aqui foi no sentido de apenas conectar as “peças do quebra-cabeça” na medida em que essa história ainda não foi sistematizada. Afinal, quem foram os pioneiros?

Segundo Sampaio e Santos:

A ideia [de criar cursos de graduação em Saúde Coletiva] tomou corpo há quinze anos, a partir de uma discussão pioneira na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e cuja emergência passou a multiplicar debates entre docentes e evoluiu

para a concretude na oferta dos cursos universitários impulsionados pelo Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI.⁶

Segundo Castellanos e Colaboradores:

Na oficina de 2003, realizada no âmbito do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva [realizado na UnB], com ampla repercussão durante e após esse evento, ficou evidente a “carência de uma formação interdisciplinar no nível de graduação orientada para a Saúde (e não pela doença).⁵

Mota e Santos confirmam essa versão:

Em 2003, o Relatório da Oficina “Perspectivas de Implantação” desses Cursos no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO apresentou três motivos para instituí-los: 1) 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) prolongado tempo de formação de sanitaristas que dependia da graduação em outros cursos e da pós-graduação.²

Segundo Sampaio e Santos:

Com o apoio da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 2009, ocorreu durante o IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, uma Oficina de Trabalho que (...) formalizou o Fórum de Coordenadores dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva. Neste mesmo ano, a UFRJ abriu sua a primeira turma.⁶

Paim e Pinto ressaltam, entretanto, que “a criação dos CGSC foi uma decisão ancorada, principalmente, no atendimento a uma demanda reprimida por parte dos gestores do SUS de preencher os vazios de profissionais em muitas localidades e serviços”.¹ O Programa de Apoio à Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) serviu como “janela de oportunidade” para a sua implantação, mas “essa realidade vinha sendo problematizada há muito tempo pelo Ministério

da Saúde, juntamente com os gestores dos Estados e Municípios”.¹

Segundo Paim e Pinto:

Este projeto foi debatido em seminários e congressos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e da Rede Unida, bem como em publicações desde 2002, e submetido à apreciação de órgãos superiores de universidades federais, ao tempo em que era formulado o Programa de Apoio à Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), instituído pelo Decreto nº 6096/2007, que serviu como “janela de oportunidade” para a sua implantação.¹

Castellanos e Colaboradores concordam com essa análise:

O início do processo de criação e de implantação dos cursos no país possui pontos comuns ao conjunto dos cursos e, também, pontos específicos a cada caso. (...) Porém, o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), criado através do Decreto nº 6.096/2007, impulsionou a abertura dos cursos em diferentes regiões do país, tendo em vista a possibilidade de expansão dos quadros universitários e dos cursos noturnos.⁵

Naquele contexto: “Antecipar a formação do sanitarista” foi apresentada como “uma estratégia importante para a mudança do modelo de atenção a saúde no país e criação de um novo ator em defesa da RSB e do SUS”.⁴

Segundo Silva, Ventura e Ferreira:

Mesmo ensejando alguns questionamentos, uma das principais justificativas em defesa de uma formação em nível de graduação para a Saúde Coletiva residia na urgência em formar quadro de profissionais que contribuíssem na consolidação da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde. Não seria plausível que a formação do sanitarista demandasse, além do tempo exigido para a formação do discente em nível de graduação, em uma das áreas da saúde, aquele previsto para cursar uma pós-graduação e ser habilitado como tal. Soma-se a esse argumento o fato de que a formação em saúde não estaria acompanhando os desafios tanto epistemológicos quanto

práticos que a Saúde Coletiva impõe ao campo da Saúde⁷.

Também na opinião dos líderes estudantis, *“não se justifica, portanto, esperar o tempo requerido para a graduação nos diversos cursos da área da saúde, para depois capacitar os profissionais em Saúde Coletiva. Por melhor que seja o ensino das disciplinas dessa área nos cursos de graduação, as competências adquiridas são limitadas e subalternas ao modelo médico hegemônico”*.

O Brasil tem 5.570 municípios e há uma enorme carência de sanitaristas qualificados para atuar na Promoção e Vigilância da Saúde e na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sem contar as demandas dos estados e do governo federal. Neste sentido, a nova graduação em Saúde Coletiva implica na antecipação da formação do sanitarista, mas também é uma via para a formação do grande contingente de sanitaristas qualificados para o SUS.⁴

Inaugurada a GSC na Universidade Federal do Acre e na Universidade de Brasília (*campus Ceilândia*), às quais se seguiram as Universidades Federais do Rio de Janeiro, Bahia, Paraná, Rio Grande do Sul e Brasília (*campus Darcy Ribeiro*), estão sendo implementados atualmente dezesseis cursos de Saúde Coletiva no Brasil, quinze dos quais em universidades públicas, *“o que estimula a reflexão e a discussão acerca das expectativas de inserção desses novos sujeitos na estrutura das práticas de saúde”*.¹

A Saúde Coletiva (...) somente em 2008 desponta como curso de graduação. Entre as experiências pioneiras, encontramos a arrojada proposta do curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia.⁸

“Como a graduação em SC pretende superar as práticas e identidades profissionais

tradicionais da Saúde Pública”, argumentam Paim e Pinto que a opção pela titulação Bacharel em Saúde Coletiva aponta *“para uma formação interdisciplinar, com ênfase nas noções de direito à saúde, cidadania e emancipação dos sujeitos”*.¹

O egresso do CGSC é um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificado para o exercício das práticas que compõem o campo da SC, ancorado nos saberes provenientes da Epidemiologia, da Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Essa formação o qualifica para o exercício de atividades em todos os níveis de gestão e de atenção à saúde, no âmbito dos sistemas e serviços de saúde.¹

Castellanos e Colaboradores concordam *“em relação à relevância de uma graduação em saúde que garanta uma formação rigorosamente interdisciplinar e orientada para as demandas do SUS, responsável por formar profissionais solidários à Reforma Sanitária Brasileira”*.⁵ Entretanto, vários desses *“cursos têm suas ênfases nas subáreas da Saúde Coletiva, como Bioética, Planejamento e Gestão, Epidemiologia, Saúde Ambiental e do Trabalhador e Ciências Sociais e Humanas da saúde”*.⁶

Nas palavras dos líderes estudantis, integrantes da CONESC:

Surgimos como sujeito-agente coletivo para atuar nas realidades sanitárias brasileiras, em busca de melhor assistência a saúde da população brasileira, e possuímos uma formação generalista, capaz de atuar em todos os níveis de complexidade do SUS (...) A inserção dos profissionais formados em Saúde Coletiva no processo de trabalho no âmbito das instituições de saúde evidencia a constituição de novas relações de complementariedade com as demais profissões do setor saúde, sem prejuízo da especificidade e identidade do campo de atuação de cada profissional.⁴

Na opinião de Mota e Santos, para quem “a GSC desponta como o fato novo mais importante, desafiador e promissor dos últimos anos”, a graduação em Saúde Coletiva 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.²

Nesse momento, destacam Sampaio e Santos:

Os cursos de graduação em saúde coletiva estão em processo de reconhecimento pelo Ministério da Educação, assim como está em processo de reconhecimento a profissão de sanitarista pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) do Conselho Nacional de Saúde... as primeiras turmas se formaram 2012, assim esse profissional já possui uma inserção no mercado de trabalho e já está começando a trabalhar.⁶

Mercado de Trabalho e Carreira

Acerca do lugar a ser ocupado por esses profissionais no mercado de trabalho, “responsabilidade conjunta de instituições formadoras, gestores e instâncias colegiadas do SUS”, Paim e Pinto acreditam ser “o setor público, o SUS, um de seus principais lócus de atuação, acompanhado do setor privado (...) e também do terceiro setor (organizações não governamentais)”.¹

De fato, “a demanda por estes cursos se deu, fundamentalmente, no espaço das instituições públicas de ensino e pesquisa (...) decorreu dos

desafios que estão postos para o setor saúde no atual estágio de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das necessidades da população... um grupo de profissionais que, a princípio, só podiam existir em nível de pós-graduação.”⁶

O SUS precisa de um graduado em Saúde Coletiva, com perfil profissional que o qualifique como um ator estratégico e com identidade específica não garantida por outras graduações disponíveis. Portanto, longe de se sobrepor aos demais integrantes da equipe de saúde, esse novo ator vem se associar de modo orgânico aos trabalhadores em Saúde Coletiva.¹

Também a representação social do “sanitarista” que emergiu das falas dos ingressantes da primeira turma do Bacharelado em Saúde Coletiva na UFPE foi a de um “*profissional crítico e protagonista de importantes mudanças na saúde do Brasil*”, demonstrando “*otimismo em relação ao mercado de trabalho e campos de estágio*” em termos de expectativas, além de maior interesse pelo setor público.³

Emerge das falas (...) dos alunos da graduação em Saúde Coletiva da UFPE, (...) que as perspectivas para o mercado de trabalho são positivas. A maioria acredita que o pioneirismo do curso no estado pode melhorar a empregabilidade dos egressos; porém, para outros, a “nova profissão” é pouco conhecida pela população e pelos gestores, o que gera insegurança, sobretudo em função das incertezas do campo político.³

Segundo Sampaio e Santos, a partir de amostra de acadêmicos de saúde coletiva de todo o Brasil que participaram do 1º ENESC em 2011:

Foi possível perceber também durante as entrevistas da pesquisa a angústia dos discentes sob a forma de dúvida em relação ao mercado de trabalho para o sanitarista graduado, demonstrando haver, entretanto, uma postura integrada às políticas públicas

e para a consolidação ideológica da Reforma Sanitária.⁶

E, comprovando que estamos diante de possibilidades diversas nesta questão do destino dos egressos, o artigo de Bezerra e Colaboradores destaca ainda na Introdução:

Embora essa Graduação tenha surgido da própria necessidade do SUS, não devemos ignorar que Constituição Federal contempla a Saúde Suplementar, que segundo dados de 2012 da Agência Nacional de Saúde Suplementar representam 47 milhões de brasileiros.⁹

De qualquer forma, recordam Paim e Pinto, “para assegurar a inserção no mercado de trabalho impõe-se o cumprimento de protocolos e de requisitos necessários à formalização da profissão”, o que vem suscitando um intenso debate nos serviços de saúde e nos meios acadêmicos.¹

Paim e Pinto sistematizaram os argumentos de oposição ao ingresso dos “novos sanitaristas” nas carreiras do Sistema Único de Saúde (SUS):

Em primeiro lugar pelo fato de a tradição indicar a formação pós-graduada como o espaço reconhecido para a qualificação desses sujeitos. Em segundo lugar porque muitos dos conteúdos desse campo em constituição encontram-se inseridos nos currículos das graduações em saúde regulamentadas pelo Ministério da Educação, especialmente após as lutas e conquistas pela sua incorporação nas respectivas diretrizes curriculares. Em terceiro lugar pelo pensamento convencional de que cabe às universidades formarem profissionais para um dado mercado de trabalho bem estabelecido, em vez de possibilitarem inovações capazes de engendrar novos processos. Ademais, a insuficiente distinção entre a SC construída na América Latina, a partir da década de 1970, e a Saúde Pública importada da Europa e dos Estados Unidos na passagem do século XIX para o século XX⁴ reforçava o argumento segundo o qual tal ‘especialização’ somente seria justificada no âmbito da pós-graduação.¹

Esses autores contra-argumentam, entretanto, que “a identidade profissional 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”.¹

“Necessidades de determinados agentes de práticas de saúde para uma dada sociedade não podem ser reduzidas às demandas conjunturais de um suposto mercado de trabalho” e a universidade não é uma “fábrica de recursos humanos que devem estar em permanente sintonia com o mercado, mediante pesquisas e prospecções sobre o mesmo, de modo a estabelecer um planejamento de curto, médio e longo prazo, capaz de satisfazer as suas exigências”.¹

Entendendo a universidade como “aparelho de hegemonia e, enquanto tal, locus de lutas teóricas, políticas e ideológicas entre sujeitos vinculados a diferentes projetos em disputa na sociedade e no Estado”, Paim e Pinto defendem que as “indicações e prospecções sobre a realidade do SUS representam apenas pequenos sinais para orientar o pensamento estratégico com vistas à ação política necessária à ampliação dos horizontes do possível” e “que o mercado de trabalho pode ser alterado por um conjunto de políticas públicas, não obstante reconheça que ele seja expressão de interesses do capital, bem como influenciado por ideologias dominantes”.¹

Nesse contexto de “hegemonia do modelo biomédico e profissões consolidadas como medicina, odontologia, farmácia, enfermagem e nutrição, entre outras”,¹ como viabilizar a inserção desses novos profissionais e garantir

o direito ao trabalho?

Certamente, “*não bastam apelos a uma suposta ‘solidariedade de classe’ entre sanitaristas [graduados e pós-graduados] nem a uma generosidade dos mesmos [pós-graduados] em relação aos jovens [graduados], mas sim reconhecer tratar-se de um processo político e como tal buscar alternativas e negociações*”.¹

Paim e Pinto sugerem, pelo menos, dois caminhos a serem explorados:

O primeiro procuraria defender que os bacharéis em SC entrassem na carreira pública no mesmo nível que os profissionais de outras áreas da saúde com diplomas de pós-graduação em SC ou Saúde Pública. O segundo assume como premissa fundamental que todos egressos de cursos de graduação e de pós-graduação podem exercer o mesmo tipo de atuação profissional, devendo integrar uma mesma carreira ainda que guardem especificidades em termos de formação que seriam reconhecidas mediante títulos acadêmicos específicos para fins remuneratórios e de progressão na carreira.¹

Identidade e Regulamentação Profissional

“*Na tradição jurídica brasileira, a regulamentação profissional pressupõe a criação de conselhos profissionais que passam a se constituir como uma condição para o reconhecimento de determinada profissão*” desde os anos 1950, “*quando o Estado passou a regulamentar profissões e ofícios considerados liberais*” em um “*contexto de regulação estatal sobre o exercício do trabalho*”.¹

Sociologicamente, entretanto, “*a definição de uma profissão supõe a configuração de um corpo de conhecimentos e um elenco de valores que fornecem identidade para a ação*

dos sujeitos”, recordam Paim e Pinto.

Basta considerar a historicidade das profissões estabelecidas, inclusive a emblemática medicina, para se concluir que suas identidades se reconstruíram e se redefiniram para que se tornassem o que hoje se apresentam com diferentes denominações ou rótulos.¹

Paim e Pinto ressaltam 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*” e defendem que “*a Saúde Coletiva já dispõe de acúmulo científico, histórico, conceitual, teórico, epistemológico, metodológico, técnico e operacional para sustentar um processo de profissionalização*”, embora problematizem a criação de um conselho específico.

A supervalorização dessas instâncias negligencia o fato de que o trabalho do profissional de SC é exercido, fundamentalmente, no setor público e que nesse caso pode bastar a realização de concursos públicos e a criação de carreiras para a incorporação dessa força de trabalho no SUS.

Paim e Pinto nos fazem recordar “*o fato de que os sanitaristas pós-graduados sempre atuaram na carreira sem uma regulamentação específica*”, embora “*utilizando a inscrição nos conselhos corporativos da formação graduada como Conselho Regional de Enfermagem (COREN), Conselho Regional de Medicina (CRM), Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) etc.*”¹

Essas considerações não propõem abdicar da criação de um conselho específico para a SC [- é fato que diversas categorias de profissionais de saúde já estão devidamente regulamentadas -], mas problematizar tal opção e a pertinência de concentrar energias

nessa luta, quando poderiam ser buscados caminhos mais consentâneos com a natureza do campo.¹

Não se trata, como se pode perceber, de uma *“evolução tranquila e linear, mas de um processo incerto, descontínuo, contraditório e dialético no qual os sujeitos são potencialmente capazes de incidirem sobre estruturas consolidadas”*. Paim e Pinto advertem, portanto, não *“negligenciar a própria participação do corpo discente e dos futuros egressos, como atores centrais e protagonistas na criação da carreira e no avanço do processo de profissionalização”*.¹

A participação política dos graduandos em SC no interior dos cursos, no movimento estudantil e nos últimos congressos da Abrasco só faz reforçar esta advertência. O seu papel na criação e protagonismo do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva da Abrasco e sua militância conduziram a uma reformulação do estatuto da entidade, inclusive com a mudança da sua denominação para Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Ademais, suas intervenções em coletivos e plenárias têm provocado posicionamentos positivos de entidades e instituições como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, entre outros.¹

Segundo Sampaio e Santos, que analisaram depoimentos de acadêmicos de saúde coletiva de todo o Brasil que participaram do 1º ENESC em abril de 2011:

A participação dos estudantes tem se dado de forma diversificada e pró-ativa, contemplando representação em diferentes órgãos colegiados das universidades, busca por atividades extracurriculares, inserção em projetos de pesquisa e participação em eventos. Assim, visualiza-se um movimento por conquista de espaço e legitimação institucional e social: criação de Centros Acadêmicos, participação em eventos e produção de material informativo e de divulgação distribuídos em eventos diversos.

Também foram relatados movimentos de aproximação e interação com alunos de outros cursos da área da saúde, facilitados, entre outras questões, pela existência de disciplinas comuns. (...) O fato de ser um curso novo e estar em fase de implantação e o fato de os caminhos não estarem bem desenhados é visto como uma fragilidade. Os estudantes reconhecem que nós temos que desenhar esse caminho rumo ao mercado de trabalho.⁶

Campos de Prática e de Estágio

Santana e Colaboradores acreditam que *“é de fundamental importância que, durante o período de formação e no campo das práticas, haja o permanente diálogo com os princípios e diretrizes do SUS”*, pois *“é neste momento, durante a formação, que o futuro profissional toma conhecimento do campo de atuação e das habilidades necessárias para estes fins”*, destacando, por um lado, a *“necessidade de atender às demandas tanto dos alunos quanto de professores e instituições de saúde que funcionam como cenário deste processo”* e, por outro, o otimismo que emerge das falas dos alunos da primeira turma de graduandos da UFPE:

Existem inúmeras possibilidades na área de saúde coletiva... podemos atuar no serviço público como Programas Saúde da Família, Hospitais de Grande e Pequeno Porte, Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais... até o Ministério da Saúde... há ainda a possibilidade de atuação nas Vigilâncias em Saúde... na Agência Nacional de Saúde Suplementar entre outros... o campo é muito vasto e acreditamos num futuro promissor neste caminho.³

O artigo de Bezerra e Colaboradores destaca o Sistema de Saúde Suplementar, além do SUS em seus vários níveis de complexidade, como possível campo de estágio:

Acreditamos também ser indispensável o estágio em todos os níveis da atenção, pois cada nível tem suas especificidades e desta

forma aprofundamos o conhecimento da integração dos serviços com as instâncias do sistema de saúde e vice-versa. Pontuamos a necessidade da realização do estágio na saúde suplementar devido escassez de conhecimento nessa área, o que possibilitaria compreender a articulação existente entre o sistema estatal e o sistema privado de saúde.⁹

Sá e Odeh destacam, além disso, que “*é necessário que o contato com a realidade possa somar saberes que vão além do que é preciso para a execução da prática profissional de cada campo da saúde*”:

O processo de formação nas áreas da saúde necessita de abordagens que coloquem os futuros profissionais em contato com a realidade de forma crítica, destacando em sua teoria e prática não apenas o que corresponde ao conteúdo técnico, mas é necessário que o contato com a realidade possa somar saberes que vão além do que é preciso para a execução da prática profissional de cada campo da saúde. (...) No que diz respeito à Saúde Coletiva, por ser uma graduação nova, que estabelece uma proposta de concordância com o Sistema Único de Saúde, existe a necessidade de que os futuros sanitaristas se vejam dentro dos serviços de saúde e possam entender sua atuação junto à equipe multidisciplinar, portanto essa construção deve ser feita já nos primeiros momentos de curso.¹⁰

Segundo Silva, Ventura e Ferreira, entretanto:

Ao lado dos depoimentos de coordenadores de cursos de graduação em Saúde Coletiva, avaliando como positiva a relação entre os cursos e os serviços para a realização de estágio na rede, assiste-se a discursos informais em que aqueles e outros docentes envolvidos com a formação do sanitarista tematizam as dificuldades em relação aos genericamente denominados campos de estágios.⁷

Silva, Ventura e Ferreira enumeram “*alguns problemas [operacionais] na oferta desses campos, motivados por diferentes contextos*” – a exemplo de “congestionamento dos campos práticos”; “desmotivação dos profissionais de

saúde” para assumir a função de formação; “perfil dos profissionais contratados e da própria atenção”, médico-centrado; dificuldade de participar do PRO-SAÚDE porque a “profissão ainda não está regulamentada”; “cursos noturnos” e a indisponibilidade dos alunos em frequentarem serviços de saúde que funcionam em dias úteis e em horário comercial – mas estão mais interessados em “valorizar outro desafio concernente ao sentido mesmo de prática ou de campo prático no escopo da Saúde Coletiva”.⁷

Partindo-se da noção de práxis e seguindo a tradição marxista, a concepção de campo de estágio assume desafios redobrados, posto que não se configura simplesmente como espaço para o desenvolvimento de habilidades técnicas, ênfase comum na formação de profissionais de saúde de um modo geral. (...) Pode-se dizer que a formação do enfermeiro, do médico, do cirurgião-dentista, dentre outros profissionais de saúde, prevê, necessária e talvez majoritariamente, um campo prático que proporcione o treino e manejo de procedimentos técnicos... Mas o que dizer do campo prático na formação do sanitarista, considerando o perfil delineado para o profissional? Se tomarmos a dimensão política da atuação do profissional, expressa em sua capacidade reflexiva, interdisciplinar e crítica, fica patente a dificuldade em restringir esse campo prático ao terreno das habilidades, da técnica e da aplicação de uma teoria.⁷

Em se tratando de não “*tomar os cenários práticos como espaço para o desenvolvimento de habilidades técnicas*”, em que consistiriam os chamados “campos práticos” na formação do sanitarista em nível de graduação? Como um serviço de saúde, por exemplo, seria campo de estágio para os discentes?⁷

O que o docente espera de um cenário prático para os alunos da graduação em Saúde Coletiva, quando escolhe um serviço de atenção primária ou um hospital? Levando em conta a afinidade ou mesmo imbricação

entre a Saúde Coletiva e o SUS, ao lado das dificuldades operacionais já apontadas, a escolha de campos práticos pode apresentar-se de modo dilemático: mostrar o SUS que temos ou o SUS que queremos?⁷

Carneiro⁸, tentando escapar “*de noções etnocêntricas e naturalizantes de que ser profissional de saúde significa*”, avança efetivamente “para além do sanitarismo”:

Sendo assim, ao pensarmos sobre a identidade do bacharel em Saúde Coletiva na atualidade, por que não podemos pensá-lo, por exemplo, como um cineasta ou um etno-documentarista dedicado à exploração de múltiplas acepções e concepções de saúde? Afinal, esse parece ser um dos objetivos da Saúde Coletiva, pensar a saúde como um constructo histórico e cultural, desnaturalizando-a e desconstruindo-a em sua universalidade e essencialidade.⁸

Estão, pois, corretos Mota e Santos, quando interpretam que “*o artigo [de Paim e Pinto] sugere que grande número desses profissionais que atua no SUS está enredado em um ‘sanitarismo’ que se pretende superar agora com os cursos GSC*”, dando a entender que se deseja “*realizar com a nova graduação o que não foi possível alcançar em quarenta anos de formação pós-graduada em SC*”.² De fato, segundo Paim e Pinto:

Os cursos podem optar, pois, 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*. Nesses campos de estágios os alunos devem ser estimulados a se envolver com funções de direção, planejamento, administração, gerência, supervisão, controle, auditoria, assessoria, consultoria, pesquisa e avaliação de práticas nos sistemas, serviços e unidades de saúde, dentre outras. [ou] Para além das FESP, os CGSC podem apostar em práticas de SC que incidam sobre a distribuição dos poderes técnico, administrativo e político nos serviços, instituições e setor saúde, aproximando-se de uma região de práticas distintas. Isto

significaria uma ruptura com a Saúde Pública institucionalizada e uma radicalização do processo da Reforma Sanitária Brasileira, tal como sugerem algumas reflexões contemporâneas.¹

Na opinião de Paim e Pinto, “*os impasses atuais no processo da RSB e na implementação do SUS exigem mais que investigação, trabalho teórico e metodologias de ensino-aprendizagem. Requerem a constituição e organização de sujeitos individuais e coletivos, considerando as teorias da ação disponíveis, capazes de recompor as práticas de SC como uma utopia concreta para além do sanitarismo.*”¹

Assim, 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* no sentido de superar uma consciência mágica ou ingênua e de alcançar consciência crítica que ajude a empreender um pensamento e um agir estratégico no âmbito da saúde.¹

Mota e Santos, diferentemente, entendem que o “*desenvolvimento da atitude e da aptidão crítica que o artigo em debate propõe se dá preferencialmente na ação cotidiana, proporcionada pelo diálogo que se estabelece entre os campos científico, político e técnico aos quais, necessariamente, docente e discente são expostos durante as atividades acadêmicas na GSC*”.

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 [de Saúde Pública] 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.²

Silva, Ventura e Ferreira compreendem que

“*não se trata de simplesmente encontrar um lugar ou um preceptor, mas de como esse lugar é explorado e potencializado*”.⁷

Além da presença e sensibilidade do preceptor, a captação e seleção de cenas potentes para propiciar a reflexão crítica também pode contar com metodologias ou adaptações de metodologias oriundas das ciências sociais, em especial, a observação participante... Não cabendo, nesse espaço, descrever cada uma dessas metodologias citadas, importa frisar a relevância de se recorrer, criar ou recriar metodologias que contribuam para o desenvolvimento das habilidades, que podemos denominar de não técnicas, nos cenários práticos previstos para a formação do sanitarista.⁷

Santana e Colaboradores concluem que “*o Bacharelado em Saúde Coletiva é por natureza um curso voltado para rever práticas, construir novos cenários e, acima de tudo, contribuir para a construção de um SUS humano, solidário e fraterno*”.³ Esta parece ser, também, a visão compartilhada pelos acadêmicos de saúde coletiva de todo o Brasil que participaram do 1º ENESC em abril de 2011.

O curso de Saúde Coletiva tem como proposta inovar na formação de profissionais para a área da saúde, retirando o foco da doença e direcionando para a promoção e a prevenção. (...) O SUS, depois de 20 anos ganhou um profissional de saúde capacitado para geri-lo. (...) O sanitarista tem um olhar diferente sobre o povo, levando em conta a coletividade onde está inserido. O foco é a melhoria do SUS, o fortalecimento das políticas públicas de saúde, trabalhar com a prevenção e fazer as pessoas conhecerem seus direitos...⁶

Para além do Sanitarismo?

Na opinião de Mota e Santos, dois focos se tornam evidentes nesse debate: “*a crise do sistema de saúde brasileiro*” e o “*modelo de educação em saúde*” que “*treina técnicos competentes, porém pouco comprometidos*

com as políticas públicas de saúde.”²

Paim e Pinto, partindo da Tese 3, marxiana, sobre Feuerbach, segundo a qual “*os homens são produto das circunstâncias e da educação e de que, portanto, homens modificados são produto de circunstâncias diferentes e de educação modificada, esquece que as circunstâncias são modificadas precisamente pelos homens e que o próprio educador precisa ser educado*”, propõem compreender “*a educação enquanto prática social, ou seja: processo de transformação de um objeto-agente-sujeito em sujeito-agente-produto através do trabalho humano de sujeitos-agentes, sob determinadas relações técnicas e sociais, utilizando meios de trabalho específicos*”.¹

As reflexões acima convidam repensar o processo ensino-aprendizagem, acentuando uma ênfase no *meio* (estudo como trabalho) e na *finalidade* (do aprender), em vez de privilegiar o ensino e a aprendizagem. Desse modo, outras perguntas surgem para o debate: aprender para que? Para ficar mais sábio ou sabido? Para fazer diferente ou praticar mais e melhor do mesmo? Aprender para conservar ou para mudar o mundo? Aprender a favor de que e de quem? Aprender contra que e contra quem?¹

Pode-se dizer, por fim, que Paim e Pinto estão fazendo uma aposta: que esses sujeitos atuarão na “*construção social dessa identidade em contextos de incerteza, com clareza estratégica e ação política, em parceria com outros atores sociais que lutam pela RSB e para a consolidação do SUS público, universal e de qualidade*”.¹

Carneiro faz essa mesma aposta quando sustenta “*a transdisciplinaridade como algo constitutivo do campo da Saúde Coletiva e de seu profissional, que contará (ou pode contar) com um olhar multifacetado de saúde*”.⁸

Assumindo a radicalidade da crítica, Paim e Pinto propõem que:

a Saúde Coletiva pode reorientar a sua práxis para além do sanitarismo, como resultado da radicalidade do próprio campo. (...) Superando o sanitarismo a partir da ruptura com a Saúde Pública subalterna aos centros hegemônicos, esses novos sujeitos poderão responder aos desafios da SC no século XXI.¹

Serão os jovens bacharéis em início de carreira que, demarcando suas trajetórias e delineando sua identidade na experiência de ser um sujeito-agente da Saúde Coletiva, irão “*pensar novos passos para além do sanitarismo*”? Com a palavra, os “*futuros bacharéis*”:

Nossa emergência no cenário nacional coloca em novos termos a construção da identidade do Sanitarista. (...) Mas o que nos motiva é o desejo de modificar a realidade. Nossas práticas em saúde tomam como objeto as necessidades de saúde da população e seus determinantes, além de visar à promoção da saúde a fim de obter melhor qualidade de vida e saúde. É com uma base no tripé formado pela epidemiologia, planejamento-gestão e ciências sociais e humanas em saúde que o sanitarista de graduação pretende contribuir para dar novos rumos à história da Saúde Coletiva brasileira.⁴

A formação, a carreira, a profissão, os rumos desse novo profissional estão sendo construídos por todos nós, antigos e novos sanitaristas, no presente momento. A discussão está sendo feita de forma nacional buscando-se, entretanto, compreender a peculiaridade de cada estado e/ou região.⁶

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paim, Jairnilson Silva; Pinto, Isabela Cardoso Matos. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo.

2. Mota, Eduardo Luiz Andrade; Santos,

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

3. Santana, Paulo Roberto; Martins, René Duarte; Guarda, Flávio Renato Barros; Cruz, Simara Lopes; Santana, Sandra Cristina da Silva. Bacharelado em Saúde Coletiva: Preenchendo Lacunas e Formando Competências para o SUS.

4. Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (CONESC). Quem são os novos Sanitaristas e qual seu papel?

5. Castellanos, Marcelo Eduardo Pfeiffer; Ribeiro, Guilherme Sousa; Esperidião, Monique Azevedo; Souto, Ana Cristina; Jesus, Karina Cordeiro; Silva, Cíntia Clara Guimarães; Mota, Eduardo Luiz Andrade; Pinto, Isabela Cardoso Matos. A implementação do Curso de Graduação em Saúde Coletiva do ISC da UFBA: da criação até a formatura da primeira turma.

6. Sampaio, João Roberto Cavalcante; Santos, Renan Duarte. Graduandos em saúde coletiva Brasil: perspectivas, opiniões e críticas sobre os cursos.

7. Silva, Neide Emy Kurokawa; Ventura, Miriam; Ferreira, Jaqueline. Graduação em Saúde Coletiva e o processo de construção de cenários práticos.

8. Carneiro, Rosamaria. E o que faz/pode fazer um bacharel em Saúde Coletiva? A arte de pesquisar como prática de promoção de saúde.

9. Bezerra, Aline Patrícia dos Santos; Moutinho, Alanny Ferreira; Alkmim, Dábyla

Fabriny Batista; Moraes, Indyara de Araújo. A percepção do graduando em Saúde Coletiva sobre o Estágio Supervisionado.

10. Sá, Pedro Terra Teles; Odeh, Muna Muhammad. Perfil da Saúde Coletiva na disciplina Introdução a Práticas de Saúde: Relato de Experiência.

Artigo apresentado em: 10/10/2013

Artigo aprovado em: 25/10/2013

Artigo publicado no sistema em:03/11/2013