

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Saúde Coletiva

Liliana Santos

EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA:
estudo de caso sobre a criação dos cursos de Graduação na área de Saúde
Coletiva nos cenários nacional e local

Salvador
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Saúde Coletiva

Liliana Santos

**EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA:
estudo de caso sobre a criação dos cursos de Graduação na área de Saúde
Coletiva nos cenários nacional e local**

Tese apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Pública, Área de Concentração Planificação e Gestão em Serviços de Saúde.

Orientador: Naomar Monteiro de Almeida Filho
Co-orientadora: Isabela Cardoso de Matos Pinto

Salvador
2014

Ficha Catalográfica

Elaboração: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S237e Santos, Liliana.

Educação e trabalho na Saúde Coletiva brasileira: estudo de caso sobre a criação dos cursos de graduação na área de Saúde Coletiva nos cenários nacional e local / Liliana Santos. -- Salvador: L.Santos, 2014.

201f.

Orientador: Prof. Dr. Naomar Monteiro de Almeida Filho.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Isabela Cardoso de Matos Pinto.

Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Saúde Coletiva. 2. Graduação. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Educação Superior. I. Título.

CDU 614:378



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

LILIANA SANTOS

Educação e Trabalho na Saúde Coletiva Brasileira: estudo de caso sobre a criação dos cursos de graduação na área de Saúde Coletiva nos cenários nacional local

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

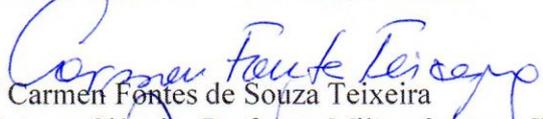
Data de defesa: 11 de junho de 2014.

Banca Examinadora:

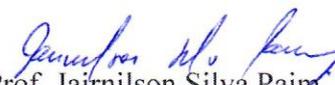

Prof. Naomar Monteiro de Almeida Filho
Universidade Federal do Sul da Bahia/UFSB


Prof.ª Isabela Cardoso de Matos Pinto
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA


Prof.ª Soraya Almeida Belisário
Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG


Prof.ª Carmen Fontes de Souza Teixeira
Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos - IHAC - UFBA


Prof. Alcindo Antonio Ferla
Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS


Prof. Jairnilson Silva Paim
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

**Salvador
2014**

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

Travessia - Fernando Teixeira de Andrade

Paisagens de gratidão

As pessoas que desenham minhas paisagens de gratidão moram no meu corpo, no meu afeto e no meu intelecto. Contribuem, acho que mesmo sem saber para minha constituição como “gente”, que pensa, sente e age...

Gente que eu tenho vontade de abraçar só de pensar, gente que me sorri com os olhos, com os braços, com o cérebro. Gente que me oferta a todo instante muito mais do que palavras. Gente que me faz acreditar que a vida vale a pena. Gente que me dá desconforto também... ah, essa gente me ajuda tanto... principalmente quando vejo nelas o que não quero ser, ou o jeito que não quero agir... é sempre bom ver no outros o que é difícil ver na gente, né!? Gente que só fica perto e é bom que esteja ali. Gente que ajuda. Gente que se preocupa. Gente que segura o piano enquanto preciso segurar a escrivinha. Ah, “tanta gente, dá susto saber”, como diria o Guimarães Rosa. Gente que precisa do SUS, gente que, como eu, aprende a ser gente a cada dia. Gente que faz pergunta, gente que se inquieta. Gente que brinca. Gente grande. Gente pequena. Gente por vir. Gente se despedindo... Gente que canta. Gente que dança. Gente que cheira a Canela, Canela Fina. Gente que embala minha dor. Gente que vibra com minha alegria. Aos que moram encima, aos que moram embaixo. Gente de perto, gente de longe. Gente que milita, gente que orbita. Gente que ama e gente que odeia. Gente que gosta e que não gosta. Ah, amo gente que ri!!!! E chora... E ri chorando e chora sorrindo! Amo gente que faz boas faxinas na alma...

Sou grata, aos meus amados Estevão e Chico, pois o mundo não seria nem mundo sem eles: à doçura inquieta de meu pequeno filhote e à ternura amorosa, escuta atenta e parceria intelectual de meu companheiro de jornada, sou grata. Também à Iertha e ao Fernando, eternamente... pois tiveram a coragem de começar uma família e sustentar de amor nossa infância. Sou grata ao Lúcio, meu irmão amado, pedaço da minha carne. E à Aliana, Tarso Enrique e Maya, por chegarem ao meu coração com tanta intensidade. Sou grata por ter primas tão especiais como a Clarissa e a Carolina, irmãs de outras barrigas. Por toda a família onde nasci, onde aprendo dia a dia as dores e as delícias da convivência, ainda que distante nos últimos anos, sou eternamente grata. Sou grata à família Toffoli Rodrigues, que me acolheu com tanta generosidade e com a qual eu aprendo, dia a dia, sobre o que é amar de verdade. Sou imensamente grata à Bahia e à minha família baiana, especialmente Molije, Taty e toda a família Lima; Silvinha, Naná, Byron e as pequenas Lila e Yasmin, que regam dia a dia minha capacidade de ser gente e me amam, cada um do seu jeito, o jeito mais precioso que alguém poderia receber amor. Sou grata também à Regina e Fabiane, que cuidam todos os dias de nossa família.

Gratidão é pouco prá dizer o que sinto por umas pessoas que vem nutrindo minha alma do mais puro amor musical... esse tempo não seria tão feliz sem o Canela Fina: Angelita, Kamile e Carla me gustan ustedes!!! Angelita, valeu pelo pomodoro e pela ideia do ensaio. Alexandre, gracias por cortar bambu tão bem!!!!

E como agradecer pela amizade, presente tão especial... sou imensamente grata por poder ser gente perto da Mari, da Odete, do Ricardo e do Alcindo, da Luiza, da Simione e da Cris, da Dedé e da Stef, da Mia e do querido Honório que nos acompanha de outra paisagem, da Tati e do Tatá, da Manoela e do Israel, do Ricardo, da Carlota, da Carol, do Marcus Vinicius, do Guga, do Ricardo e da Liginha,

da Sandrinha e do Marcelo, da Amanda e do Ráiden, da Marcele, do Silvio e da Jaciete, do Esteban e da Lorena, da Paulina e do Márcio, da Vivi e do Alécio, do João e da Grace, da Rafa e do Léo, da Yeimi e do Toni, da Ana Maria e do Paulinho, da Soni e do Andres, ...e quanto sou grata por compartilhar do brilho dos olhos dos pequenos Victor, Letícia, Antonio Bento, Andréa Mar, Júlia, Sofia, Lara, Maitê, Luiza, João Honório, Maria Roberta, Marina, Nuno, Diogo, Sayen, Cecília, Luca, Francisco, Clara, Tomás, Cauã, Caíque, Tainá, Larissa, Ana Verena, Yasmin, Virgínia e Mirele (as quatro não tão pequenas e tantos queridos estudantes/caminhantes) e todas as pessoas pequenas que nos desafiam a acordar um dia depois do outro e fazer a roda girar, corações de mel, de melão, de sim e de não...

Ah, e o que dizer então dessa gente do ISC, que se juntou no pensar e agir coletivo por um mundo melhor, me ouviu, aceitou e acolheu desde o dia em que cheguei na Bahia. Sou grata por cada olhar e gesto de Isabela, ao longo desses seis anos de convivência, com sua presença amiga, entusiasmada e confiante. Sou grata pela acolhida de Naomar, com tanta generosidade, cuidado, respeito aos caminhos que escolhi e leitura atenta de cada palavra que escrevi nesses quatro anos. Ah, Jairnilson e sua capacidade ímpar de morar dentro da gente, com rigor, poesia e sabedoria. Lígia Vieira, com um doce rigor, companheiro e amoroso. Lígia Rangel, inventando formas de se comunicar... e a doce Ana Luiza, ah, como sou grata por poder conviver com ela, seu olhar infinito e sua capacidade de questionar. Carmen é um caso desses de gratidão... professora, amiga, banca, ah, sal, pimenta e mel, desde o dia que a conheci, na reunião da SESAB. Sou grata também por ter podido conviver com Eduardo, Clarice, Cristiane, Monique, Darci, Glória, Conceição, Guilherme, Alcione, Ademário, Pedro, Ceci e Marcelo Castellanos, com quem aprendi a ser professora e aluna ao mesmo tempo... que desafio!!!

Sou grata especialmente pela existência dos estudantes de graduação em Saúde Coletiva. A todos do Brasil, mas em especial sou grata por poder compartilhar com a turma da Bahia seus aprendizados cotidianos.

E a equipe administrativa: sem palavras para agradecer à Nuncy, Ana Cardoso, Soninha, Yolanda, Inês, Kátia, Nilmaci, José Luis, Beatriz, Carla, Néa, Ana Caribé e a equipe da infra: Vilminha e seu super café nas melhores horas; Elinaldo, Lito, Augusto, Marivon e equipe; Júnior e a equipe da limpeza.

Sou grata também por poder aprender junto com a Catharina, a Jane, a Ritinha, o George, Marcelo Rocha, e os amigos do GETES: Iracema, Vinício, Davllyn, Terezinha, Solange, Cath, mais uma vez, Lucio, Thadeu... ah, que belas tardes de sexta!

Lembro com carinho de meus queridos professores de graduação que mostraram uma outra psicologia - eles certamente contribuíram e me instigaram a buscar outras formas de pensar a saúde e a produção de conhecimento. Lacette, Silvana, Dirce, Rosani e Hélio (em especial por me presentear com o livro de Boaventura na formatura - até rimou!) vocês moram dentro de mim! Sou grata também por encontrar no caminho do mestrado o clube do pensamento livre: Adriana e Myrna: aprendemos a pensar juntas, nas nossas diferenças!!!

Tanta gente, tanta gratidão... presenças e ausências contribuem para minha formação... cada olhar, cada permissão, cada negativa... essa gente que nem sabe, mas impulsiona cada movimento, no sentido de lutar cotidianamente por um mundo melhor, sou grata por tudo isso!!!

RESUMO

Este estudo trata dos Cursos de Graduação na área da Saúde Coletiva (CGSC) e sua contribuição para o enfrentamento dos desafios apontados pelo trabalho na Saúde. Trata-se de um estudo de caso, composto pelos olhares dos cenários nacional e local. Analisa a conjuntura de surgimento dos CGSC no cenário nacional, bem como suas contribuições ao desenvolvimento do trabalho em saúde num contexto local. Como objetivos específicos, identifica os atores, cenários e acontecimentos que desencadearam a criação dos CGSC no Brasil; descreve o desenho curricular e o cotidiano de um CGSC; analisa aproximações e afastamentos entre o currículo do curso descrito e o trabalho no espaço da Saúde Coletiva, em especial no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS) local. As técnicas utilizadas foram análise documental, diário de campo, entrevista semi-estruturada e grupo focal. A análise do material foi realizada partindo dos referenciais da análise de conjuntura e da formação orientada pela memória de inovação. Os resultados apontam para a análise de que a formação graduada em Saúde Coletiva poderá contribuir para o enfrentamento dos desafios apontados pelo trabalho na Saúde Coletiva Brasileira na medida em que estabelecer diálogos efetivos e movimentos articulados entre a universidade e o âmbito das práticas na Saúde Coletiva, seja junto ao Sistema Único de Saúde e outras políticas sociais, bem como nos demais espaços, como os movimentos populares, produzindo conhecimento de forma coordenada e conectada às inovações produzidas no cotidiano.

Palavras-chave: Educação Superior; Graduação; Sistema Único de Saúde (SUS); Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The current study refers to the Undergraduate Courses on Collective Health Care (CGSC – Portuguese acronym) and their contribution to face the challenges that the Brazilian Health work is pointing out. It is a research study configured by the looks of the national and local scenarios. It analyzes the national context that gave birth to the CGSC, as well as its contributions to the development of Collective Health Care actions within a local context. Based on its specific goals, it identifies players, scenarios and events that initiated the CGSC in Brazil; it describes the curricular structure of courses and the CGSC's day-to-day life; it analyzes situations where the outlined curriculum structure and the work on collective health care come close one another and move away from each other, particularly considering the local daily situations within the Brazilian Unified Health System (SUS). The study was carried out by means of documentary analysis, field diary, semi-structured interviews and focus group. The fundamental process framework to analyze the research material was based on the situation analysis and the training of memory-driven innovation. The outcome signals out that the Undergraduate Courses on Collective Health Care may contribute to addressing the challenges faced by the Brazilian Collective Health Care work, insofar as establishing effective dialogue and articulated movements between the university and the scope of practice in Public Health, considering the Unified Health System and other social policies, as well as in other areas, like the popular movements, producing knowledge in a coordinated and connected manner to the innovations produced in everyday life.

Keywords: Higher Education; Undergraduate Studies; Brazilian Unified Health System (SUS); Collective Health Care; Public Health.

LISTA DE SIGLAS

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica
ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ASCES - Faculdades ASCES (Caruaru, Pernambuco)
BIS - Bacharelado Interdisciplinar em Saúde
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CGSC - Cursos de Graduação na área de Saúde Coletiva
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONESC - Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva
DENEM - Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
DSL - Distrito Sanitário da Liberdade
ENESC - Encontro Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESP/RS - Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul
FGSC - Fórum de Graduação em Saúde Coletiva
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FSP - Faculdade de Saúde Pública
GRAB/ISC - Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica
GSC - Graduação em Saúde Coletiva
IDA - Integração Docente Assistencial
ISC - Instituto de Saúde Coletiva
LILACS - Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC - Ministério da Educação (Brasil)
MedLine - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
ONGs - Organizações Não Governamentais

OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PROAHSA - Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde
REUNI - Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SC - Saúde Coletiva
SciELO - Scientific Electronic Library Online
SESAB - Secretaria de Estado de Saúde da Bahia
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UEA - Universidade do Estado
UERGS - Universidade do Estado
UERJ - Universidade do Estado
UFAC - Universidade Federal do Acre
UFBA - Universidade Federal da Bahia
UFMT - Universidade Federal do Mato Grosso
UFPE - Universidade Federal de Pernambuco
UFPR - Universidade Federal do Paraná
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFRR - Universidade Federal de Roraima
UFU - Universidade Federal de Uberlândia
UNB - Universidade de Brasília
UNI - Programa Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde
UNIFESSPA - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
UNILA - Universidade da Integração Latinoamericana
UPE - Universidade de Pernambuco (Estadual)
USP - Universidade de São Paulo
VER-SUS - Vivências e Estágios na Realidade do SUS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Países, instituições e cursos de graduação na área de Saúde Pública.....	p. 22
Quadro 2 - Atitude e aptidão crítica.....	p. 41
Quadro 3 - Cursos de Saúde Coletiva registrados no MEC em 2014.....	p. 104
Quadro 4 - Cotejo entre projetos e vivência do Curso de Graduação em Saúde Coletiva do ISC.....	p. 158
Figura 1 - A carreira escolar na França e o sistema de suas determinações.....	p. 49
Figura 2 - O processo de ensino.....	p. 55
Figura 3 - Formação com memória da inovação.....	p. 56
Figura 4 - Mapa conceitual para a análise da formação e produção de conhecimento na Universidade.....	p. 73
Figura 5 - Linha do tempo da criação da graduação na área de Saúde Coletiva no Brasil.....	p. 103
Figura 6 - Desenho de curso discutido no momento da reformulação do Mestrado em Saúde Comunitária da UFBA, 1978-1979.....	p. 135
Figura 7 - Desenho possível para o curso de graduação em Saúde Coletiva na perspectiva do planejamento estratégico. UFBA, 1994-1995.....	p. 136

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
LISTA DE SIGLAS	10
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	12
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 O QUE DIZ A LITERATURA?	20
2 A INSTITUIÇÃO UNIVERSITÁRIA: HISTÓRICO E CRISES	31
3 A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE COLETIVA: SUJEITOS E DESENHOS	38
3.1 O MUNDO CONTEMPORÂNEO E A SAÚDE COLETIVA: QUEM PROTAGONIZA?	38
3.2 A UNIVERSIDADE E O MUNDO DO TRABALHO: CONGRUÊNCIAS E INCONGRUÊNCIAS	44
3.3 O TRABALHO EM SAÚDE COLETIVA E A FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA: HÁ ESPAÇO PARA A INVENÇÃO?	52
4 METODOLOGIA	62
4.1 PLANOS DE MIRADA: PAISAGENS E SUJEITOS	64
4.1.1 Um olhar sobre o cenário nacional	65
4.1.2 Um olhar sobre o cenário local	67
4.2 PLANOS DE ANÁLISE	69
4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	74
5 CABE UMA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA?	76
5.1 CENÁRIOS, ATORES E ACONTECIMENTOS	94
5.2 TEMOS CURSOS DE GRADUAÇÃO: UMA NOVA CONJUNTURA?	104
5.3 A GRADUAÇÃO E O ESPAÇO DA SAÚDE COLETIVA	119
6 DA UTOPIA À CONCRETUDE: O CURSO DO ISC DA UFBA	132
6.1 DESENHO INICIAL, TRAMITAÇÃO BUROCRÁTICA E DESENHO ATUAL	133
6.2 A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS	142
6.3 SÍNTESES POSSÍVEIS: SABERES E FAZERES DA SAÚDE COLETIVA NO CGSC DO ISC	157
7 DIÁLOGOS EM ABERTO: O QUE PODE UMA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA?	167
8 REFERÊNCIAS	178
ANEXOS	185
Anexo 1: MAPA ESTRATÉGICO DO ESTUDO	186
Anexo 2: PARTICIPANTES	190
Anexo 3: ROTEIROS DAS ENTREVISTAS	200
Anexo 4: ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS	201

1 INTRODUÇÃO

Este estudo surgiu de uma necessidade de reflexão sobre meu cotidiano como professora substituta do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Em meio a atividades acadêmicas, estudos teóricos e imersão nas Práticas Integradas em Saúde Coletiva junto aos estudantes, inquietava-me com o novo desenho de formação graduada que estava sendo construído no cotidiano do curso. Da mesma forma, me inquietava com a história do curso, com os sonhos de quem vislumbrou essa realidade e com a imensa responsabilidade de produzir uma contribuição coerente do ponto de vista da ciência, das ofertas ao sistema de Saúde, das necessidades de saúde da população e dos desejos dos estudantes.

Logo se aproximou a possibilidade de seleção para o doutorado e o desejo de refletir sistematicamente sobre minha experiência tornou-se viável. Durante a trajetória, dois grupos foram fundamentais para que eu pudesse me aproximar de possíveis objetos de estudo e caminhos para a investigação: o Grupo de Estudos Trabalho e Educação na Saúde, coordenado pela professora Isabela Cardoso de Matos Pinto, e o Grupo de Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, coordenado pelo professor Naomar Monteiro de Almeida Filho. Nos encontros semanais com os dois grupos, pude, dialeticamente, ir desenhando reflexões e trocando conhecimentos, o que definiu, por fim, a temática da formação de profissionais de Saúde como grande área de estudo e, especificamente, a formação graduada em Saúde Coletiva como foco central do projeto de pesquisa que estava nascendo.

O estudo aqui apresentado é, portanto, fruto desses debates, inquietações e trocas, não pretendendo ser algo revolucionário, mas uma contribuição a um debate que me é tão caro: a formação de sujeitos epistêmicos, como nos ensina Mario Testa (1997).

O tema da formação dos profissionais ganhou relevância no campo de Saúde durante a trajetória do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (PAIN, 2008), quando as reivindicações pela democratização da saúde somaram-se à luta contra a ditadura militar instaurada no Brasil. Discutiam-se, entre outros temas, a insuficiência da formação tradicional dos profissionais de Saúde diante da invenção de novos modelos de atenção à saúde e de um sistema nacional com diretrizes únicas, a participação dos cidadãos e a atenção integral à saúde de toda a população.

De acordo com Paim (2006), desde o início do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, esforços vêm sendo empreendidos no sentido de qualificar e valorizar os profissionais que atuam na área de Saúde nos níveis de aperfeiçoamento, especialização e pós-graduação senso estrito.

Diretrizes que vêm sendo forjadas historicamente tomaram corpo nos cenários da formação dos profissionais de Saúde e passaram a orientar, de forma mais objetiva, um conjunto de ações pautadas pela busca do equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, em conjunto com a ideia de integração curricular e metodologias ativas de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento. Da mesma forma, as parcerias entre as universidades, os serviços e grupos comunitários, definidas como forma de garantir o planejamento do processo de ensino-aprendizagem centrado em problemas sanitários prevalentes, também vêm sendo incentivadas (FEUERWERKER; SENA, 1999).

Decorrente de um *continuum* de ações e articulações, a questão da gestão do trabalho e da formação dos profissionais de Saúde foi assumida pelo Ministério da Saúde como objeto de atenção prioritária em 2003, por meio da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). As discussões sobre a necessidade de reorientação da formação e oferta de profissionais para o SUS tornaram-se, assim, pontos importantes da agenda governamental da Saúde. Problemas como orientação pedagógica tradicional,

currículos organizados por meio de disciplinas fragmentadas, ausência de uma efetiva integração entre teoria e prática, centralização das atividades práticas em hospitais e orientação à especialização e ao mercado passaram a ser tomadas como desafios a serem enfrentados pela construção das políticas sobre a formação dos profissionais de Saúde, numa articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação (JAEGER; CECCIM; MACHADO, 2004).

Mais recentemente, no âmbito do ensino superior, políticas como o Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) demonstram o interesse e o investimento públicos na ampliação da oferta e da qualidade do ensino superior. Em decorrência de um debate histórico e no contexto dessas oportunidades, a partir de 2008, começaram a ser oferecidos, em um conjunto de universidades federais em todo o Brasil, os cursos de graduação na área de Saúde Coletiva (CGSC).

Especificamente sobre a formação de sanitaristas, é importante destacar que a presença desses profissionais é antiga no cenário da saúde brasileira. Desde a década de 1920, e com distintas formações e funções, os sanitaristas vêm se configurando e legitimando como elementos importantes tanto nas ações de promoção de saúde quanto na organização e gestão de sistemas e serviços. Ponte, Lima e Kropf (2010) relatam o surgimento do sanitarismo brasileiro, desde as campanhas do início do século XX, destacando seu caráter intervencionista, fundamentado no sanitarismo norte-americano e no ideário preventivista que circundava o surgimento dessa ocupação. Na mesma época, surgiram os primeiros processos educativos formais, um deles dedicado a médicos (LABRA, 1985).

De forma mais estruturada, a formação de sanitaristas data da década de 1970, tendo como referência de formato os cursos de pós-graduação *lato sensu*. Como instituições formadoras destacadas desde então, tem-se a Universidade de São Paulo (USP), com seu Curso Curto de Saúde Pública (SILVA, 2006), e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) e seus cursos descentralizados, utilizando como exemplo os cursos desenvolvidos em parceria com a Escola de

Saúde Pública do Estado do *Rio Grande do Sul (ESP/RS)* (SANTOS et al., 2004; ARMANI, 2007). Os cursos curtos inauguraram a expansão da formação de sanitaristas e,

[...] com os cursos descentralizados, teve início uma importante experiência que trouxe impactos para a área da saúde em todo o país, contribuindo de forma significativa, tanto para a expansão da especialização em saúde pública como para a consolidação da carreira de sanitarista. Os cursos tinham como objetivo acelerar a capacitação profissional e formar uma massa crítica na área de recursos humanos que possibilitasse a expansão da rede permanente de serviços. Este projeto foi viabilizado a partir de reuniões com o corpo docente da Escola e através de contatos com representantes de secretarias de saúde estaduais. O acordo inicial para dar início ao projeto resultou em uma parceria efetiva no decorrer dos anos seguintes (SANTOS et al., 2004, p. 89).

É interessante destacar, ainda, que data da década de 1980 o Projeto Larga Escala, que tinha como objetivo oferecer formação em massa aos profissionais de Saúde de nível técnico (COSTA, 2006).

Como visto, a preparação de profissionais *sanitaristas* ou *salubristas* ocorreu historicamente nos estudos do ensino médio ou da pós-graduação, até então as únicas maneiras de se obter qualificação para esse exercício profissional. Na época, a oferta dessa formação em nível de graduação já era uma necessidade anunciada, o que foi confirmado pela análise da literatura científica realizada para o presente estudo, que revelou uma baixa produção científica sobre o assunto.

No percurso de construção do objeto deste estudo, surgiram várias inquietações, desde o estranhamento sobre a integração entre o cotidiano do curso e os desafios apontados pelo trabalho junto ao SUS, passando pela curiosidade em

conhecer as respostas que a Universidade Brasileira vem dando diante dos desafios do mundo contemporâneo e suas implicações no trabalho na área de Saúde.

A investigação buscou responder à questão inicial relacionada com a possibilidade de a criação dos CGSCs no contexto brasileiro ser considerada uma contribuição para o enfrentamento dos desafios apontados pelo trabalho na Saúde Coletiva Brasileira. Tomando como ponto de partida a proposta da análise de conjuntura (SOUZA, 2005), investigou-se a conjuntura de surgimento dos CGSCs no cenário nacional, bem como suas contribuições para o desenvolvimento do trabalho em Saúde Coletiva num contexto local.

Da vivência, durante dois anos, como docente do CGSC do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, surgiram curiosidades pertinentes ao processo orgânico do curso: como o currículo (significados, sentidos e atos) se comunica com o sistema local de Saúde? O que é considerado conhecimento válido para a organização das ações educativas? São propostas vivências no sentido de aproximar os estudantes do cotidiano do SUS local? Como estudantes e docentes percebem e se inserem no cotidiano do curso e qual a relação estabelecida entre seus projetos de vida e a vivência desse curso?

Surgiram, assim, os objetivos específicos do estudo: identificar os atores, cenários e acontecimentos que desencadearam a criação dos CGSCs no Brasil; descrever o desenho curricular e o cotidiano de um CGSC; analisar aproximações e afastamentos entre o currículo do curso descrito e o trabalho no espaço de Saúde Coletiva,¹ em especial no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS) local; analisar as perspectivas e sentidos relativos à criação e ao cotidiano dos CGSCs atribuídos pelos sujeitos envolvidos nos contextos nacional e local.

¹ Faço aqui a opção por tratar a Saúde Coletiva Brasileira como um espaço social direcionado aos problemas de saúde no nível populacional, e não ao campo ou à área inspirada nas discussões propostas por Vieira-da-Silva e Pinell, em seus estudos sobre a gênese da Saúde Coletiva Brasileira na perspectiva *bourdiesiana*. Em recente publicação, definem que, para a consolidação de um campo, é necessário que haja a definição clara de uma identidade, uma autonomia relativa em relação aos demais campos e a formação de um *habitus* próprio. O estudo da Gênese da Saúde Coletiva Brasileira não ofereceu elementos para afirmá-la como um campo, daí a definição, mais segura, de espaço social (VIEIRA-DA-SILVA; PINELL, 2014).

A reflexão central do estudo volta-se para aproximações e afastamentos entre a ciência, o trabalho e as necessidades de saúde produzidos nos espaços da educação universitária, o que B. S. Santos (2010, p. 17) tratou como *relação fantasmal entre teoria e prática*. Talvez a formação graduada na área de Saúde Coletiva possa contribuir para o enfrentamento dos desafios apontados pelo trabalho na Saúde Coletiva Brasileira, na medida em que estabeleça diálogos efetivos e movimentos articulados entre a Universidade e o âmbito das práticas em Saúde Coletiva, seja junto ao Sistema Único de Saúde e outras políticas sociais, seja nos demais espaços, como os movimentos populares, produzindo conhecimento de forma coordenada e conectada às inovações elaboradas no cotidiano.

A imersão nas reflexões a respeito da formação universitária no campo de Saúde e, especialmente, no espaço de Saúde Coletiva, instigou-me a refletir sobre a complexidade desse processo, lançando mão de distintos arcabouços teórico-metodológicos e, principalmente, tentando compreender imbricamentos nem sempre claros. Dessa forma, busquei estabelecer uma compreensão da temática na perspectiva da pesquisa-ação, com debates e ações no sentido de problematizar a realidade, aguçando a apropriação crítica e a transformação cotidiana dessa experiência educativa em suas relações com o Sistema Único de Saúde.

O texto final foi organizado na expectativa de responder às principais questões levantadas durante o estudo, tratando dos cenários nacional e local e problematizando os contextos de criação e inauguração dos GCSCs no Brasil. Os aspectos teóricos foram organizados a partir de uma leitura crítica sobre a Universidade, suas raízes históricas e desafios na contemporaneidade. Assim, elaboro uma reflexão acerca do protagonismo em Saúde Coletiva diante dos desafios do mundo contemporâneo. Segue-se o debate sobre as relações da Universidade com o mundo do trabalho, problematizando os hiatos percebidos. Os desenhos acadêmicos e as tradições inventadas no cotidiano são questionados no último tópico teórico, em que indago a existência de espaços para a invenção no cotidiano da formação em Saúde Coletiva. A condução da pesquisa está descrita no

quarto capítulo, onde explicito a escolha dos *planos de mirada* e do referencial analítico que contribuíram para a orientação da travessia investigativa.

Em seguida, apresento a análise da conjuntura de criação dos CGSCs no cenário nacional, indagando atores, cenários, acontecimentos e tensões presentes nos debates realizados. Dirijo, então, o olhar para o cenário local, aguçando a percepção sobre o CGSC do ISC. Busquei, nessa etapa, conhecer sua memória, ouvir participantes, resgatar minhas memórias e sistematizar as relações entre a *utopia* e a realidade do curso, tarefa encantadoramente difícil, visto que me implico nesse cotidiano.

Por fim, deixo os diálogos em aberto, na expectativa de que as informações e reflexões aqui documentadas sejam pontos de partida ou apoio para outras jornadas. A travessia citada na epígrafe passa a ser, ao mesmo tempo, uma prática científica e um convite aos sujeitos envolvidos, no sentido da problematização e transformação coletiva dos modos de pensar e agir em relação à formação dos profissionais e à Saúde Coletiva: *é o tempo da travessia e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.*

1.1 O QUE DIZ A LITERATURA?

Com o objetivo de verificar a existência de experiências concretas de inovação e reformulação na formação superior dos profissionais de Saúde Pública/Coletiva, realizei uma revisão sistemática da literatura que aborda a formação de profissionais de Saúde na perspectiva das transformações, correlações com os sistemas de Saúde e, até, criação de novas formações na área de Saúde Coletiva/Pública, tentando responder ao conjunto de questões que se seguem: o que diz a literatura científica sobre a formação de profissionais de Saúde? A experiência de formação de sanitaristas em nível de graduação já ocorreu em outros países? Identificam-se experiências bem sucedidas no âmbito da formação de profissionais de Saúde?

A estratégia de busca constou das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (LILACS, *MedLine* e *Scielo*) e *Web of Science*. Para a base de dados *Web of Science*, foram usadas como palavras de busca os seguintes descritores: educação em saúde pública (*public health education*), estudos de graduação (*undergraduate studies*), formação de recursos humanos (*human resources formation*) e formação de profissionais de saúde (*health professionals formation*). Os refinamentos variaram de acordo com os tipos de estudo e temáticas que foram localizados, com liberdade para a seleção de trabalhos mais relevantes. A pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde se deu a partir da análise de descritores, seguindo o caminho: saúde pública - recursos humanos em saúde - pessoal de saúde - educação.

O período de publicação ficou em aberto, em função da necessidade de mapear o início da produção científica relativa ao tema em questão. Para a inclusão de estudos, foram utilizados os seguintes critérios: abordar a formação em nível superior de profissionais de saúde, conter informações sobre a experiência dos cursos ou seus impactos no sistema de Saúde, inovações na formação, podendo os quesitos ser cumulativos. Foram excluídas as duplicidades e os artigos sem resumo.

Para a compilação inicial dos dados obtidos, foi elaborada uma matriz contendo autor, ano da publicação, nome do periódico, pergunta de investigação e objetivos, metodologia, resultados e conclusões do estudo, além de uma coluna analisando correlações entre o estudo localizado e o presente estudo.

Optei pela realização de uma revisão sistemática por considerar que esse tipo de estudo é um recurso importante diante do volume e da diversidade da produção científica contemporânea, contribuindo para a elaboração de sínteses e orientação de estudos subsequentes sobre as temáticas em questão (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

No cenário mundial, a produção científica aponta para a discussão das distorções na formação dos profissionais de Saúde, tendo em vista, de um lado, a

adequação aos serviços de Saúde e, de outro, a inovação metodológica, valorizando o protagonismo discente (RUIS; GOLDEN, 2008; ORME et al., 2009; LI et al., 2011; RIEGELMAN; ALBERTINE, 2011). No entanto, existem poucas experiências de formação de sanitaristas ou correlatos em nível de graduação, como menciona Ceccim (2007, p. 14): uma “formação universitária básica em saúde coletiva” já vem sendo experimentada em países como o México e a Espanha. Em uma busca assistemática, associando dados de alguns artigos com a pesquisa em bases de dados selecionadas, foi possível elaborar o Quadro 1, que registra algumas experiências em outros países.

PAÍS / INSTITUIÇÃO	CURSO
Alemanha Hochschule Fulda	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Alemanha Hochschule Magdeburg-Stendal	Bacharelado em Promoção e Gestão em Saúde
Alemanha Münster University of Applied Sciences	Bacharelado em Ciências em Terapia e Gestão da Saúde Pública
Alemanha Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd	Bacharelado em Artes em Promoção da Saúde
Alemanha Universität Bielefeld	Bacharelado em Comunicação em Saúde
Alemanha Universität Bremen	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Áustria IMC Fachhochschule Krems	Bacharelado em Administração de Empresas para o Setor Público de Saúde
Canadá Brock University	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública

Colômbia Universidad Antioquia	Administração em Saúde: Gestão em Serviços de Saúde Administração em Saúde: Gestão Sanitária e Ambiental Gerência de Sistemas de Informação em Saúde
Estados Unidos Drexel University	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Estados Unidos East Tennessee State University	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Estados Unidos George Washington University	Bacharelado em Saúde Pública
Estados Unidos Johns Hopkins University	Bacharelado em Artes em Estudos de Saúde Pública
Estados Unidos Monroe College	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Estados Unidos Shenandoah University	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Estados Unidos Tulane University	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Estados Unidos University at Albany e New York State Dept. of Health	Estudos interdisciplinares com concentração em Saúde Pública
Estados Unidos University of Massachusetts Amherst	Bacharelado em Ciências com grau em Ciências e Saúde Pública
Gâmbia University of The Gambia	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Holanda Maastricht University	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública Europeia
Holanda	Bacharelado em Administração de Empresas

Windesheim University of Applied Sciences	em Saúde Pública
Hungria Debreceni Egyetem	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Irlanda University College Cork	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
México Universidad Autónoma de Aguascalientes	Licenciatura em Saúde Pública
Quênia Kenyatta University	Bacharelado em Ciências em Saúde Ambiental Bacharelado em Ciências em Registros de Saúde e Gestão de Informação Bacharelado em Ciências em Saúde da População Bacharelado em Ciências em Gestão de Serviços de Saúde
Reino Unido Anglia Ruskin University	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Reino Unido Birmingham City University	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Reino Unido Canterbury Christ Church University	Bacharelado em Promoção da Saúde Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Reino Unido Edge Hill University	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Reino Unido Middlesex University London	Bacharelado em Ciências em Meio Ambiente e Saúde Pública
Reino Unido University of East London	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Reino Unido	Bacharelado em Ciências em Saúde

University of Greenwich	Pública
Reino Unido University of Sunderland	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Reino Unido University of West London	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Reino Unido University of Wolverhampton	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública
Uganda International Health Sciences University	Bacharelado em Ciências em Saúde Pública

Quadro 1 - Países, instituições e cursos de graduação na área de Saúde Pública
Fonte: Elaboração da autora (busca assistemática, inconclusa).

O breve levantamento apresentado revela uma quantidade significativa de cursos na modalidade bacharelado, o que mereceria uma análise mais profunda em relação à oferta de cursos e suas relações com o mundo do trabalho, tendo em vista a discrepância entre os sistemas educacionais nos distintos países. Vale ainda cotejar o número significativo de cursos localizados em uma busca assistemática com o número relativamente baixo de publicações científicas relacionadas com o tema, o que seria foco de um estudo mais detalhado. Segue-se a análise da produção científica localizada.

Um projeto abrangendo todo o território inglês, intitulado Teaching Public Health Networks in England, buscou aproximação entre o ensino de profissionais e a saúde pública e teve como objetivos catalisar o trabalho de colaboração entre os profissionais de saúde pública e de educação complementar e superior. A experiência em questão possibilitou inovação na educação em saúde pública e na formação, incluindo o compromisso com os profissionais que não haviam tido em sua formação contato com a saúde pública (ORME et al., 2009).

Em relação aos Estados Unidos, Ruis e Golden (2008) abordaram, em um trabalho de natureza descritiva, a questão do abismo entre o ensino de Medicina e a

Saúde Pública, apresentando algumas experiências de aproximação e inserção mais consistente dos conteúdos de Saúde Pública nos cursos de Medicina; e Riegelman e Albertine (2011) destacaram a importância do ensino de Saúde Pública como atividade pertinente aos ciclos de todas as formações, defendendo a ideia de *educação para a cidadania*.

Uma análise das implicações da reforma no setor de Saúde para a formação de profissionais chineses destacou que, para a mudança almejada nesse setor, valorizando as ações de atenção primária, seria necessário o desenvolvimento de práticas integradas, tanto no aspecto clínico quanto no institucional, aproximando ensino e serviço (LI et al., 2011).

Na América Latina, as experiências de Integração Docente Assistencial (IDA), desenvolvidas na década de 1980, buscaram a integração entre universidades, serviços de Saúde e comunidades, inseridas em discussões mais amplas envolvendo a integração docente-assistencial e as propostas de mudanças na formação dos profissionais da área de Saúde. Já o Programa Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde (UNI) foi lançado no Brasil em 1991, pela Fundação W. K. Kellogg, decorrente da avaliação crítica das experiências de Integração Docente Assistencial (FEUERWERKER, 2002).

Um estudo que analisou as mudanças ocorridas nos sistemas de Saúde latino-americanos, atentou para a necessidade de serem buscados novos formatos educacionais, tendo em vista as profundas modificações em curso nos sistemas de Saúde, tanto do ponto de vista da gestão, quanto da produção do cuidado, destacando que, além da revisão de currículos existentes, seria necessária a criação de novos modelos educacionais. No entanto, no decorrer do texto, não se apresenta uma proposta clara de formação, o que demonstra o pouco acúmulo na área da formação, dando indícios de que a experiência de formulação de um curso de graduação na área não é comum a todos os países. Ainda com o objetivo de investigar as características de programas de educação de Saúde Pública e sua relação com as necessidades dos sistemas nacionais de Saúde, esse estudo

destacou que os programas de pós-graduação em Saúde Pública têm se multiplicado nos últimos anos e continuaram a adaptar-se às tendências que surgiram no âmbito científico e que precisariam se adaptar ao desenho de serviços de Saúde oferecidos nos países analisados. Além disso, há poucos programas de formação em nível de bacharelado, entre os quais dois se destacam: o da Universidade Autônoma de Aguascalientes (México), com um programa de graduação em Saúde Pública, e o da Universidade de Antioquia (Colômbia), com cinco cursos de graduação na área, concentrados em administração e gestão em saúde (MAGAÑA-VALLADARES et al., 2009).

No contexto brasileiro, um trabalho sistematizou um conjunto de discussões travadas no âmbito da formação de profissionais de saúde, decorrentes das ações de integração entre Universidade, comunidade e integração docente-assistencial, promovidas pelos projetos UNI e IDA, que culminaram com a criação da Rede Unida — uma rede que integra Universidade, sistema de Saúde e comunidade, com o intuito de alicerçar, de forma contínua, os debates e as ações de mudança na formação, articuladas com as mudanças no sistema de Saúde na década de 1990. Os autores destacaram como horizonte dos movimentos de mudança o deslocamento dos eixos de formação

[...] da assistência individual prestada em unidades hospitalares para um processo de formação mais contextualizado, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do processo saúde/doença da população. Isto implica estimular uma atuação interdisciplinar, multiprofissional, que respeite os princípios do controle social e do SUS e que atue com responsabilidade integral sobre a população num determinado território (CAMPOS et al., 2001, p. 54).

Como parte do processo da Reforma Sanitária, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, demarcaram uma concepção ampliada de saúde, calcada na ideia

do direito à saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Desde o início desse movimento, esforços vêm sendo empreendidos no sentido de qualificar e valorizar os profissionais que atuam na área de Saúde nos níveis técnico, de aperfeiçoamento, especialização e pós-graduação senso estrito, além de promover discussões mais amplas sobre a formação de profissionais.

Apesar do tempo decorrido, a consolidação do SUS apresenta grandes desafios, em vista de importantes lacunas no que tange ao financiamento, à relação público-privado, às capacidades gestoras, aos processos de descentralização e regionalização, aos modelos de atenção à saúde, à efetivação do controle social, à baixa regulação no acesso a insumos e à assistência farmacêutica, à defasagem tecnológica e, especialmente interessante para esta reflexão, às distorções na formação, precarização do trabalho e má distribuição de profissionais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Tais desafios se configuram no cotidiano do trabalho e repercutem diretamente na qualidade da atenção e em ofertas de cuidado junto à população. De acordo com Ceccim (2002, p. 18-19),

[...] uma Reforma Sanitária com estes valores requer o desenvolvimento do aprendizado e da prática multiprofissional, a diversificação dos cenários de aprendizado e prática e a incorporação da causalidade social na explicação do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida. A Reforma Sanitária, desde sua constituição jurídico-institucional, vem propondo profundas alterações na formulação e implementação das políticas de saúde, entretanto, o mesmo não tem sido observado quanto às políticas educacionais de interesse para o setor. Apesar de não restar dúvida de que um profundo processo de reformas não pode se fazer sem profundas alterações na preparação técnico-política e ética do pessoal que irá atuar e preencher os cargos de comando no setor reformado, o que se observou no Brasil foi o investimento recente em processos de formação posterior à graduação ou à inserção nos postos de trabalho

do Sistema de Saúde. O próprio sistema de saúde não institucionalizou qualquer forma de interação permanente com os órgãos formadores com reflexo no ensino de graduação.

Com o objetivo de apresentar a visão dos coordenadores dos CGSCs sobre o processo de sua criação e implantação no Brasil, com destaque para seus elementos contextuais e processuais, realizou-se um estudo de natureza descritiva e exploratória, cujos resultados sistematizam os principais encontros em que a criação dos CGSCs foi debatida:

Muitos foram os movimentos realizados visando a impulsionar a discussão da Graduação em Saúde Coletiva (GSC). O Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), criado nos anos 1990, representou um lócus de pensamento e discussão acerca do tema. Registra-se também a realização de duas oficinas, uma em 2002, em Salvador, e outra em 2003, em Brasília, promovidas pelo ISC/UFBA, em parceria com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde (MS) e outras universidades, para a discussão da pertinência e viabilidade da criação de um CGSC. As discussões se intensificaram, ainda que sem encontrar condições objetivas propícias para se desdobrar na abertura de tais cursos. Em 2008, identificando no Reuni uma oportunidade, o ISC/UFBA promove um seminário sobre os CGSC, contando com a participação de diversas universidades e, em 2009, são abertos vários cursos em universidades federais do país (BELISÁRIO et al., 2013, p. 1626).

Além desse estudo, publicado em 2013, a revista *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, editada pela Universidade de Brasília (UnB), dedicou um número especial à formação profissional em Saúde Coletiva, apresentando uma série de estudos sobre os primeiros passos dos cursos de graduação na área de Saúde Coletiva no cenário brasileiro. Alguns textos debatem a questão da inserção do profissional graduado

em Saúde Coletiva no mercado de trabalho, abordando expectativas, tensões e implicações relacionadas com esse movimento. Também merece destaque a edição especial da revista *Ciência e Saúde Coletiva*, editada também em 2013 e dedicada à Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Na área da formação profissional em Saúde são registrados seis artigos, quatro deles dedicados à formação em Saúde Coletiva, incluindo uma reflexão sobre o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

2 A INSTITUIÇÃO UNIVERSITÁRIA: HISTÓRICO E CRISES

As ações de saúde são realizadas por sujeitos individuais ou coletivos, inseridos em processos sócio-históricos nos quais são determinados e, ao mesmo tempo, determinantes. Na concretude dessas ações, materializam-se necessidades e poderes que são cotidianamente disputados por atores sociais, sejam eles gestores, profissionais, usuários, docentes ou estudantes da área de Saúde ou, ainda, representantes de interesses políticos e do mercado, de forma ampla. A fim de entender-se a instituição universitária, que desenvolve um papel central na formação de profissionais da área de Saúde, será traçado um breve histórico, apontando suas origens, constituição e limites.

A Universidade, enquanto instituição de ensino formalmente organizada, está presente na história da humanidade desde a Idade Média. De acordo com Rossato (1998), as primeiras universidades identificadas são as de Bolonha, na Itália, fundada em 1088, e a de Paris, na França, em 1125. Nascidas como corporações que reuniam mestres e aprendizes, eram reconhecidas pela oferta de ciclos básicos denominados *trivium* (gramática, retórica e dialética) e *quadrivium* (aritmética, geometria, astronomia e música) e, a princípio, um único ensino especializado: o da Teologia (ALMEIDA FILHO, 2007). À época, o ensino superior era controlado pela Igreja Católica, com claros objetivos de “preservar a unidade e a fé católica” (ROSSATO, 1998, p. 17). Criara-se, portanto, o espaço legitimado socialmente para a *formação do homem e a educação do espírito*, protegendo-se e perpetuando-se a ordem social vigente.

Considerada o espaço privilegiado para a produção do pensamento e a busca da verdade, a Universidade constituiu-se, em sua história, em um lugar diferenciado aos estudantes, que

[...] gozavam de certos privilégios negados ao comum dos cidadãos, o que, em inúmeras oportunidades, originava conflitos entre a cidade e a universidade. Esses privilégios eram: a isenção de impostos da cidade, do serviço militar; o direito de greve (*cessatio*) ou de recessão [...]; a submissão dos estudantes a tribunais especiais (eclesiásticos), o que retirava à autoridade local o poder de intervenção sobre estes. [...] Esse procedimento, ao mesmo tempo em que reforçava a autoridade da Igreja, consolidava a autonomia das universidades face ao poder local, fosse dos bispos, fosse do poder civil (ROSSATO, 1998, p. 19-20).

Almeida Filho (2007) destaca que, nesse contexto, acrescentaram-se à de Teologia outras duas faculdades superiores: a de Direito e a de Medicina — esta última passando a integrar as universidades somente no século XIII, mesmo que já existissem escolas de Medicina desde o século X (a Escola de Salerno).

A formação profissional tecnológica permanecia fora das universidades, sendo no máximo objeto das escolas militares para as proto-engenharias ou de iniciativas isoladas de base estatal, como a famosa Escola de Sagres para as artes náuticas (ALMEIDA FILHO, 2007, p. 210).

Prosseguindo, Almeida Filho (2007) relata uma importante contribuição de Immanuel Kant, em 1795, quando discorre sobre *O conflito das faculdades*, analisando criticamente a estrutura do ensino superior da época e questionando a constituição das *verdades* que sustentavam as faculdades existentes até então. O conflito do qual trata o texto de Kant é a relação entre as três faculdades superiores (Teologia, Direito e Medicina) e a faculdade inferior de Filosofia, existentes à época. Kant argumentava a favor do exercício científico da Filosofia e abriu portas à discussão sobre a autonomia universitária.

O texto kantiano propõe uma reforma da instituição universitária, para que ela deixe de obedecer a princípios religiosos e políticos e enfim se constitua como espaço livre, onde não haja magister, soberano ou pontífice para atestar a verdade mesmo para as faculdades superiores, aquelas que hoje parecem muito independentes (ALMEIDA FILHO, 2007, p. 211-212).

O ensino de Medicina parecia, desde então, fazer parte das discussões sobre a formação universitária, seja por sua antiguidade, seja pelo impacto causado pela ação dos médicos na organização e produção do cuidado em saúde e, por conseguinte, nas formas de organização social.

Anos depois, os estudos de Wilhelm von Humboldt, decorrentes da tarefa de organização de um sistema de ensino superior em Berlim, no início do século XIX, e de Abraham Flexner, desenvolvidos nos Estados Unidos e divulgados em 1910, analisaram o ensino superior em dois contextos.

O trabalho de Humboldt discute o *status* das escolas superiores e inferiores, no intento de desenhar um sistema de ensino que tivesse a pesquisa como fonte do conhecimento. Parte de seus estudos contribuiu para a tarefa de criação da Universidade de Berlim, que serviu como referência e orientou boa parte das reformas do ensino superior na Alemanha, estabelecendo, por exemplo, o sistema de cátedras e a autonomia das universidades na organização da oferta educativa. Além disso, segundo Britto (2010), Humboldt propôs a aproximação entre a formação cultural nacional e a educação, bem como a incorporação da sensibilidade como elemento constituidor do sistema educacional. Para esse autor, Humboldt preconizava que:

A cultura se definia em função de sua capacidade de harmonizar os aspectos mais diversos que concorriam na formação dos indivíduos e dos povos como entidades unívocas — e Humboldt, ao contrário dos disciplinadores filantropistas e dos filósofos da *Aufklärung*, compreendia

que estes aspectos incluíam, positivamente, também a sensibilidade, as manifestações passionais e as inclinações de gosto, assim como o ensino deveria incluir a poesia, a música, a retórica (BRITTO, 2010, p. 12).

Já o Relatório Flexner (1910 apud KERR, 2005) tratou especialmente das escolas de Medicina e foi resultado de um extenso estudo que visou ao estabelecimento de certa uniformização do ensino de Medicina nos Estados Unidos e no Canadá. Dada a densidade do estudo e das propostas que dele decorreram, é possível destacar que, em suas recomendações, esse relatório “trouxe implícito um projeto de reorganização de todo o sistema universitário americano” (ALMEIDA FILHO, 2007, p. 214-215). A oferta de ciclos básicos flexíveis e a divisão entre gestão institucional e governança acadêmica são exemplos das mudanças propostas por Flexner, bem como a organização de institutos e centros de pesquisa autônomos.

Na América Latina, especialmente no Brasil, estudiosos apontam o trabalho de Flexner como precursor do modelo médico hegemônico — chamado modelo biomédico flexneriano — e suas repercussões na formação médica brasileira. No entanto, autores como Pagliosa e Da Ros (2008) e Almeida Filho (2010) propuseram estudos mais profundos analisando influências e divergências entre o chamado modelo e as propostas do Relatório Flexner.

Voltando à contextualização histórica, na Europa, durante o século XIX e a maior parte do século XX, houve a vigência concomitante de vários sistemas de organização do ensino superior. No entanto, com a criação da União Europeia, optou-se pela padronização dos sistemas de formação profissional, o que desencadeou a assinatura da chamada Declaração de Bolonha, em 1999, pela qual os países signatários se comprometeram a implantar, até 2010, mudanças nos sistemas de ensino a fim de estabelecer compatibilidade plena entre eles (ALMEIDA FILHO, 2007).

No Brasil, a educação superior data do início do século XIX, quando foram criadas as primeiras escolas de Medicina (na Bahia e no Rio de Janeiro). Associadas a elas, estabeleceram-se escolas de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia, seguidas de inúmeros cursos e cadeiras, porém sem o *status* de Universidade. Essa realidade se configurou principalmente pelo controle exercido pela Coroa Portuguesa, que não admitia o desenvolvimento científico e cultural da Colônia. De acordo com Rossato (1998), apenas no começo do século XX, iniciou-se a criação de universidades no território nacional, voltadas para e comprometidas com os interesses da elite dominante, embora apresentando resquícios do pensamento que fundou as primeiras escolas, como destacado na síntese a seguir:

O sistema de educação superior brasileiro ainda conserva modelos de formação acadêmica e profissional superados em muitos aspectos, tanto acadêmicos como institucionais, e precisa passar por profundas transformações. Prevalece no sistema nacional uma concepção fragmentada do conhecimento, resultante de reformas universitárias parciais e limitadas nas décadas de 60 e 70 do século passado. A incorporação de currículos de graduação pouco flexíveis, com forte viés disciplinar é uma situação agravada pelo fosso existente entre a graduação e a pós-graduação, tal qual herdado da reforma universitária de 1968 (BRASIL, 2007, p. 7).

No cenário contemporâneo, aliada à rigidez dos currículos, que dificulta a autonomia dos estudantes e cerceia a busca mais livre por áreas de interesse, é possível detectar-se a precocidade da escolha da carreira profissional, submetida a uma seleção igualmente excludente. Sobre esse aspecto, Bourdieu e Passeron (2008), ao analisarem o sistema de ingresso no ensino superior francês por meio de exames, destacam seu caráter segregativo e repetidor de uma determinada ordem social. Assinalam que esse sistema, em muito semelhante ao brasileiro, acaba por reforçar a estrutura social de classes e manter o acesso ao capital cultural vinculado ao capital econômico, perpetuando, por um lado, as lógicas de dominação e, por

outro, referenciando a carreira universitária como forma quase única de ascensão social e, por conseguinte, almejada pelas classes populares. Sobre essa temática, esses mesmos autores publicaram, na década de 1970, um estudo que veio a se tornar referência para a análise do sistema de ensino francês (BOURDIEU; PASSERON, 2008). As categorias teóricas nele propostas, bem como a densa compreensão apresentada, além de provocarem reflexões profundas sobre a reprodução social como ação inevitável dos sistemas educacionais, podem ser generalizadas para a análise de sistemas de ensino na contemporaneidade. Segundo eles, o poder de arbítrio cultural constituído pelas universidades é exercido cotidianamente por meio da ação de inculcação, pois toda cultura escolar é necessariamente rotinizada, homogeneizada e ritualizada — os exercícios repetidores são estereotipados e têm como finalidade a criação de *habitus*. O conceito *habitus* é definido pelos autores como o resultado de inculcação de um arbítrio cultural por intermédio da ação pedagógica, mesmo após sua interrupção.

Nesse sentido, e entendendo-se a educação como uma forma de intervenção no mundo, pode-se acrescentar a discussão proposta por B. S. Santos (1995) que, ao refletir sobre *a ideia de universidade e a universidade das ideias*, destaca as funções e contradições da Universidade contemporânea, duplamente desafiada pela sociedade e pelo Estado. Segundo ele, “a universidade não parece preparada para defrontar os desafios, tanto mais que estes apontam para transformações profundas e não para simples reformas parcelares” (SANTOS, B. S., 1995, p. 187). A articulação entre educação e trabalho é discutida pelo autor, aliada a um conjunto de circunstâncias que definem o que chama de *crise da Universidade*, a qual se manifesta em três vertentes: crise de hegemonia, crise de legitimidade e crise institucional. A *crise de hegemonia* é tratada como a mais importante, visto que “nela está em causa a exclusividade dos conhecimentos que a universidade produz e transmite” (SANTOS, B. S., 1995, p. 192). A crise de legitimidade diz respeito aos destinatários dos conhecimentos produzidos e à *democraticidade* de sua divulgação. Essa crise se instala com a sociedade liberal, desde os primórdios da era moderna,

no momento em que passam a ser necessários conhecimentos técnicos para a organização do modo de produção capitalista. A crise institucional da Universidade, por sua vez, configura-se na fase do capitalismo tardio e está relacionada com sua autonomia e sua especificidade (SANTOS, B. S., 1995).

3 A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE COLETIVA: SUJEITOS E DESENHOS

3.1 O MUNDO CONTEMPORÂNEO E A SAÚDE COLETIVA: QUEM PROTAGONIZA?

Para entender as relações estabelecidas entre trabalho e educação em Saúde Coletiva, na contemporaneidade, torna-se importante localizar sujeitos no tempo histórico e nos contextos de conhecimento. Indagações sobre o mundo contemporâneo e dos sujeitos produtores da vida, das ações em saúde e do saber em saúde nortearam a elaboração da análise que se segue, no intento de demarcar lugares estratégicos ou pontos de partida para a trajetória de investigação sobre a formação em Saúde Coletiva. Entendendo a Saúde Coletiva como parte da grande área de Saúde, as referências de compreensão passam a ser, de um lado, a própria história da formação em saúde e, de outro lado, suas implicações na produção de saberes e fazeres, localizada no mundo contemporâneo e levando em consideração suas bases históricas e epistemológicas.

Para M. Santos (2000), o mundo contemporâneo, organizado em torno do modo civilizatório capitalista, engendra formas de viver distintas das ondas anteriores de organização do capitalismo, visto que os avanços da tecnologia aproximam distâncias e abrem vias de comunicação quase instantâneas em nível mundial. Esse contexto é marcado por paradoxos e contrastes entre inovações biotecnológicas sem precedentes e a existência de um sentimento crescente de fragilidade e vulnerabilidade da vida.

Na perspectiva das Ciências Sociais, Humanas e da Saúde, há evidências de uma crise que coloca em questão tanto os projetos hegemônicos da perspectiva do capitalismo, quanto as experiências que emergiram do ideário socialista. Essa crise

se manifesta na dissolução de valores éticos, políticos e no âmbito micropolítico das relações sociais. A vulnerabilidade humana, a insegurança, a desproteção social e, de maneira mais ampla, a fragilidade da vida, são dimensões objetivas das iniquidades que atravessam o corpo social e que se evidenciam numa multiplicidade de circunstâncias. Nesse modelo de sociedade, percebe-se claramente a substituição de prioridades como a autocriação dos sujeitos e de relações humanas pela busca constante de sobrevivência, de um lado, e, de outro, de poder e acúmulo de capital.

A atualidade brasileira, na qual a organização civil é constituída por distintos grupos e vivencia conflitos que se renovam continuamente na luta pela conquista de direitos inalienáveis a uma condição humana digna, como é o caso do acesso à educação, à saúde, ao trabalho e à vida com qualidade. Tais conflitos demonstram a inconformidade daqueles que estão excluídos do exercício da cidadania, assim como a esperança que depositam na possibilidade de mudança, por exemplo, para um Estado subordinado aos interesses da maior parcela da população. Trata-se, portanto, de uma análise da relação entre a produção científica e a produção da vida: suas interfaces, interdependências e amálgamas, levando em consideração os motivos e impactos políticos, explícitos ou implícitos, nas definições de modos e condições de vida da população.

De acordo com Morin (1975, p. 23), essas questões aparecem quando se analisam as concepções fechadas da ciência:

A biologia estava encerrada no biologismo, ou seja, uma concepção de vida fechada no organismo, tal como a antropologia no antropologismo, ou seja, uma concepção insular do homem. Ambas pareciam ignorar a matéria físico-química, a sociedade, os fenômenos superiores. O homem parecia ignorar a vida. O mundo parecia, portanto, feito de três estratos sobrepostos não comunicantes: homem-cultura; vida-natureza; física-química.

Evidencia-se, assim, o papel que vêm tendo as ciências de saúde no trabalho de compreender que todos os elementos que formam a natureza humana devem ser entendidos dentro de uma unidade paradoxal, e justamente essas relações contraditórias seriam o terreno em que os pesquisadores poderiam chegar a critérios transcendentais sobre temas tão decisivos como aqueles que se referem às relações saúde-doença-cuidado e a produção de sistemas e serviços de Saúde.

A concepção da categoria subjetividade e o estabelecimento das relações subjetividade-objetividade, alienação-desalienação, reificação-humanização, capacidade-incapacidade fazem parte de um construto teórico que compreende o ser humano como parte de um processo sócio-histórico no qual ele é, simultaneamente, produzido e produtor.

Assim, sujeito e objeto não são compreendidos como duas instâncias, mas como derivantes da atividade de produção e reprodução da vida. Os seres humanos (como entes individuais ou organizados em coletivos sociais) apropriam-se subjetivamente do resultado da práxis, tornando-se sujeitos, que, por sua vez, se objetivam pela atividade produtiva que, em sociedades modernas, configura-se como trabalho. No campo de Saúde, Testa (2007) define como ator social o sujeito individual ou coletivo que se insere na cena política, disputando espaços de poder e projetos sociais, ou seja: definindo-se na atividade prática.

Essas reflexões se orientam pela ideia de que, ao assumirem cotidianamente o poder de decisão sobre as ações, quer nos espaços de atenção e gestão, quer nos espaços de formação em saúde, sujeitos individuais e coletivos constituem-se como atores sociais, incidindo de maneira propositiva na definição dos rumos da história. Assim se renova o movimento dialético de coprodução estabelecido entre sujeitos e história.

Dando seguimento, Testa (2007) destaca a possibilidade de existência de uma atitude crítica diante dos fatos sociais, criando alternativas para sua transformação, o que significa não confiar que a forma como os fatos se apresentam

seja a única possível. A motivação para que indivíduos assumam posturas diante do mundo está muitas vezes marcada no passado individual e coletivo, firmando a importância da história na constituição dos sujeitos. Como exemplo, o autor relata uma lembrança da infância, quando ouviu, em uma conversa entre seus tios: “y no se pudo hacer la revolución social en esa oportunidad porque no estaban dadas las condiciones” (TESTA, 2007, p. 256). Para ele, foi nesse processo de escuta que se definiu sua grande busca intelectual pelas condições de realização das revoluções sociais.

Discutindo atitudes dos sujeitos diante da necessidade de transformação do mundo, o autor lança mão de uma distinção entre atitude e aptidão, demarcando que a atitude crítica se refere a “querer un mundo diferente” (TESTA, 2007, p. 248). Destaca, porém, que não basta querer um mundo diferente: é necessário reunir uma série de características que definem a aptidão crítica, tratada como a capacidade de examinar de forma reflexiva os fatos da realidade, extrair deles conclusões pertinentes e, principalmente, gerar ações que correspondam à transformação dessa realidade, como ilustra o Quadro 2.

CRÍTICA		APTITUD (objetiva)	
		SÍ	NO
ACTITUD (subjetiva)	SÍ	sujetos transformadores	oposición estéril
	NO	funcionarios de gobierno	seguidores pasivos

Quadro 2 - Atitude e aptidão crítica
Fonte: Testa (2007, p. 249).

Dessa forma, o autor faz distinção entre os sujeitos transformadores, aqueles que reuniram tanto atitude quanto aptidão para transformar; os funcionários do Governo, que teriam aptidão e não teriam atitude; os seguidores passivos, que não

teriam atitude tampouco aptidão; e, finalmente, o grupo que o autor classifica como oposição estéril, que, embora manifeste atitude crítica, não tem aptidão para elaborar mudanças e transformações objetivas na realidade. Testa (2007) ressalta ainda a importância do que chama *coluna positiva* (sujeitos transformadores e funcionários do Governo), marcada pela presença de aptidão crítica, aptidão em que reside a capacidade de lidar de forma positiva diante de contradições e conflitos, propondo, de fato, ações transformadoras da realidade.

A partir de uma abordagem dos problemas epistemológicos das ciências, Testa (1997) aprofunda-se na compreensão da constituição dos sujeitos, enquanto consciência e relação social, especialmente nas interfaces com a ciência e a política. Dessa forma, busca estabelecer laços entre ciência e vida cotidiana. Para ele, a relação estabelecida entre a ciência, a ideologia e a vida cotidiana ao longo da história define ações e conjunturas que, na área de Saúde, manifestam-se tanto nas práticas de cuidado, quanto nas de ensino, o que remete à necessidade de discutir as formas de referências para a educação em Saúde.

Nesse intento, Testa (1997) categoriza, distingue e define sujeitos da vida, sujeitos epistêmicos, avaliadores, cidadãos públicos e sujeitos pós-epistêmicos, distribuindo-os segundo sua interação com o campo científico e possibilidades de militância pela transformação social. Dada a especificidade do presente estudo, serão abordados os sujeitos da vida e os sujeitos epistêmicos, partindo da relação entre a constituição social dos sujeitos e sua transformação no processo de produção do conhecimento científico. Para Testa (1997), diferentemente das ciências naturais, que trazem como produto a incorporação tecnológica, as ciências sociais carregam em seu processo de produção de conhecimento a possibilidade de gerar militância sociopolítica, ou seja, a partir da compreensão crítica, o desenvolvimento de capacidade de transformação das práticas da vida cotidiana:

La nueva positividad adquiere significación en la medida en que la misma adquiera sentido, lo cual quiere decir que vuelve a haber un cambio de lógica al pasar de la lógica del significado, explicativa, a una

lógica del sentido que permita la integración de la descripción, explicación y comprensión en una nueva praxis social. Esta modificación implica otra, que es la del passage de la visión intraoperatoria a la transoperatoria, dado que no hay militancia sin establecer una relación generalizada com otros que tiene que ver con la noción de totalidad (p. 139).

Da análise do pensamento de Testa, fica clara a noção de que o sujeito epistêmico (ou seja, o que conhece) parte do mundo da vida, transita pelo mundo do conhecimento em um exercício de produção de significados e retorna ao mundo da vida igualmente transformado, em um exercício dialético de estranhamento — criação científica —, transformação de condições objetivas e incorporação de conhecimentos, no qual se implica e se transforma simultaneamente.

A fim de enriquecer a definição de Testa, acrescento as proposições de Almeida Filho no que diz respeito à constituição de sujeitos transdisciplinares da saúde coletiva, resultado da tentativa de construção de um ponto de partida para uma possível análise dos processos educativos gerados no interior da Saúde Coletiva Brasileira. Em várias publicações (1997, 2000, 2005), Almeida Filho traz a noção de um sujeito anfíbio, um *operador transdisciplinar da ciência*, que transita durante a sua formação e experiência de trabalho em áreas diversas de conhecimento, desenvolvendo uma sensibilidade privilegiada para a articulação de saberes e o manejo da complexidade dos fenômenos (objetos complexos), não sendo prevista necessariamente a mudança dos campos de conhecimento, mas, sim, maiores possibilidades de compreensão dos objetos complexos.

Além disso, esse modelo teórico prevê a coexistência de operadores transdisciplinares da ciência (sujeitos anfíbios) ao lado de especialistas (com menor ou nenhuma capacidade de transitar pelos campos de conhecimento, mas que nem por isso deixam de ser importantes). Nem todos os representantes de campo de conhecimento desejam ou têm pretensão de se tornar operadores transdisciplinares da ciência, sequer essa seria uma vantagem por si só, embora o autor ressalte a

necessidade de ampliar-se a presença de pesquisadores e/ou profissionais anfíbios. E sintetiza seu pensamento a partir de uma metáfora:

Esta “metáfora biológica” [...] é atraente para ilustrar a questão, pois os anfíbios são animais que passam parte da vida em meio biológico e parte em outro meio ambiente e que, por isso mesmo, possuem uma enorme capacidade de adaptação. Não se trata obviamente de ecletismo ou hibridação, na medida em que (para continuar com metáforas biológicas) conhecemos largamente a infertilidade dos híbridos (ALMEIDA FILHO, 1997, p. 19).

Há indícios de que a proposta de formação dos sanitaristas em nível de graduação poderá contribuir para a formação desses sujeitos *anfíbios*, com etapas sucessivas de formação-socialização-endoculturação em distintos campos científicos, na perspectiva do protagonismo científico e político, agregando, ainda, uma capacidade sensível, observadora e protagonista de transformações no campo de Saúde e na sociedade como um todo.

3.2 A UNIVERSIDADE E O MUNDO DO TRABALHO: CONGRUÊNCIAS E INCONGRUÊNCIAS

A relação entre o mundo do trabalho e o mundo do conhecimento é compreendida no âmbito da crise de hegemonia da Universidade e tratada por B. S. Santos (1995) como o afastamento entre dois mundos: *o mundo ilustrado* e *o mundo do trabalho*. As transformações no mundo do trabalho, decorrentes do início do modo de produção capitalista e das novas exigências postas diante da necessidade do desenvolvimento de aptidões técnicas específicas para o desempenho de funções laborais somam-se às tradicionais funções de “transmissão da alta cultura, formação do carácter, modo de aculturação e de socialização adequado ao desempenho da direcção da sociedade” (SANTOS, B. S., 1995, p. 196). Dessa forma, a educação para o trabalho passa a ser também função da Universidade, e

ocorre uma importante cisão entre a cultura geral e a formação profissional e entre o trabalho qualificado e o não qualificado.

Mas a dicotomia educação-trabalho é hoje questionada a um nível mais profundo, o questionamento da própria sequência educação-trabalho. Em primeiro lugar, a acelerada transformação dos processos produtivos faz com que a educação deixe de ser anterior ao trabalho para ser concomitante deste. A formação e o desempenho profissional tendem a fundir-se num só processo produtivo, sendo disso sintomas as exigências de educação permanente, da reciclagem, da reconversão profissional, bem como o aumento da percentagem de adultos e trabalhadores-estudantes entre a população estudantil (SANTOS, B. S., 1995, p. 197).

É importante destacar que essa integração entre formação e desempenho profissional é compreendida por B. S. Santos (1995) como uma limitação, demarcando o compromisso das instituições universitárias com a formação de trabalhadores a serviço de um determinado interesse. A função de formar cidadãos ou oferecer acesso à cultura acumulada pela humanidade parece ficar em um segundo plano, ou seja, ao mesmo tempo em que se forma para o trabalho, ficam inviabilizadas a produção de pensamento crítico e a autonomia na produção da própria trajetória escolar, o que indica que as conexões necessárias entre a formação e o trabalho permanecem frágeis.

A intencionalidade e os processos que permeiam as ações de ambas vêm sendo determinados por fatores extrínsecos ao contexto e às relações que constituem base comum entre os sujeitos e suas produções. A base comum entre conhecimento e trabalho ou entre universidade e setor produtivo decorre da centralidade do ser humano nessa relação, em vista da produção das condições de sustentabilidade de vida e de convivência produzidas em espaços sociais. Por não se empenharem em diálogos contínuos, universidade e setor produtivo estabeleceram precedências ou situações que, não raro, são tomadas como espaços de propriedade, com evidente

relação de exclusividade ou de subordinação, em detrimento da produção de conhecimentos, da formação e de relações de interdependência. Frente a essas constatações, a noção de pertinência e de cooperação entre universidade e mundo do trabalho não alcançou, até o presente, um estágio que aponte perspectivas de reciprocidade e de avanços entre conhecimento e trabalho, particularmente, no que se refere às funções da universidade frente ao desenvolvimento da sociedade (PAZETO, 2005, p. 488).

A distância entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho não é somente percebida pela distância entre produção científica e produtos do trabalho. Está presente também nos hiatos estabelecidos entre cursos de vida e trajetórias acadêmicas. Nesse sentido, a relação estabelecida por Bourdieu entre as distintas configurações de *capital* aponta para a determinação do capital cultural pelos capitais social e econômico, ou seja: na medida em que os sujeitos, inseridos em determinadas famílias e classes sociais, se apropriam de determinados *habitus*, vão logrando acesso às esferas sociais e principalmente acadêmicas consideradas superiores por serem socialmente mais valorizadas (apud NOGUEIRA; NOGUEIRA, 2009, p. 31).

As noções de campo e capital devem ser compreendidas simultaneamente e de modo articulado, visto que Bourdieu entende *campo* como “certos espaços de posições sociais nos quais determinado tipo de bem é produzido, consumido e classificado” (apud NOGUEIRA; NOGUEIRA, 2009). Para os autores, cada campo compõe arenas de disputas por legitimação entre dominantes e pretendentes, estando em jogo o sistema de bens simbólicos de um determinado grupo social. Por sua vez, a noção de capital remete ao acúmulo que um dado sujeito detém, diante de determinada comunidade ou sistema de valores. Para Bourdieu, os sistemas simbólicos são instrumentos ideológicos criados para legitimar o poder de uma determinada classe social. Trazida da economia, a expressão *capital* busca apoio no conceito de capital econômico e se configura em quatro expressões: capital econômico, cultural, social e simbólico, permitindo os dois primeiros a construção de

análises abrangentes sobre a constituição de campos, enquanto os dois últimos permitem análises mais refinadas (apud NOGUEIRA; NOGUEIRA, 2009).

No texto *A reprodução*, Bourdieu e Passeron analisam as formas pelas quais o sistema de ensino serve ao macrossistema de dominação econômica, a fim de perpetuar e naturalizar sua constituição, principalmente pelo uso da violência simbólica. Por violência simbólica os autores entendem a imposição de arbítrio cultural, que deve ser assimilado e replicado pelos pretendentes a um determinado campo e, portanto, “toda ação pedagógica é objetivamente uma violência simbólica enquanto imposição, por um poder arbitrário, de um arbitrário cultural” (BOURDIEU; PASSERON, 2008, p. 26). A Figura 1 retrata o sistema francês de ensino, especialmente diante do sistema de determinações de classe social pelo qual estudantes transitam ao longo de sua formação.

Os autores consideram o sistema escolar, por um lado, como possibilidade de ascensão de classe social, de acordo com a capacidade de cada estudante diante dos desafios apontados pelas tarefas escolares e, por outro lado, como importante dispositivo de manutenção de uma determinada ordem social. As condições objetivas de mobilidade em cada etapa escolar retraduzem condições de classe social, quando são criadas probabilidades de transição entre uma fase e outra. Fica clara a crença (já inculcada) de que, de posse de um diploma (que representa o cumprimento dos ritos acadêmicos prescritos pelo sistema educacional), os sujeitos teriam condições de ocupar outro lugar social, tendo alterada sua condição de classe de chegada.

Dessa forma, voltando aos sistemas de ensino e, em especial, à formação dos profissionais de Saúde, torna-se necessária a composição de um conjunto de ideias que abram linhas de análise e transformação críticas diante das lógicas e práticas reprodutoras descritas pelos estudos de Bourdieu e percebidas tão sensivelmente no cotidiano dos espaços de formação e práticas de saúde. Talvez aí se encontre uma diferença importante entre as formações universitárias mais

tradicionais e sedimentadas na área de Saúde e a proposta de criação de cursos na área de Saúde Coletiva.

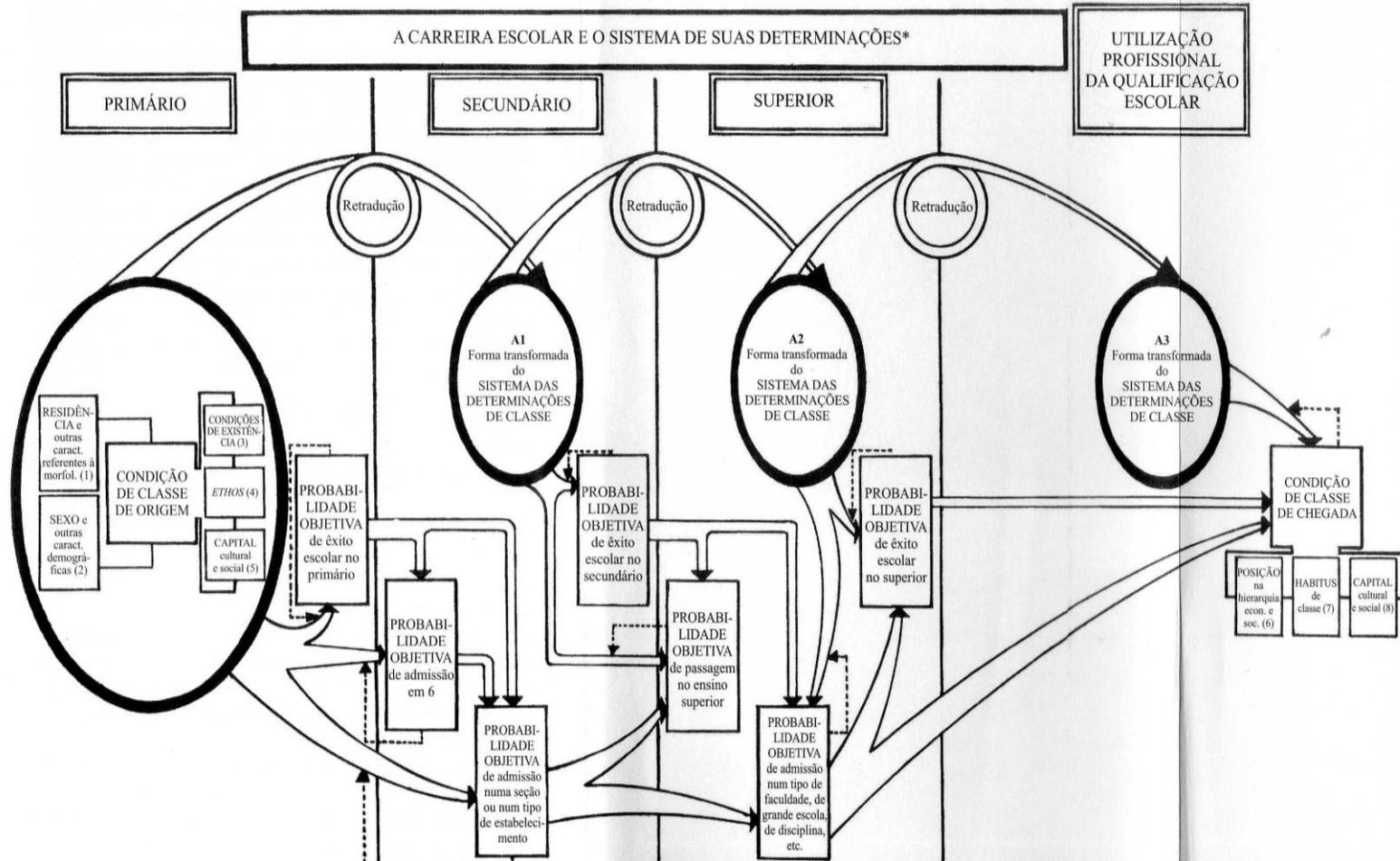


Figura 1 - A carreira escolar na França e o sistema de suas determinações
 Fonte: Bourdieu e Passeron (2008, p. 118-119).

A fim de entender como se engendram possibilidades de mudança ou mesmo de rompimento dessas cadeias de reprodução e dominação na área de formação profissional e de saúde, torna-se necessária uma leitura que aponte possibilidades de transformação e superação, oferecendo-se, ao mesmo tempo, uma compreensão crítica e a produção esperançosa de movimentos de transformação social, pela via da educação.

B. S. Santos (1995; 2005; 2007; 2010) traz uma série de contribuições, especialmente no que diz respeito à construção de uma cultura contra-hegemônica na produção das relações sociais, que pode nos ajudar a refletir sobre as questões da formação de sujeitos críticos em saúde. Aponta o autor a necessidade de *reinvenção* da democracia, partindo de um olhar sensível aos movimentos que surgem na contemporaneidade, especialmente aqueles que reivindicam direitos humanos. Acredita que “nossa racionalidade se baseia na ideia da transformação do real, mas não na compreensão do real” (SANTOS, B. S., 2010, p. 28). Dessa forma, lança um desafio: compreender relações sociais partindo de outras lógicas, sejam elas as da emancipação ou as do reconhecimento das diferenças e divergências, um caminho interessante quando o desejo é propor outras formas de cuidar e educar na área de Saúde.

Nesse sentido, ao analisar a tradição do pensamento sociológico crítico ocidental, B. S. Santos (2007) elenca uma série de tradições e problemas que auxiliam na compreensão dos modelos hegemônicos de produção de pensamento e, por conseguinte, de organização das instituições formadoras. Reflete sobre a *sociologia das ausências*, tendo como premissa básica a de que tudo o que não existe em nossa sociedade tem sua *não existência* produzida ativamente, ou seja, “como uma alternativa não crível, como uma alternativa descartável, invisível à realidade hegemônica do mundo. E é isso o que produz a contradição do presente, o que diminui a riqueza do presente” (p. 29).

Esse pensamento remete, então, a outra reflexão trazida pelo mesmo autor, quando trata da crise da legitimidade da Universidade. Para ele, o próprio desenho de formação universitária está em xeque, visto que as demandas oriundas dos mais

diversos espaços sociais tornam-se invisíveis ao *mundo ilustrado*: apenas o conhecimento científico tem legitimidade nos círculos acadêmicos, sendo, muitas vezes, um conhecimento construído a partir de interesses de conservação e manutenção da ordem social instaurada e a serviço do modo de produção capitalista (SANTOS, B. S., 1995).

Como alternativa para essa *ausência* gerada pela própria concepção unidirecional da produção do conhecimento, B. S. Santos propõe uma *ecologia dos saberes*:

Não se trata de "descredibilizar" as ciências nem de um fundamentalismo essencialista "anticiência"; como cientistas sociais, não podemos fazer isso. O que vamos tentar fazer é um uso contra-hegemônico da ciência hegemônica. Ou seja, a possibilidade de que a ciência entre não como monocultura mas como parte de uma ecologia mais ampla de saberes, em que o saber científico possa dialogar com o saber laico, com o saber popular, com o saber dos indígenas, com o saber das populações urbanas marginais, com o saber camponês. Isso não significa que tudo vale o mesmo (SANTOS, B. S., 2007, p. 32).

Surge, assim, a discussão sobre a produção dos saberes e as aproximações necessárias entre teoria e prática, para a construção de conhecimentos válidos e legítimos, na perspectiva de construção de outras formas de produzir Saúde (e não doença) Coletiva (e não mercantil). A relação entre propósitos e práticas da Saúde Coletiva Brasileira nos espaços da educação universitária, o que B. S. Santos (2010) considera uma *relação fantasmal entre teoria e prática*, pode ser compreendida partindo-se do método pelo qual a teoria crítica, datada do século XIX, foi produzida: antevendo um ideal de sociedade, diante da discordância em relação ao surgimento de um modo de produção da vida e da ciência que vinha se consolidando: o capitalismo. Talvez essa relação fantasmática possa tornar-se mais humana, na medida em que os processos educativos passem a estabelecer diálogos mais efetivos entre os propósitos do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e as práticas em Saúde Coletiva, desenvolvidas tanto no cotidiano do Sistema Único de

Saúde, quanto nos demais espaços da sociedade, como movimentos populares e demais políticas sociais, aproximando formação, pesquisa e prática em Saúde Coletiva, para além do exercício retórico. Trata-se aqui do que B. S. Santos (2010) denomina teorias de retaguarda, em substituição às teorias de vanguarda: formar trabalhando, trabalhar refletindo, refletir transformando.

3.3 O TRABALHO EM SAÚDE COLETIVA E A FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA: HÁ ESPAÇO PARA A INVENÇÃO?

*A novidade veio dar à praia
Na qualidade rara de sereia
Metade, o busto de uma deusa maia
Metade, um grande rabo de baleia.*

*A novidade era o máximo
Do paradoxo estendido na areia.
Alguns a desejar seus beijos de deusa,
Outros a desejar seu rabo pra ceia.*

*Ó, mundo tão desigual,
Tudo é tão desigual.
Ó, de um lado este carnaval,
Do outro a fome total.*

“A novidade”

Gilberto Gil, Bi Ribeiro, Herbert Vianna, João Barone

Enquanto campo de saberes e práticas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000), a Saúde Coletiva ressignifica as ações e o pensamento da área de Saúde, unindo planificação, epidemiologia e ciências sociais em um mesmo campo teórico-metodológico e propondo uma extrapolação da esfera pública, pois trata a saúde como bem comum e, portanto, inerente a todos os âmbitos da vida. Incorporam-se, assim, ao escopo científico diversas dimensões, inclusive a própria estrutura da sociedade e os modos como os sujeitos significam suas experiências e se inserem nos cenários sociais.

Nesse contexto, a relação entre os processos de trabalho, as necessidades humanas e a formação profissional torna-se bastante relevante, visto que as

necessidades humanas são tomadas como objetos dos processos de trabalho para os quais serão desenvolvidas ações educativas. Mendes-Gonçalves (1992) entende os processos de trabalho na saúde inseridos no campo das relações sociais de produção, submetidas, portanto, a determinados meios de produção. Para o autor, o trabalho se desenvolve com a mediação de meios de produção, que são as tecnologias, materiais ou imateriais, orientadas por projetos. Os processos de trabalho, dessa forma, se estabelecem em uma teia complexa e nem sempre explícita de intencionalidades dos distintos atores sociais que compõem o campo da Saúde. Nesse meio, as necessidades de saúde são compreendidas como objetos de trabalho, sobre os quais são desenvolvidas determinadas atividades, resultando em produtos, no caso, a melhoria do estado de saúde ou promoção da saúde de forma mais ampla. Para compreender os processos de trabalho nessa perspectiva, torna-se necessário, para além da descrição de etapas ou procedimentos e técnicas adotadas pelos distintos profissionais, compreender a composição de campos de força e interesse que definem escolhas tecnopolíticas. Escolhas, portanto, mediadas por poderes e sensibilidades de distintas dimensões.

Instaura-se, dessa forma, uma compreensão mais complexa acerca dos processos de trabalho e do conjunto de saberes (tecnologias imateriais) que são mobilizados na produção dos atos de saúde. Dessa problemática, surgem alguns questionamentos: que conhecimentos são mobilizados na organização dos processos de trabalho em saúde e em especial em Saúde Coletiva? Como esses conhecimentos são historicamente produzidos? Qual o papel das instituições de ensino na produção e disseminação desses conhecimentos? Como eles são compartilhados nos cursos de graduação? Existiria um profissional específico detentor único desse conjunto de saberes-fazeres-poderes?

Registrando a histórica e profunda dissociação entre a dinâmica no interior do ensino superior das profissões de Saúde e a dinâmica das necessidades de saúde da população, um estudo estabeleceu as necessidades tomadas como centrais nos processos formativos seriam aquelas vinculadas às estratégias e demandas do mercado de produtos e serviços, em detrimento do que Heller (1986) denomina necessidades de autoconservação e/ou qualitativas (SANTANA; CAMPOS; SENA,

1999). Assim, embora haja significativos esforços no sentido de aproximar formação, trabalho e necessidades de saúde da população, o enfoque hegemônico do ensino de Saúde predominante no Brasil privilegia ainda o tratamento da doença com base na especialização e no arsenal tecnológico mais recente:

A dimensão epidemiológica e social do processo de viver e adoecer bem como as perspectivas da prevenção de riscos e promoção da saúde são objetos de ensino quase que exclusivamente no âmbito dos departamentos de medicina preventiva e social ou equivalentes. Não se trata, portanto de um problema apenas quantitativo ou de democratização do ensino e sim, das formas e conteúdos presentes no cotidiano da formação da área da saúde (p. 236-237).

A despeito da própria constituição da Saúde Coletiva no Brasil, os espaços de ensino das profissões da área de Saúde vêm reproduzindo os modos hegemônicos de fazer saúde, bem como mantendo ordens e processos que, longe de contribuir para a melhoria das condições de saúde da população, perpetuam condições desiguais de acesso à saúde como direito constitucional.

García (1972), ao analisar o ensino médico na América Latina, faz considerações importantes no que tange à estrutura e ao funcionamento da formação na área de Saúde, especialmente em um momento histórico em que se discutiam modelos hegemônicos e formas de transformação, tanto dos sistemas de Saúde, quanto das práticas educativas. De acordo com Nunes (2013), ao analisar 100 das 151 escolas médicas da América Latina, García estabelece relações importantes entre a infraestrutura (relações entre docentes e discentes com interesses distintos) e a supraestrutura das escolas (forma institucional para a produção de médicos). Demonstra como se dá o processo de produção de médicos e todas as etapas pelas quais passa um estudante para tornar-se médico. Descreve, portanto, atividades, meios e objetos para que um sujeito comum se transforme em um sujeito pretendente a um determinado campo científico, inserido em uma sociedade.

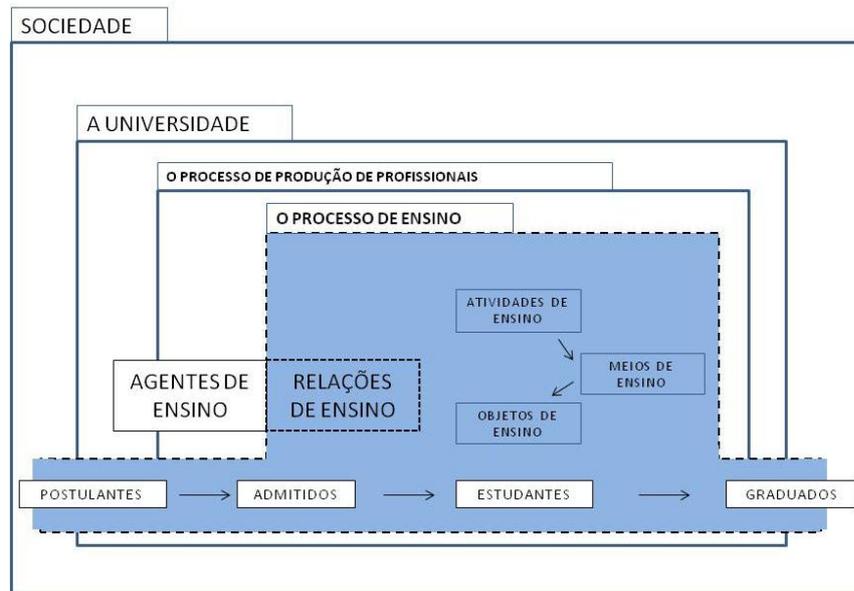


Figura 2 - O processo de ensino
 Fonte: García (1972, p. 9).

Para García (1972), os processos de ensino na área de Saúde remontam às lógicas de organização da própria sociedade. Seguindo as categorias marxistas de análise, a Universidade se colocaria como um aparelho a favor de uma determinada estruturação social, pelo qual postulantes a um determinado *status* se submeteriam a relações de ensino, em que atividades e meios agiriam sobre objetos, gerando um produto final que seria a oferta de médicos graduados à sociedade.

Esses ciclos descritos por García se repetem e se consolidam ainda hoje na grande maioria das escolas médicas, reverberando para o conjunto das formações na área de Saúde. Resta, assim, questionar: onde estão os entraves para a transformação? O que faz com que, ano após ano, cursos formem bons reprodutores de lógicas excludentes e adoecedoras? Ou, ainda, o que pode a Saúde Coletiva diante dessa realidade? Tratarei, portanto, de buscar trilhas que já foram percorridas, no sentido de abrir horizontes sensíveis às transformações necessárias, no sentido de oferecer uma formação universitária mais conectada ao mundo da vida.

Cabe, então, aprofundar uma análise sobre a constituição de uma proposta de formação orientada para a transformação da própria formação, das práticas

profissionais e, por conseguinte, da sociedade como um todo, o que B. S. Santos (1995) denomina formação *em que a memória da inovação esteja presente*, inspirado na concepção schumpeteriana de inovação como capacidade de fazer as coisas de forma diferente. Uma formação orientada pela memória da inovação traz em si a capacidade de promover mudanças orientadas para o desenvolvimento de novas capacidades, de maior autonomia e maior compromisso ético e político com a saúde.

Partindo da leitura de B. S. Santos (1995; 2005; 2007), estabeleço alguns critérios para dimensionar uma formação guiada pela inovação, na qual os processos educativos se orientem na direção da utilização de quatro princípios fundamentais, adicionados a alguns critérios, resultantes de estudos sobre a temática da formação profissional em saúde. A Figura 3 demonstra graficamente a proposta de análise de processos educativos, baseada nesse referencial.



Figura 3 - Formação com memória da inovação

Fonte: Proposta criada pela autora para compor o referencial analítico deste estudo.

A *multidimensionalidade* indica que a formação não pode e não deve centrar-se apenas no desenvolvimento de capacidades técnicas e científicas, mas também nas dimensões humanas, éticas, filosóficas, sociais, emocionais e políticas. Atividades do âmbito das humanidades podem ser desenvolvidas na perspectiva de experiências culturais, com o valor de atividade acadêmica, o que B. S. Santos (1995, p. 225) chama de “*curricula* informais”: além de atividades de extensão universitária e pesquisa, oferecendo aos estudantes um conjunto de aprendizados que transcendem ao fazer específico de determinado exercício profissional futuro.

A *flexibilidade* permite ao aluno fazer opções sobre a sua trajetória de formação, de forma a poder tomar decisões que expandam seu processo formativo para além daquilo que é proposto pela instituição formadora.

A *democracia* nos processos educativos se apresenta, de acordo com B. S. Santos (2005) nas perspectivas interna e externa. Por democracia externa o autor compreende “o vínculo político e orgânico entre a universidade e a sociedade” (p. 100), demarcando uma certa abertura institucional na perspectiva da responsabilização social da Universidade. Questões como a relação da Universidade com o mercado de trabalho e com as demandas desse mercado em relação à produção de mão de obra também estão em jogo quando se fala de democracia externa. Questões relativas à *publicização* das universidades e a definição de interesses de pesquisa são relevantes quando se propõe, diante da *crise da universidade*, movimentos de abertura à democracia participativa, no sentido de ampliar debates e implicações, a fim de “alcançar um novo patamar de legitimidade para a universidade pública” (p. 102). A perspectiva da democracia interna trata da organização institucional a partir do estabelecimento de estratégias democráticas de participação no interior das instituições universitárias, o que se relaciona também como estabelecimento de relações mais horizontais nas dinâmicas acadêmicas.

Em outro texto, B. S. Santos (1995) fala da democratização da instituição universitária na perspectiva da equivalência de saberes, o que mais tarde (SANTOS, B. S., 2005) veio a chamar de *ecologia dos saberes*: saber científico e saber popular

dialogam na produção de outros saberes. Ainda em relação à ideia de democracia, o autor associa outros três fatores relevantes para o que considera a criação uma nova institucionalidade para a Universidade, compreendendo as ideias de pesquisa-ação, na perspectiva de integração entre pesquisa e extensão; a ecologia de saberes; e a perspectiva da avaliação participativa, que possibilita um constante repensar institucional, da mesma forma em que incorpora distintas dimensões do trabalho docente. Cabe destacar que este arcabouço proposto por ele relaciona-se com a instituição universitária como um todo. A tarefa de adaptar-se o referencial às relações estabelecidas no interior do CGSC foi parte do exercício analítico realizado durante o presente estudo.

Do conjunto de marcadores que compõem a análise em questão, pode-se retomar a noção de *transdisciplinaridade*. Para além da interdisciplinaridade, a noção de transdisciplinaridade proposta por Almeida Filho (1997) desloca o foco de reflexão dos campos de conhecimento (típico de algumas versões teóricas que buscam conceituar interdisciplinaridade) para os representantes dos campos; ou seja, os primeiros, em circunstâncias muito restritas, são capazes de, ao se articularem, produzir um novo campo de conhecimento. Os axiomas e as concepções de cada campo de conhecimento e, conseqüentemente, as perspectivas teóricas daí decorrentes fazem parte do núcleo, que, por definição, diferencia um campo de conhecimento do outro. Dessa forma, busca-se responder às necessidades criadas pelo trabalho em saúde, criando novas formas de produzir ciência e trabalho em saúde.

Em outra abordagem, é importante registrar que a área de Saúde traz peculiaridades e especificidades que se acrescentam ao debate a respeito da integração possível entre o mundo da Universidade e o *mundo do trabalho*. Para B. S. Santos (1995), as atividades obrigatórias dos currículos devem “privilegiar a intervenção social, humanística, artística e literária” (p. 227), além de possibilitar aos estudantes o protagonismo das cenas educativas, substituindo-se as formas de avaliação tradicional pela avaliação do aproveitamento social e artístico dos conhecimentos. Para pensar-se a formação dos profissionais de saúde, torna-se necessário considerar o diálogo entre as políticas da área de Saúde e de Educação,

tornando o cotidiano das escolas uma articulação permanente com os serviços e sistemas de Saúde, bem como com a comunidade em geral. Nesse sentido, a discussão sobre o trabalho em saúde e a organização dos processos de trabalho referida anteriormente contribui para a análise do grau de relação entre o processo educativo em questão e o *mundo do trabalho* em Saúde Coletiva, ou seja, suas práticas, saberes e fazeres.

Nesse sentido, Ceccim e Ferla (2008) ressaltam a importância da relação educação-saúde-cidadania no cotidiano do ensino em Saúde Coletiva, demarcando, inclusive, que é desse imbricamento que surge o próprio movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Os autores destacam que a formação tradicional de profissionais de saúde distancia a clínica da política e fragmenta os atos de cuidado e gestão. Defendem que se torna necessário que os educadores abandonem a segurança do modelo pedagógico tradicional e “assumam posturas criativas de construção do conhecimento, tendo como referência as necessidades dos usuários, que são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas” (CECCIM; FERLA, 2008, p. 449).

Mas, como exigir dos educadores mudanças, se eles mesmos não tiveram oportunidades de vivenciá-las em sua formação? Embora se considere importante que os docentes tenham a responsabilidade mais direta na construção de espaços educativos, fazem-se necessárias ações mais amplas, que articulem docentes, estudantes, gestores de políticas públicas e comunidade, no sentido de criarem-se mecanismos participativos de abertura, entendendo-se que a educação não se dá somente no espaço universitário e tampouco é privilégio reservado a uma determinada *casta* social, como afirmam Rossato (1998) e B. S. Santos (1995).

Sendo assim, outro diálogo importante é o da *intersectorialidade*, especialmente quando nos referimos às políticas públicas e à relação da Saúde Coletiva com o cotidiano dos serviços de Saúde. Como a Universidade dialoga com os diversos setores da sociedade? Como se insere no cotidiano? Que tipo de conhecimento vem produzindo? Como, de fato, escuta e valoriza outros saberes? A

prática acadêmico-científica instaurada historicamente nas universidades tem se configurado de forma democrática?

Ao pensar sobre as mudanças correntes nos cursos de graduação em Medicina, Feuerwerker (2002) aponta a dificuldade instalada nos processos de mudança na área de Saúde. Segundo a autora:

[...] quaisquer mudanças implementadas na educação médica levarão de dez a quinze anos para afetar de alguma maneira a prática e, por essa razão, indica a necessidade de articulá-las a estratégias que envolvam os atuais profissionais de saúde. Por isso, propõe que as escolas tenham participação ativa na melhoria da qualidade e da cobertura dos serviços de saúde; busquem assegurar a relevância da educação e da pesquisa (vinculando-se às necessidades prioritárias de saúde); estejam dispostas a aplicar e disseminar processos de aprendizagem eficientes e comprometam-se com os processos de garantia de qualidade e de avaliação tecnológica (p. 50).

A fim de enriquecer-se a análise dos processos formativos, parece interessante abordar o princípio constitucional da atenção integral à saúde, tratado aqui como *integralidade*. De acordo com Mattos (2001), a integralidade é um conceito polissêmico, composto por várias dimensões que o autor delimita como *sentidos da integralidade*. Uma primeira dimensão seria relativa às *políticas governamentais* (capacidade de propor e fomentar arranjos descentralizados, resolutivos, intersetoriais, solidários e permeáveis à participação da população); outra dimensão seria relativa à *organização dos serviços* (acesso aos diversos níveis de sofisticação tecnológica e às diversas naturezas de tecnologias de cuidado, necessárias a cada situação que demanda atendimento); e uma terceira dimensão se relacionaria com os *conhecimentos e práticas dos trabalhadores* (capacidade de desfragmentar a atenção oferecida aos usuários e de gerar protagonismo nos diversos atores).

A integralidade em saúde desafia as políticas de Saúde, os serviços de Saúde, a organização da atenção, as práticas dos profissionais e o ensino de

Saúde, por demonstrar enfaticamente graves insuficiências no núcleo tecnológico em que operam, por identificar a incapacidade de expressão de uma saúde mais ampliada na cena do cuidado e por demonstrar a necessidade de uma clínica mais ampla e mais regulada pela relação entre profissionais e usuários.

Esses desafios permeiam a discussão apresentada e suscitam alguns caminhos, no sentido de avançar na produção de conhecimento e, principalmente, na reorientação das funções e práticas instauradas no interior dos espaços acadêmicos e dos serviços.

Cabe ressaltar que a mudança de referencial e de práticas em saúde não acontece de forma repentina, nem exclusivamente por determinação institucional ou legal; é resultado de constantes discussões e experimentações de coletivos que refletem cotidianamente suas práticas, para além das transformações legais. Não basta a oferta de disciplinas isoladas, ou campos de estágio que ofereçam pequenas incursões pelo cotidiano social, ou, ainda, uma pretensa neutralidade científica que mascara históricas dificuldades de interação entre o campo científico e o conjunto das relações sociais. É preciso pensar uma formação integral e que dê conta de estabelecer conexões entre a produção de conhecimento, a prática profissional e a transformação das condições de vida das pessoas, levando em consideração que os sujeitos do processo de ensino-aprendizagem são também os estudantes que, em conexão e diálogo com distintos universos e formas de produzir conhecimento, assumem uma função de *protagonismo*.

4 METODOLOGIA

- Para apalpar as intimidades do mundo é preciso saber:*
- a) *Que o esplendor da manhã não se abre com faca*
 - b) *O modo como as violetas preparam o dia para morrer*
 - c) *Por que é que as borboletas de tarjas vermelhas têm devoção por túmulos*
 - d) *Se o homem que toca de tarde sua existência num fagote tem salvação*
 - e) *Que um rio que flui entre 2 jacintos carrega mais ternura que um rio que flui entre 2 lagartos*
 - f) *Como pegar na voz de um peixe*
 - g) *Qual o lado da noite que umedece primeiro.*
- etc
etc
etc*
- Desaprender 8 horas por dia ensina os princípios.*

Manoel de Barros
"Uma didática da invenção"
in *O livro das ignorâncias*

Explicação "ignorãte"

Antes de apresentar o desenho metodológico escolhido para este estudo, explico a *didática da invenção*. Para mim, a didática inspirada por Manoel de Barros significa olhar de outra forma, olhar mais bem a partir do outro, ou seja, dar voz, abrir caminho, abrir espaço, produzir conhecimento em interação de fato. E isso significa aventurar-se. Aventurar-se para além do tradicionalmente concebido como conhecimento científico, integrando o conhecimento artístico e humano, para produzir um saber outro, que seja, de fato, legítimo, compreendido e útil para a melhoria da vida. Parece que, para produzir uma educação que contribua para a transformação que se faz necessária no mundo contemporâneo e, especificamente, em saúde, a ciência tradicional não dá respostas suficientes. Os métodos rigorosamente calculados e com experimentações replicáveis não funcionam

sozinhos! Não é definitivamente possível replicar a abertura de uma flor, ou o voo do pássaro, ou a dor da ferida, ou a potência de um nascimento ou, ainda, como nos ensina Manoel de Barros, não se abre com faca o esplendor da manhã... E o que será que o poeta quer dizer?

Será que é possível produzir-se um estudo que seja, ao mesmo tempo, científico e comprometido com a produção de conhecimento sensível? Quero crer que sim, e me parece também que para isso é preciso conhecer, buscar, indagar a vida de diversas maneiras, especialmente no que diz respeito às relações sócio-históricas que produzem dialeticamente sujeitos individuais e coletivos. As noções de realidade, concretude, factibilidade são desafiadas diante da invasão da necessidade premente da vida; a invasão com que a vida mobiliza, impulsiona, revoluciona e questiona as estruturas científicas, justamente por não ser controlável.

A formação dos profissionais da área de Saúde está direcionada para as ações de controle de doenças, cura e reabilitação, enquanto a vida busca *outras* coisas. Como, então, pensar uma formação que cuide sem controlar? Que organize sem impor? Que ofereça sem restringir? Enfim, que seja generosa o suficiente para acolher a própria contradição da vida humana? Talvez a compreensão da complexidade do ser humano auxilie na produção de um método de investigação que abrigue em si respostas à ciência e à humanidade; que permita uma validade, ao mesmo tempo, ética e estética.

Pensando nessas indagações, passo a discutir, então, as questões propostas que aproximam conhecimentos e métodos; premissas e caminhos; *episteme* e *hodos*.

Explicação menos “ignorãte”

O caminho percorrido durante este estudo pode ser definido como um *composto metodológico*, estabelecido por um misto de estratégias de investigação. De acordo com Tobar e Yalour (2001), quanto aos objetivos, pode-se identificar uma etapa descritiva e uma explicativa, compostas pelas fases documental, bibliográfica

e de campo, constituindo-se, dessa forma, em um *mosaico de conhecimento* (ALMEIDA FILHO, 2003).

A fim de responder à questão central do estudo acerca do surgimento dos CGSCs no cenário nacional, bem como suas possibilidades enquanto estratégia de enfrentamento dos desafios apontados pelo trabalho em Saúde Coletiva num contexto local, utilizei dois planos, chamados de *planos de mirada*. O primeiro plano abordou uma investigação de caráter nacional, descrevendo atores, cenários e acontecimentos relativos ao contexto de criação dos CGSCs. O segundo plano foi dedicado ao cenário local, analisando as relações entre o cotidiano do trabalho no SUS, as percepções de docentes, discentes e gestores do SUS sobre o desenvolvimento do curso de graduação na área de Saúde Coletiva da UFBA, suas implicações no que diz respeito às práticas educativas e suas relações com a transformação dos modos de pensar e fazer saúde.

Para organizar o processo de planejamento da pesquisa, elaborei um mapa estratégico do estudo (ANEXO 1), contemplando perguntas de investigação, objetivos, categorias empíricas e analíticas, técnicas e evidências buscadas nos *planos de mirada*.

4.1 PLANOS DE MIRADA: PAISAGENS E SUJEITOS

Para efeito de organização do caminho da investigação, a criação dos CGSCs no contexto brasileiro foi tomada como um caso, analisado nas suas dimensões nacional e local. Com o propósito de estabelecer coerência epistemológica para este estudo, inspirei-me na abordagem etnometodológica de Alain Coulon (1995), que afirma:

[...] para que a explicação e a interpretação sejam possíveis, é preciso, antes de tudo, observar e descrever. Isso pressupõe que nos tornemos testemunhas diretas dos fenômenos que são tomados como objeto. Somente com essa condição é que poderemos adotar a indispensável postura que autoriza a descobrir, segundo a fórmula de H. Garfinkel, as coisas vistas sem serem notadas e que presta aos acontecimentos

correntes, vividos no cotidiano por estudantes comuns, uma atenção idêntica àquela que a sociologia concede, habitualmente, aos acontecimentos extraordinários (p. 53).

Com essas observações, Coulon indica a necessidade de integração entre os níveis micro e macro dos acontecimentos sociais, demarcando sua complexidade e defendendo a ideia de abordagens *multirreferenciais* para a pesquisa em educação, “a fim de ter acesso a uma inteligibilidade mais perfeita dos fenômenos estudados” (COULON, 1995, p. 54). Essa abordagem foi escolhida, de um lado, pela densidade de informações e sujeitos envolvidos com o objeto em questão e, de outro, pelo reconhecimento das trajetórias de cada sujeito implicado, por sua capacidade de análise dos contextos nos quais se inserem e dos quais são diretamente protagonistas. Dessa forma, esses sujeitos tornaram-se participantes ativos do estudo. As entrevistas realizadas, bem como as seções de grupos focais e minha própria experiência docente sistematizada oportunizaram uma compreensão densa do contexto abordado, além de apresentarem um grande desafio epistemológico.

Dos dois *planos de mirada* desenvolvidos, apresentarei a seguir alguns *marcadores* selecionados, que indicarão, ao longo do caminho, respostas e direcionamentos dos resultados do estudo.

4.1.1 Um olhar sobre o cenário nacional

Nessa etapa da investigação, foi adotado o referencial da análise de conjuntura (SOUZA, 2005), no sentido de descrever acontecimentos, cenários, atores e principais tensionamentos na área de Saúde Coletiva Brasileira diante da possibilidade da novidade da graduação em uma área de conhecimento relativamente madura, com produção científica e práticas sociais relativamente estabelecidas. De acordo com o autor:

A análise de conjuntura é uma mistura de conhecimento e descoberta, é uma leitura especial da realidade e que se faz sempre em função de alguma necessidade ou interesse. [...] é uma tarefa complexa, difícil e que exige não somente um conhecimento detalhado de todos os elementos julgados

importantes e disponíveis de uma situação determinada, como exige também uma capacidade de perceber, compreender, descobrir sentidos, relações, tendências a partir dos dados e das informações (p. 8).

Para Souza (2005), um acontecimento se distingue de um fato social, na medida em que carrega importância política para um determinado sujeito ou grupo social: “é que eles indicam sempre certos *sentidos* e revelam também a percepção que uma sociedade ou grupo social, ou classe tem da realidade e de si mesmos” (p. 11).

Outro elemento importante para a análise de conjuntura são os cenários, visto que influenciam possibilidades de ação, principalmente no que tange às relações de poder estabelecidas entre os atores. As relações de forças entre os atores também constituem elemento significativo da análise de conjuntura. Confronto, coexistência e cooperação revelam relações de força entre atores que resultam em domínio, igualdade ou subordinação, definindo, dessa forma, os resultados ou consequências de acontecimentos sociais. Para Souza (2005), “a relação de forças não é um dado imutável, colocado de uma vez por todas: a relação de forças sofre mudanças permanentemente e é por isso que a política é tão cheia de surpresas” (p.13).

Por fim, Souza propõe que se estabeleçam relações entre a estrutura e a conjuntura, buscando fios condutores entre os acontecimentos, traçando lógicas e relações entre acontecimentos atuais, sua história e suas perspectivas de futuro:

As categorias estratégia e tática são também instrumentos úteis para a análise da ação dos diferentes atores sociais. É possível buscar identificar diferentes linhas gerais de ação, as estratégias empregadas por estes atores para conseguir seus objetivos. [...] Se na estratégia observamos objetivos e linhas de ação mais gerais, na tática observamos os meios e formas mais particulares concretas de ação, tendo em vista a realização de estratégias determinadas. (SOUZA, 2005, p. 15.)

Souza (2005) lembra ainda que as análises de conjuntura devem estar sempre abertas a descobertas e a várias possibilidades de interpretação/transformação dos fatos sociais.

Nesse sentido, a história dos cursos de graduação na área de Saúde Coletiva será contada por seus protagonistas desde os primeiros debates e ideias até os dias atuais. Aproximando o olhar para esses cursos no cenário nacional, destaquei o interesse em conhecer quais foram os sujeitos e em que instâncias se encontraram para debater a pertinência da abertura dos CGSCs. Da mesma forma, busquei descrever as apostas que foram feitas no sentido de investir-se ou duvidar-se dessa iniciativa de formação, bem como os conflitos e interesses que estavam em jogo.

Para a realização dessa etapa da pesquisa, utilizei as técnicas de análise documental e entrevistas semiestruturadas com informantes-chave (ANEXO 3). Os documentos analisados foram acessados via internet por meio de pesquisa ou disponibilizados pelos próprios entrevistados, visto que foram participantes estratégicos para a viabilização dos CGSCs no cenário nacional. Relatórios de encontros de docentes (de 2002 e 2008), propostas de cursos e documentos postados na página eletrônica da ABRASCO foram importantes fontes utilizadas nessa etapa.

A identificação dos informantes-chave deu-se pela análise dos documentos e também por referência ou indicação dos primeiros entrevistados (método bola de neve). Nessa etapa, contei com a contribuição de dezesseis entrevistados de todo o Brasil, sendo treze docentes e três estudantes concluintes de cursos de graduação na área de Saúde Coletiva.

4.1.2 Um olhar sobre o cenário local

Da vivência como docente substituta, durante dois anos junto ao CGSC do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, surgiram inquietações e curiosidades que foram sistematizadas em um pequeno diário de campo, com relatos da experiência cotidiana. Percepções e sentidos atribuídos por docentes e discentes à vivência do curso foram analisados a partir de registros de observações participantes nesse diário de campo, que, para sua elaboração, seguiu a orientação de

[...] descrever acontecimentos repetitivos e atividades que constituem as rotinas do grupo que está sendo estudado, o que pressupõe a adoção de

uma dupla posição: estar em posição exterior para ouvir e ser um participante das conversações naturais das quais emergem as significações das rotinas (COULON, 1995, p. 112).

Do registro das observações, foram extraídas categorias empíricas para elaboração das demais etapas de registro do cotidiano local. E, a partir da sistematização das minhas experiências e percepções em interação com o cotidiano do curso, foram construídos os roteiros das entrevistas nesse mesmo cenário, no intuito de apreender os modos como os sujeitos implicados no curso constroem cotidianamente soluções para seus desafios em suas tarefas diárias de *produzir o curso* (COULON, 1995).

Um conjunto de questões que explora as relações estabelecidas cotidianamente entre o mundo da vida e o mundo do trabalho no cotidiano do curso foi investigado, em busca de significados, sentidos e atos do currículo em comunicação com o sistema local de Saúde, bem como a proposição de vivências no sentido de aproximar os estudantes do cotidiano do SUS local. Para tanto, documentos como o Projeto Pedagógico do CGSC da UFBA, ementas dos componentes curriculares e planejamento semestral foram consultados, buscando-se apreender os propósitos pedagógicos estabelecidos, o que gerou o conjunto de questionamentos em entrevistas semiestruturadas a seis docentes e cinco gestores do SUS local que haviam recebido estudantes em estágios curriculares (ANEXO 3).

Para entender as percepções dos estudantes sobre sua vivência no curso, foram realizadas duas seções de grupos focais, integrando a participação de quinze estudantes concluintes do CGSC da UFBA. As questões abordadas foram sistematizadas a partir da análise preliminar das entrevistas realizadas, tendo como foco principal a vivência do curso (ANEXO 3). Os grupos focais possibilitaram que, partindo-se da interação entre os membros, questões pudessem ser esclarecidas, complementadas, reelaboradas e validadas, aprofundando-se as análises de produção de significados e sentidos coletivos envolvendo a temática em questão.

4.2 PLANOS DE ANÁLISE

Minayo (2008), quando reflete sobre a questão dos referenciais de análise, demarca dois pressupostos. Inicialmente, trabalha a característica cíclica de uma pesquisa qualitativa, ou seja, não há consenso nem ponto de chegada no processo de produção do conhecimento e, portanto, as categorias analíticas e os dados coletados compõem unidades dialógicas. Já o segundo pressuposto se refere ao fato de que a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta. Evidencia-se, portanto, a relação de troca entre pesquisadora e o conjunto de sujeitos que colaboraram com a pesquisa como referência primordial para a construção do conhecimento.

Dessa forma, o princípio norteador da pesquisa foi a busca de relações entre a história, as implicações políticas e a produção de conhecimentos nos dois *planos de mirada* estabelecidos para analisar o surgimento dos CGSCs no cenário nacional, bem como suas possibilidades enquanto estratégia de enfrentamento dos desafios apontados pelas práticas em Saúde Coletiva, no contexto local.

Para cada *plano de mirada*, distintos planos de análise foram estabelecidos, dada a complexidade das informações sistematizadas e sua natureza. No cenário nacional, foi possível explorar as categorias propostas pela análise de conjuntura (SOUZA, 2005), sendo elas *atores, cenários, acontecimentos e relações entre conjuntura e estrutura*. No cenário local, lancei mão do conjunto de reflexões e inquietações que permearam todo o estudo, elaborando um quadro de referências que possibilitou a posterior análise diante de cada questão abordada, como indicado no mapa do estudo (ANEXO 2).

Assim, o tensionamento entre *transformação e reprodução* é um dos grandes marcadores que polariza a análise histórica e cotidiana dos CGSCs. As relações entre *ciência e vida cotidiana*, analisadas por Testa (1997) ao discutir a constituição dos *sujeitos* epistêmicos bem como a concepção de formação orientada para a inovação (SANTOS, B. S., 1995) foram também marcadores dos planos de mirada.

As relações entre o *mundo da vida*, o *mundo do trabalho* e o *mundo do conhecimento* (SANTOS, B. S., 1995) foram abordadas, no sentido de compor de

forma orgânica, o cotidiano do CGSC, em sua tarefa de constituição dos sujeitos epistêmicos de Saúde Coletiva. Para analisar a relação entre o mundo da vida, o mundo do trabalho e o mundo do conhecimento, lancei mão das contribuições que B. S. Santos (2010) apresenta em seu livro *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Essa leitura possibilitou-me aprofundar uma ideia que *pairou* durante todo o estudo: a construção da legitimidade e a escolha dos conhecimentos oferecidos aos estudantes durante a formação. O que define a escolha didática de uma teoria em detrimento de outras ou de uma metodologia em detrimento de outras inquietava-me diante do curso que se apresentava: o que é considerado conhecimento legítimo para a organização das práticas educativas no interior desse curso?

A *sociologia das ausências* é entendida por Boaventura de Sousa Santos como a “investigación tiene como objetivo mostrar que lo que no existe es, de hecho, activamente producido como no existente, o sea, como una alternativa no creible a lo existente” (SANTOS, B. S., 2010, p. 22). Para o autor, “La no existencia es producida siempre que una cierta entidad es descalificada y considerada invisible, no inteligible o desechable” (p. 22) e há várias maneiras de produzir ausências, todas orientadas por uma racionalidade monocultural.

Uma ausência pode ser produzida pela *monocultura do saber* ou *rigor do saber*, o modo de produção de ausências mais poderoso, pois prescreve que a ciência moderna e a alta cultura são os únicos critérios de verdade e qualidade estética.

A segunda forma de produção de ausências é a monocultura do tempo linear, que parte da ideia de que a história e o tempo têm direção e sentido únicos, conhecidos. Nesse tempo central, se acomodam os países centrais e suas produções; tudo o que for assimétrico é considerado não linear e, portanto, ausente. A ideia de contemporaneidade pautada na lógica ocidental esconde assimetrias dos tempos históricos e da simultaneidade de fatos e culturas em um mesmo tempo cronológico.

A lógica de classificação social é a terceira forma de produzir ausências: trata-se de negar a existência de hierarquias sociais, naturalizando-se as diferenças entre classes sociais:

La clasificación racial y la clasificación sexual son las manifestaciones más señaladas de esta lógica. Al contrario de lo que sucede en la relación capital / trabajo, la clasificación social se basa en los atributos que niegan la intencionalidad de la jerarquía social. [...] De acuerdo con esta lógica, la no existencia es producida bajo la forma de una inferioridad insuperable, em tanto que natural. (SANTOS, B. S., 2010, p. 23).

A quarta forma de produção de ausências é a *lógica da escala dominante*, na qual a escala adotada como principal determina a irrelevância de todas as outras. “En la modernidad occidental, la escala dominante aparece bajo dos formas principales: lo universal y lo global” (SANTOS, B. S., 2010, p. 23). Produções localizadas sob a esfera do local ou do particular não atingem o patamar do universal ou global e, portanto, não são críveis, na perspectiva da cultura dominante.

A lógica produtivista é a quinta forma de produzir ausências, assentada na monocultura dos critérios de produtividade capitalista. Nessa perspectiva, a meta de crescimento econômico se aplica tanto à natureza quanto ao trabalho humano:

La naturaleza productiva es la naturaleza máximamente fértil dado el ciclo de producción, em tanto que trabajo productivo es el trabajo que maximiza la generación de lucro igualmente em um determinado ciclo da producción. Según esta lógica, la no existencia es producida bajo la forma de lo improductivo, la cual, aplicada a la naturaleza, es esterilidad y, aplicada al trabajo, es pereza o descalificación profesional. (SANTOS, B.S., 2010, p. 24).

Em outra perspectiva, a *sociologia das emergências*, ao contrário da *sociologia das ausências*, trata de

[...] sustituir el vacío del futuro según el tiempo lineal (un vacío que tanto como es nada) por un futuro de posibilidades plurales y concretas,

simultaneamente utópicas y realistas, que se va construyendo en el presente a partir de las actividades de cuidado. (SANTOS, B. S., 2010, p. 24).

No exercício de fundamentar teoricamente as análises e correlações entre a *sociologia das ausências* e a *sociologia das emergências*, B. S. Santos (2010) recorre ao filósofo Ernst Bloch, que, em sua crítica à filosofia ocidental, tensiona os limites estáticos dos conceitos de *tudo (Alles)* e *nada (Nichts)* que sustentam a lógica monoculturalista da sociologia das ausências, “nos quais tudo parece estar contido como latência, mas de onde nada novo pode surgir. Daí que a filosofia ocidental seja um pensamento estático” (IDEM.) (p. 25). Por outro lado, o *possível* está contido no *todavía não (noch nicht)* e no *não (nicht)*, que orientam a ideia de *emergência*, abrindo horizontes para a utopia e para a criação.

Aprofundando essas ideias para o estudo da produção científica e teórica, B. S. Santos (2010) denomina a produção teórica sobre movimentos de criação e inovação como *teorias de retaguarda*: “pensar o impensado, ou seja, assumir a surpresa como ato constitutivo do trabalho teórico [...] trabalhos teóricos que acompanham muito de perto o trabalho transformador dos movimentos sociais”, em contraponto às *teorias de vanguarda*, “que por definição não se deixam surpreender”, constituindo-se em um “trabalho de liderança clarividente” (SANTOS, B. S., 2010, p. 19 – tradução da autora). Para o autor, as teorias de retaguarda possibilitariam formar trabalhando, trabalhar refletindo e refletir transformando.

Da construção desse *mosaico teórico-metodológico* elaborei o mapa conceitual (Figura 4), na perspectiva de orientar os *planos de mirada* e guiar a coleta e a análise dos dados:



Figura 4 - Mapa conceitual para a análise da formação e produção de conhecimento na Universidade

Fonte: Elaboração da autora, a partir de Mendes-Gonçalves (1992), Santos (1995; 2005; 2007; 2010), Testa (1992; 1997), Almeida Filho (2003), Bourdieu e Passeron (2008).

Além do *mapa conceitual*, para facilitar a análise do cenário local, criei um *quadro analítico*, incorporando as categorias e a possibilidade de cotejamento dos currículos do CGSC local, seja a proposta inicial registrada em alguns documentos informais e sistematizada a partir da fala dos entrevistados, seja o Projeto Pedagógico vigente do CGSC da UFBA e o currículo vivenciado, relatado nas entrevistas e nos grupos focais.

Para essa etapa de análise, as categorias escolhidas foram *integralidade*, *multidimensionalidade*, *flexibilidade curricular*, *transdisciplinaridade*, *protagonismo*, *democracia*, *integração com o mundo do trabalho* e *intersectorialidade*, elementos constituintes de uma formação voltada para a *inovação*.

Refletindo sobre a construção do conhecimento, Morin (2000) aponta o estabelecimento da dúvida como etapa fundamental desse processo, definindo-a

como o fermento de toda a atividade científica e crítica. Para ele, o uso da lógica, da dedução e da indução, constituiriam o que, inspirado nos gregos, chamou “serendipidade: arte de transformar detalhes, aparentemente insignificantes, em indícios que permitam reconstituir toda uma história” (p. 23).

Busquei, assim, problematizar a realidade, reconstituir histórias e percepções, articular teorias e vivências, ressignificar detalhes, remontar fatos e versões, fazendo com que o cotidiano e as vivências dos CGSCs constituíssem sentidos de compreensão e buscas de redimensionamento das práticas educativas, o que, por conseguinte, pode contribuir para o aperfeiçoamento cotidiano do curso, principalmente em sua relação com o Sistema Único de Saúde.

Vale ainda destacar que, em função dos distintos recursos metodológicos para a coleta de dados e da generosidade dos participantes da pesquisa, foi possível reunir um conjunto significativo de informações que extrapolou as questões da investigação, estando, portanto, disponível para estudos e análises posteriores.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, de acordo com a Resolução do CNS nº 169, de 10 de outubro de 1996. No trabalho de campo, todos os participantes foram convidados a assinar o termo de consentimento informado, após os esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa. Os sujeitos da pesquisa foram identificados pelo nome, após consentimento. Nos instrumentos de coleta de dados houve questões destinadas a esclarecer o objeto de pesquisa, e o informante pôde se negar a responder qualquer pergunta que julgasse inadequada (solicitando que o gravador fosse desligado), além de poder ter acesso à sua própria entrevista, bem como desistir de participar da pesquisa em qualquer momento.

É importante assinalar ainda que, por se tratar de estudo de análise de um processo em produção, as respostas, conclusões e percepções tendem a tomar um caráter também processual e provisório. De acordo com Feuerwerker (2002), essa característica produz uma dupla consequência: por um lado, reduz a natureza

absoluta e definitiva do estudo e exige maior prudência nas conclusões, para não serem geradas percepções equivocadas e/ou precipitadas sobre seus possíveis resultados. Por outro lado, entretanto, viabiliza a implicação no processo de mudança da realidade e uma possibilidade de corresponsabilização da pesquisadora com o processo em análise, por meio de um explícito compromisso ético-político de atuação para a melhoria da situação encontrada no cotidiano do curso, dos serviços e da gestão em Saúde.

5 CABE UMA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA?

*Eu arriscaria dizer que a grande efervescência do debate acerca das questões de profissionalização em Saúde Coletiva foi quando da organização dessas oficinas e da apresentação da utopia da graduação.
(Maria Lúcia Bosi-entrevista)*

Um acontecimento social não se dá de forma isolada, ou seja, não se desenvolve descolado de uma conjuntura e de uma estrutura, em que se imbricam fatores econômicos, sociais e políticos (SOUZA, 2005). Considerarei importante contextualizar o surgimento dos CGSCs no cenário mais amplo da Saúde Coletiva Brasileira, apontando o conjunto de forças e problemas que contribuíram para a emergência de uma nova forma de conceber a saúde e, por conseguinte, discutir o processo de criação dessa modalidade de formação profissional.

A Saúde Coletiva é uma criação brasileira (LIMA; SANTANA, 2006). Configura-se enquanto campo de saberes e âmbito de práticas desde a década de 1970, quando emerge do interior de algumas universidades e movimentos sociais como um conjunto de reflexões e ações, ressignificando o campo da Saúde no Brasil. Enquanto proposta, a Saúde Coletiva incorpora elementos da teoria da planificação, da epidemiologia e das ciências sociais ao campo teórico-metodológico, o que lhe dá um caráter interdisciplinar, para além da disciplina científica tradicional (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; PAIM, 2006).

Ao discutirem “a crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva”, Paim e Almeida Filho (2000) resgatam a trajetória histórica da Saúde Pública como prática e como ciência, recordando os primeiros esforços estabelecidos no intuito de prolongar a vida e prevenir doenças e incapacidades, tanto na perspectiva individual quanto comunitária. Descrevem, assim, alguns objetos e construtos sobre os quais o campo da Saúde vem se delineando e, principalmente, demarcando os caminhos pelos quais se constitui, no Brasil, a ideia de Saúde Coletiva, o que é reforçado pelo pensamento de Nunes (1994, p. 5):

Ao recuperar historicamente as ideias e os momentos que, num passado não muito distante, forneceram as bases para a emergência de um projeto denominado de Saúde Coletiva, podemos situar, para a América Latina, como data de referência inicial, a segunda metade dos anos 50, embora a sua trajetória não seja a mesma para todos os países latino-americanos. Assim, a partir de um núcleo inicial bastante homogêneo, para o Brasil a especificidade que iria adquirir a chamada Saúde Coletiva tomar-se-ia bastante evidente. Dessa forma, a fase que se estende por cerca de quinze anos, e que denomino de "pré-saúde coletiva", foi marcada pela instauração do "projeto preventivista". A segunda fase, até o final dos anos 70, não isola os ideais preventivistas, mas reforça a perspectiva de uma "medicina social", e, a partir de 80 até a atualidade, vai se estruturando o campo da "Saúde Coletiva".

São identificados como pressupostos básicos da Saúde Coletiva: uma concepção positiva da saúde, como estado vital, setor de produção e campo do saber, necessariamente construída e construtora da história; as ações de saúde como práticas sociais; a determinação social dos processos saúde-doença, as necessidades de saúde e a organização dos serviços de Saúde como objeto; e a compreensão das leis que organizam a sociedade, bem como o conhecimento e a ação sobre forças capazes de transformar a realidade como forma de produção de conhecimento (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Da mesma forma, a importância dos estudos sobre as tensões estabelecidas nas relações Estado-Sociedade, bem como liberdades individuais e responsabilidades coletivas e, ainda, os interesses públicos e privados são mencionados como questões relevantes na constituição do corpo teórico-epistêmico-político da Saúde Coletiva:

Como campo de conhecimento, a Saúde Coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social, analisa as práticas de saúde (processo

de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas como a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 62).

Os mesmos autores abordam, como objetos de intervenção da Saúde Coletiva,

[...] políticas (formas de distribuição do poder), práticas (mudanças no comportamento; cultura; instituições; produção de conhecimentos; práticas institucionais, profissionais e relacionais); técnicas (organização e regulação dos recursos e processos produtivos; corpos/ambientes); e instrumentos (meios de produção da intervenção) (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 69-70).

Em relação à constituição da Saúde Coletiva Brasileira, Carmen Teixeira resgatou análises fundantes, principalmente no que tange às relações entre Estado, saúde e sociedade, demarcando as inquietações de um grande grupo de intelectuais latino-americanos que fomentaram e cultivaram a utopia de produzir outros referencias para a saúde. Para ela,

[...] esse Estado pensado pela nova Saúde Pública tem Júlio Frank à frente, no México. É um estado reduzido, é um estado mínimo, e era exatamente sobre isso a discussão que tínhamos naquele período. O neoliberalismo propunha uma redução do papel do Estado, um Estado mínimo. Vivíamos esse ajuste neoliberal com Collor, nós estávamos exatamente no governo Collor. E a Saúde Pública corria o risco de se transformar numa coisa completamente complementar ao modelo médico, hospitalocêntrico, privatizado, o oposto do que estávamos tentando implantar no Brasil com o SUS. Então, era muito interessante. Havia uma discussão nossa aqui [...] sobre nossa dificuldade de sermos um departamento da Faculdade de Medicina. Ou seja, já não nos identificávamos mais com a Medicina, já sabíamos que o que fazíamos superava os muros da Faculdade de Medicina. E

conectávamos essa discussão de criação de uma unidade acadêmica nova com o crescimento da Saúde Coletiva no Brasil e a luta contra o neoliberalismo na saúde internacional (Carmen Teixeira - entrevista).

Os movimentos de crítica ao modelo biomédico e a tentativa de elaboração de outros modos de produção da saúde ficam claros na fala da entrevistada, o que se tornou vivo também durante todo o processo da pesquisa: na medida em que as entrevistas iam sendo realizadas, cada fragmento foi remontando uma história complexa, articulada, viva e coerente, na perspectiva de produzir presenças em contraposição às ausências descritas por B. S. Santos (2007). Cada participante mobilizou *pedaços da história* que foram dando as cores de um cenário de luta, trabalho e esperança, na construção de outras formas de organizar a vida, o conhecimento e o trabalho na área de Saúde.

Paim (2006) demarca possibilidades de transcendência da saúde aos limites administrativos da atuação governamental, a partir dos movimentos da participação social e de outras lógicas de produção do cuidado, como, por exemplo, a vigilância da saúde; trata de um ideário que foi aos poucos constituindo o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, amálgama da qual emergiu a Saúde Coletiva Brasileira. Corroborando essa ideia, Nunes (1994), ao analisar a trajetória científica da Saúde Coletiva, discute a questão da interdisciplinaridade que constitui o campo e destaca que Epidemiologia, Ciências Sociais e Política, Planejamento & Gestão reúnem núcleos disciplinares que apresentam conjuntos de conhecimentos construídos ao longo da história da ciência que se interligam e compõem o conhecimento interdisciplinar que sustenta a Saúde Coletiva.

A possibilidade de criação de cursos de graduação na área vem sendo abordada no âmbito da Saúde Coletiva Brasileira desde a década de 1980, quando era discutido o ensino de Saúde Coletiva em relação às demais formações e apontada a necessidade de antecipação da formação do sanitarista. Em publicação datada do início dos anos 2000, Elias (2003, p.167) apresenta uma reflexão interessante que ampara alguns debates subsequentes:

O termo graduação é relativamente geral e impreciso. Derivado do latim *gradus*, graduação se refere a grau, substantivo masculino que

significa passo, medida, hierarquia e intensidade (e devemos reter estes dois últimos significados), disseminado na língua portuguesa no século XVI (Cunha, 1994). Segundo Houaiss (2001), graduação comporta seis significados, dentre eles: curso de nível universitário; faculdade; bacharelato; terceiro grau; conclusão de curso de terceiro grau; formatura. Portanto, é lícito supor que o núcleo do termo graduação diz respeito à profissionalização ou à formação de profissionais, neste caso em Saúde Coletiva. Já a profissão envolve a necessidade de um campo de conhecimentos e/ou de práticas socialmente requeridos nos quais os indivíduos preparam-se para exercê-los ou não.

Sobre os primeiros debates, Bosi e Paim (2010, p. 2030), ponderando sobre uma certa arbitrariedade em se demarcar a gênese de processos sociais, mencionam uma série de reuniões realizadas

[...] no início da década de oitenta, no âmbito do movimento crítico em Saúde, com o propósito de discutir os centros formadores na graduação, voltados ao ensino da Epidemiologia, das Ciências Humanas e Sociais e do Planejamento, isto é, cuidar do ensino da SC na graduação das profissões de Saúde. Nessa perspectiva, uma das primeiras iniciativas da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), ao lado da defesa das residências em Medicina Preventiva e Social, foi a realização de uma reunião nacional, em 1983, para discutir o ensino da SC na graduação. Àquela época, embora a intenção de uma graduação em SC não se explicitasse, já prevalecia a ideia de que um investimento nessa formação profissional constituía estratégia importante para a proposta da RSB, ao ponto de os participantes recomendarem a organização de um "Núcleo de Graduação" na Abrasco, além de uma articulação dessa entidade com a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e com os departamentos de medicina preventiva e social (p. 2030).

Teixeira (2003) descreve o contexto de discussão que apontou a necessidade de criação de uma formação graduada que incorporasse o conjunto de práticas e saberes do sanitarista, ressaltando importantes encontros nos quais essa temática foi abordada. Segundo a autora,

[...] em setembro de 2002 foi organizada uma Oficina de Trabalho, reunindo dirigentes da UFBA, representantes de Universidades, Ministério da Saúde, OPAS (Organização Panamericana de Saúde) e ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), com o objetivo de analisar a pertinência e viabilidade de criação do curso na atual conjuntura, levando-se em conta o desenvolvimento teórico-conceitual da área de Saúde Coletiva e a experiência acumulada no processo de reforma do Sistema de Serviços de Saúde Brasileiro, especialmente as tendências de mudança do modelo de atenção à saúde e as demandas do mercado de trabalho no setor (UFBA/ISC, 2002). Os debates travados durante a Oficina conduziram à conclusão de que é oportuno avançar na elaboração do projeto político-pedagógico do curso, bem como ampliar a reflexão em torno da pertinência de sua implantação, não só na UFBA, mas em outras instituições de ensino superior no país (TEIXEIRA, 2003, p. 163).

No decorrer do texto, Teixeira destaca, entre os principais motivos para a criação dos cursos de graduação na área de Saúde Coletiva, a necessidade de encurtar o tempo da formação, evidenciando a importância dos conhecimentos de Saúde Coletiva e contribuindo para a reorientação dos modelos de atenção. Dessa forma, profissionais de Saúde Coletiva estariam inseridos no cotidiano de todos os serviços e não exclusivamente no âmbito da gestão mais central, como ocorre tradicionalmente.

A antecipação da formação dos sanitaristas foi trazida à pauta por alguns entrevistados, constituindo-se como o argumento mais forte na defesa da criação dos CGSCs. Sobre a pertinência e a oportunidade de criação dos cursos de graduação, Maria Lúcia Bosi reforçou igualmente os movimentos e debates

apontados por Teixeira (2003), resgatando a memória dos debates travados na época:

[...] aquela discussão sobre o pensamento crítico em Saúde em concomitância com os processos de luta pela redemocratização que ocorriam no Brasil e nas ditaduras latino-americanas tem como precursores Juan César García, o pensamento crítico da Saúde sistematizado por Everardo Nunes e Cristina Laurell, no México, e todo aquele grupo de sanitaristas seminais aqui no Brasil: Arouca, Cecília Donnangelo, por exemplo. Enfim, curiosamente, a área de Saúde Coletiva — e isso para mim foi objeto de muito interesse — era uma pirâmide invertida (Maria Lúcia Bosi - entrevista).

Ainda falando sobre os movimentos fundantes da Saúde Coletiva Brasileira, Carmen Teixeira relatou sua percepção acerca da trajetória de criação do curso de graduação no contexto do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, remontando à própria história da Saúde Coletiva, seu caráter militante e transformador:

[...] a luta pela saúde não era apenas estatal, ou seja, nós precisávamos, inclusive, superar a visão tradicional que atribuía à Saúde Pública uma função do Estado. Isso vem da noção de polícia médica, lá da Alemanha, e da reforma sanitária inglesa.[...] Precisávamos pensar que os movimentos sociais, as ONGs, as redes sociais seriam espaços cada vez mais importantes na luta pela saúde. E acontecia o contrário: em vez de se reduzir o papel do Estado, estava-se fazendo exatamente o contrário. Estava-se imaginando que a saúde se tornaria, ou tenderia a se tornar uma questão pública, mas um público diferente do estatal (Carmen Teixeira - entrevista).

Sobre o caráter transformador atribuído à Saúde Coletiva, Eduardo Mota destacou o pioneirismo de alguns grupos, entendendo, inclusive, que a criação de cursos de graduação tornava-se parte de um projeto maior para as mudanças necessárias que se anunciavam nos coletivos que vinham se formando:

Para entendermos o surgimento de um curso de graduação na área de Saúde Coletiva no Brasil, temos de ir às raízes do ensino de Saúde Coletiva. E essas raízes estão na pós-graduação na área de Saúde Coletiva, nos departamentos e depois institutos de Saúde Coletiva que surgiram no Brasil, entre os quais o ISC/UFBA é um dos pioneiros. Quando começamos a nossa pós-graduação, existia a pós-graduação da Fiocruz/ENSP e a pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. Deveria haver algum curso lato sensu de escolas particulares, que já existiam àquela época, mas, no âmbito de uma universidade pública, de uma escola pública, nós e mais duas ou três escolas fomos pioneiros na pós-graduação e, depois, fomos pioneiros na graduação (Eduardo Mota - entrevista).

Uma das principais questões que circulou nos debates acerca da criação dos CGSCs foi a aproximação entre a formação e as necessidades de saúde e do sistema de Saúde, o que gerou uma indagação em relação à origem da ideia de criação dos CGSCs. Seria uma demanda dos serviços de Saúde ou uma necessidade construída nos espaços acadêmicos?

Penso que o fato de termos um SUS com muitas oportunidades de debates, congressos e outras ações nesse sentido fazem da Universidade (amplo senso, não todas), um lugar que absorve as questões de Saúde Pública com mais facilidade. Enquanto movimento, a ideia de criação dos cursos acho que foi mesmo da Universidade... (Tania Celeste Nunes - entrevista).

Ainda sobre essa questão, Ruben Mattos evidenciou que o trabalho na área de Saúde demanda a realização de algumas tarefas como

[...] a criação de núcleos de Epidemiologia dentro dos hospitais; a perspectiva de gerência de programas, que era a perspectiva que organizava a Saúde Pública [...] funções que tinham necessidades de uma magnitude muito maior do que a capacidade da pós-graduação. Esse era um argumento que se apresentava de uma maneira muito

importante e apontava a ideia de uma formação graduada para esse tipo de questão (Ruben Mattos - entrevista).

Ao que tudo indica, o movimento pela criação de cursos de graduação surge de um grupo localizado nas universidades mas em conexão com as necessidades do sistema de Saúde que estava sendo *gestado* à época. O conjunto de problemas levantados e a emergência da Saúde Coletiva parecia deixar um lugar claro para uma formação em nível de graduação, como destacou Jairnilson Paim:

[...] já se fazia uma ideia de independização da Saúde Pública em relação à Medicina. Isso, inclusive, está no próprio discurso do presidente da OPAS na época, Carlyle Guerra de Macedo, na abertura do seminário, do encontro que houve em Nova Orleans. [...] Na Conferência Pan-Americana de Saúde Pública em 94, no Rio de Janeiro, já se abordou essa tese da separação da Saúde Coletiva ou da Saúde Pública do guarda-chuva da Medicina, entendendo-se que era um espaço distinto. Isso já configurava a pertinência de se ter também uma graduação em Saúde Pública ou em Saúde Coletiva. Os sanitaristas brasileiros eram todos formados, desde Paula Sousa, na Johns Hopkins, então isso foi incorporado em toda a América Latina estando a área sob a influência dos Estados Unidos. E, para romper com isso, para mostrar que Saúde Pública ou Saúde Coletiva não é uma especialidade médica mas um outro campo de conhecimentos e de práticas, precisava-se não só de um grande espaço para desenvolvimento dessas práticas, mas de rupturas teóricas, epistemológicas, que vão ser feitas não pela Saúde Pública, mas pela Saúde Coletiva dos anos 70 para cá. [...] já tínhamos maturidade teórica e epistemológica para definir o próprio campo (Jairnilson Paim - entrevista).

A questão da “independização” da Saúde Pública/Coletiva em relação à Medicina parece ser um argumento significativo para a discussão acerca da criação dos CGSCs. Na medida em que se cria um corpo sistematizado de conhecimentos e

um campo específico de atuação profissional, se viabiliza uma formação graduada destinada a uma ocupação específica e a legitimação do espaço da Saúde Coletiva ganha força. Um corpo de conhecimentos e um grupo de sujeitos comprometidos com os movimentos de mudanças na saúde e, especialmente, na formação dos profissionais começa a definir o conjunto de argumentos que viria mais tarde a justificar a criação de cursos de graduação.

Bosi e Paim (2010) destacam ainda que a existência de um curso de graduação na área de Saúde Coletiva impulsiona e qualifica a pós-graduação, pois proporciona novas condições e oportunidades para um aprofundamento de conhecimentos e um aprimoramento de habilidades e atitudes “possibilitando que esses recuperem sua natureza que muitas vezes se empobrece com versões minimalistas” (p. 2035). Defendem que a

[...] graduação irá favorecer a qualificação dos futuros sanitaristas [...] 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 (p. 2036).

Ao mesmo tempo em que se constituía um conjunto de argumentos favoráveis à criação dos CGSCs, uma série de preocupações era levantada, vinculada essencialmente à dinamicidade da área de Saúde Coletiva e à capacidade operacional para um investimento de tamanha densidade. As principais tônicas eram o enfraquecimento do ensino de Saúde Coletiva nos demais cursos de formação profissional, a tendência à criação de um campo de conhecimento e de um espaço de mercado de trabalho especializados, o que iria de encontro à própria natureza interdisciplinar e plural da Saúde Coletiva Brasileira e à necessidade de uma formação prévia, dada a complexidade e densidade dos conhecimentos que vinham sendo produzidos e demandados nas práticas dos sanitaristas, ou seja, a defesa de manutenção de uma formação pós-graduada.

Alguns achavam que essa coisa era um absurdo; Saúde Coletiva era pós-graduação. E não houve possibilidade [de criação do CGSC na

UERJ [...] Na verdade, era como se houvesse a premissa de que certos conhecimentos básicos da área de Saúde seriam transformados pela linha de Saúde Pública, de Saúde Coletiva. Ficou evidente que não havia massa crítica para começar a pensar sobre o projeto e não se levou esse projeto adiante porque não era minimamente viável (Ruben Mattos - entrevista).

Para além do caráter interdisciplinar, alguns argumentos apontavam a necessidade política de transformação das demais formações, e o perigo de um possível *enclausuramento* da Saúde Coletiva:

Na verdade, era um debate que todo mundo que era envolvido com mudanças na graduação das profissões de Saúde tinha trinta pés atrás para a graduação na área de Saúde Coletiva. Porque havia esse discurso: “Pronto, então fazemos a nossa e não temos nada a ver com os outros”. Era um discurso muito comum à época. Isso era preocupante. E todo mundo que estava apostando dizia: “Como assim?” (Laura Feuerwerker - entrevista).

Maria Lúcia Bosi, ancorada no referencial da Sociologia das Profissões construiu, a princípio, um conjunto de argumentos contrários à criação dos CGSCs, o que, de acordo com ela própria, foi revertido durante debates e estudos no processo de amadurecimento das questões junto ao Núcleo (hoje Instituto) de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro:

De início, a minha posição foi a posição que mais tarde eu viria confrontar. Veja que interessante. Minha posição era contra, e isso foi fantástico, porque me permitiu experienciar. Não foi só pensar, foi sentir na alma mesmo, sentir na carne a dificuldade que depois meus colegas iriam colocar e os obstáculos com os quais iríamos nos confrontar. Antes mesmo de eu pensar o projeto, a princípio eu era contra. [...] (Maria Lúcia Bosi - entrevista).

E argumentou seu posicionamento:

Tive o referencial da Sociologia das Profissões para trabalhar a posição de paramédico; era praticamente isso, uma categoria analítica, sociológica. Eu trabalhei isso operacionalizando no campo e nesse referencial e, então, comecei a ativar, a reativar nas discussões [...] E a minha posição era a de discutir um tanto teoricamente ou conceitualmente a possibilidade e a oportunidade de se criar uma Saúde Coletiva muito afinada com uma discussão própria da Sociologia das Profissões. A minha indagação era se tinha a ver, se era o caso... Em outras palavras, em termos mais sociológicos, se a Saúde Coletiva abarcaria ou justificaria a eclosão de uma profissão no sentido sociológico do termo. Ou seja, uma corporação que se sustentaria numa identidade própria e uma autonomia com certo conjunto de saberes e de práticas (Maria Lúcia Bosi - entrevista).

O que define uma profissão, para o referencial da citada Sociologia das Profissões é a existência de um corpo de conhecimentos específicos e um conjunto de ações delimitadas, devidamente registradas e reguladas pelo Estado. No entanto, a pertinência dessa discussão ainda pode ser questionada, no sentido de refletir-se se, de fato, a criação de uma profissão estaria em questão. Distinta de uma ocupação, a profissão parte de um núcleo específico de saberes, com regulação pública. O que vimos constituindo na área de Saúde Coletiva Brasileira é um conjunto de saberes e fazeres que transcende o campo da Saúde e caracteriza ações interdisciplinares. Essa discussão ainda se constitui um dos grandes desafios da Saúde Coletiva que se retoma com a abertura dos CGSCs:

Então, há um debate teórico que, na verdade nunca foi enfrentado, nunca foi aprofundado. Qual é, de fato, a diferença entre se ter uma profissão e qual é o núcleo dessa profissão, o que lhe confere uma especificidade e uma especialidade? É uma especialidade da área de Saúde, mas nem só da área de Saúde, porque, historicamente, o sanitarista tem sido alguém de qualquer área, pode ser uma pessoa da física, da matemática... (Carmen Teixeira - entrevista).

Outro núcleo de dissenso foi a inserção dessa formação na área de Saúde. Como seria possível formar um profissional da área de Saúde sem a perspectiva clínica ou biológica? Carmen Teixeira e Laura Feuerwerker recordaram essas preocupações correntes:

E começavam as questões. Como é que se vai formar uma pessoa da área de Saúde sem estudar anatomia, sem estudar fisiologia, sem estudar o corpo, sem estudar clínica. Essas questões permanecem até hoje, porque, no fundo, o que está por trás é: qual é o núcleo de conhecimentos desse curso? (Carmen Teixeira - entrevista).

A outra questão é: como seria mesmo que uma pessoa, sem nenhuma preparação, como seria mesmo a aproximação dessa pessoa ao corpo? Seu objeto de trabalho não é o corpo das pessoas? Que aproximação ela vai ter? Igual à das outras pessoas? Como seria isso? Era uma interrogação (Laura Feuerwerker - entrevista).

O conjunto de conhecimentos que integram a Saúde Coletiva incorpora e transcende a dimensão do cuidado individual, visto que, até então, todos os sanitaristas tinham uma profissão “de formação”, como muitos referem durante as entrevistas. Somada a esta preocupação, cabe ainda a capacidade de diálogo com a área do cuidado, inerente, por exemplo, à função de gestão exercida pelos sanitaristas. Em relação a esse argumento, Roberto Medronho destacou:

O perfil clínico eu não acho necessário. Não no sentido de clinicar, isso não é necessário. Agora, o conhecimento sobre as doenças, o entendimento da produção das doenças, os mecanismos fisiopatológicos das doenças e, eventualmente, das doenças transmissíveis, acho absolutamente fundamental. [...] Temos um curso de graduação com ensinamentos da área de Biologia, de Etiologia, de Embriologia, que vem se chamando de aparelhos morfofuncionais, uma série de disciplinas que seriam teoricamente da área básica de Saúde (Roberto Medronho - entrevista).

O contraponto assinalado pelo entrevistado suscita a retomada da própria constituição dos fazeres e saberes do sanitarista, dada a necessidade de trânsito nas questões da produção do cuidado, sem necessariamente tratar de agravos à saúde. De acordo com Paim (2006), as atribuições do sanitarista seriam o conhecimento sobre doenças, riscos e agravos determinantes dos processos saúde-doença; a cooperação com os demais profissionais na produção do cuidado; o apoio ao desenvolvimento de estratégias voltadas para a diretriz da integralidade e para o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais e a produção de conhecimentos, considerando-o, assim, um técnico de necessidades e um gerente de processos coletivos de trabalho em Saúde. Talvez resida na multiplicidade a grande fortaleza do sanitarista.

[...] o que seria a potência de um profissional formado na graduação para conseguir lidar com uma forma de desempenhar essas tarefas que estavam espalhadas por vários lugares, mas que, se não tinham mercado de trabalho definido, tinham práticas, e essas práticas não estavam sendo exercidas por profissionais da área de Saúde Coletiva, embora houvesse alguns profissionais formados na pós-graduação que ocupavam espaços nessas tarefas [...] ou seja, olhando-se o que era o espaço de treinamento, de diagnóstico comunitário, de trabalhar as questões, vê-se que alguma coisa faz interface com a residência multiprofissional: trabalhar as questões do ponto de vista de levantamento de necessidades, de operar com técnicas de programação e planejamento, de operar com a vigilância epidemiológica. Essas ações os nossos doutorandos de Planejamento e de Epidemiologia não são capazes de desenvolver, porque não formamos mais desse modo (Ruben Mattos - entrevista).

Vale ainda destacar a metáfora utilizada por Maria Lúcia Bosi, ao definir as ações do sanitarista e suas distinções em relação aos demais profissionais da área de Saúde:

Eu acho que se tem uma graduação de extraordinária complexidade, isto é uma espécie de maestro no âmbito da saúde, onde o violino continua sendo do violinista — para usar uma metáfora —, o piano do pianista... E aí se distribui isso de acordo com a sua imaginação. (risos) O profissional extra ele não tem o instrumento. Ele toca violino, toca trombone, eventualmente. [...] Mas ele orquestra o trabalho e ele faz trabalhos que têm o concurso de todos. Como se vai fazer vigilância epidemiológica se não se tem um médico, não se tem um infectologista, não se entende de biologia? [...] Mas ele está ali dando o tom, trabalhando contextos e cenários no nível do panorama, não é da especialidade, mas especialidade não conflita com o todo, dentro de uma visão, a qual eu ainda acrescento, lembrando Morin, que é a visão da complexidade. A posição do maestro é a posição em que se tomam o todo e as partes e esse conjunto todo que seria essa sinfonia que eu chamo de saúde (Maria Lúcia Bosi - entrevista).

A ideia de uma sinfonia composta pelos diversos profissionais orquestrada pelo sanitário possibilita a discussão acerca do trabalho em equipe e, por conseguinte, abre margens para a discussão de uma atribuição específica de funções, como também relatou Ricardo Ceccim, quando recordou o processo de definição da formação a ser oferecida pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, no início dos anos 2000. Para o entrevistado, tornava-se necessária a oferta de uma formação nova, que respondesse, ao mesmo tempo, às necessidades do sistema de Saúde e da população:

[...] o curso foi criado e ganhou o nome de Administração de Serviços e Sistemas de Saúde, entendido como um curso da área de Saúde Coletiva (Ricardo Ceccim - entrevista).

A redução da formação/futuro exercício profissional ao campo da Administração, afastando os sanitários da perspectiva interdisciplinar e historicamente militante da Saúde Coletiva Brasileira, foi mencionada por João Campos:

Eu me lembro de uma outra experiência que se apresentou como um esforço em Saúde Coletiva de tentar qualificar um determinado tipo de profissional para o aprimoramento do SUS que era o administrador hospitalar [...]. Defendia-se uma residência de Administração Hospitalar em conjunto com a Medicina Preventiva num programa chamado PROAHSA,² que eu acho que teve financiamento da OPAS, e várias instituições acabaram criando curso de graduação em Administração Hospitalar. E se dizia que os profissionais egressos desses cursos não se tornavam os diretores superintendentes dos hospitais, porque esses cargos continuaram sendo ocupados pelos médicos, pelas pessoas que tinham liderança, que tinham, enfim, prestígio político, apoio, etc. Por maior que tivesse sido o esforço de qualificação dos gestores hospitalares, a questão da gestão hospitalar era essencialmente política. Então, eu me lembro que se perguntava: “Será que esse profissional vai superar essa barreira ou essa questão?” (João Campos - entrevista).

O que o levantou entrevistado remete a uma inquietação, relacionada também com a experiência prévia da formação em Administração Hospitalar e em Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, criadas inicialmente no âmbito da Saúde e rapidamente incorporadas ao campo da Administração.

A questão do mercado de trabalho e da inserção profissional também gerou controvérsias, pois, na medida em que se pensava na futura inserção dos sanitaristas formados nos CGSCs no mercado de trabalho, questões como a organização dos processos de trabalho, a viabilização de carreiras e até a produção do trabalho em equipe começaram a ser vislumbradas como desafios:

O segundo argumento era mais pragmático e dizia respeito ao mercado de trabalho. “Onde é que essas pessoas vão trabalhar? Vamos iniciar um curso, e se não existir uma necessidade social? Os concursos existirão?”. E até hoje essa preocupação está aí. É uma preocupação

² Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas da FMUSP e Fundação Getúlio Vargas.

por não sermos irresponsáveis diante de um contingente enorme de jovens que precisam, que querem entrar na Universidade, que querem ter um diploma, que querem trabalhar, e não se pode simplesmente criar um curso se não houver uma perspectiva futura de inserção dessas pessoas no mercado de trabalho (Carmen Teixeira - entrevista).

Ainda sobre o mercado de trabalho, Bruno Guimarães evidenciou uma preocupação atual, dada a chegada dos estudantes de Saúde Coletiva a seu local de trabalho, também campo de práticas e estágios para os estudantes. Ele lembra que a recepção dos estudantes mobilizou na equipe um sentimento ambíguo. Se, por um lado, havia a expectativa de conhecer os futuros profissionais, seus conhecimentos e possibilidades de atuação junto à equipe, por outro, questões práticas como inserção no plano de carreira, concurso e remuneração “assombravam” nos primeiros encontros:

Já havia uma expectativa da bagagem de informação, de eles virem mais qualificados para pensar sobre as coisas que são importantes para a gestão: planejamento, avaliação, monitoramento, percepção do sistema como um todo, articulação do serviço de atenção... Então, tínhamos essa expectativa de eles terem o olhar mais ampliado [...] Quando pensávamos administrativamente, tínhamos um problema, porque já havia uma certa pressão, entendendo todo o contexto político [...] entendendo que esse seria o momento oportuno de tentar fazer com que essa graduação se inserisse no quadro de cargos da SESAB, já antevendo o futuro dos alunos, depois podendo fazer concurso público para entrar. Já vinha também com essa encomenda [de abrir espaço para a carreira de sanitarista com nível de graduação] que mobilizou o grupo todo e, sobretudo, os sanitaristas que já estavam lá, considerando que eles não aceitavam e não aceitam até então o fato de ter-se um graduado recebendo o mesmo valor remuneratório e sendo tratado igual a um sanitarista que é um graduado e de uma formação básica com a pós-graduação, considerando que tem um passivo, já que sanitarista fez a sua graduação de quatro anos, depois

uma especialização de dois, três anos, não sei quantos anos, e isso foi o que o habilitou a ser sanitarista, e esses alunos, esses graduandos seriam só habilitados com a graduação. Isso criou o primeiro grande desconforto na gestão, inclusive o grupo que foi criado para fazer toda a discussão da carreira acabou parando e travando em determinado momento por conta disso (Bruno Guimarães - entrevista).

Esse relato traz à tona o universo do *mundo do trabalho* com grande intensidade: dentro dos serviços, existem demandas, expectativas e restrições que até então não haviam sido tocadas, mesmo sendo objeto de preocupações quando das discussões acerca da viabilidade de criação dos CGSCs. Esses desafios tornaram-se vivos com a concretude dos cursos, que será discutida oportunamente.

Ainda sobre o mercado de trabalho, Paulo Buss sintetizou o que alguns entrevistados relataram, isto é, a necessidade de formação e rápida inserção desses profissionais no cotidiano do SUS, em todas as suas instâncias:

Nós precisamos cada vez mais de profissionais envolvidos em Saúde Pública em atenção básica, em outros níveis de atenção, em lugares como as secretarias municipais e estaduais, na direção de programas, de projetos, inclusive na direção de instituições e, se vêm de universidades e de institutos bem preparados, eu acho que é uma bênção para o sistema de Saúde do Brasil. Então, nas conversas que tínhamos, dizíamos: “Não haverá obstaculização por parte da ENSP, da Fiocruz; ao contrário, nós apoiaremos integralmente” (Paulo Buss - entrevista).

Da escuta dos entrevistados, foi possível reunir um conjunto de argumentos que apontam historicamente para a definição de um contexto favorável à criação de cursos de graduação, o que culminou com a abertura dos primeiros deles, em 2008. Para Roberto Medronho, todo o processo de discussão vivenciado contribuiu para o fortalecimento e amadurecimento da ideia de criação do curso.

Os futuros egressos irão fazer uma revolução, eu não tenho dúvida nenhuma. Eles vão questionar a tudo e a todos, inclusive a nós

mesmos! E eu quero que eles façam isso, porque é assim que se caminha, que evolui a humanidade e as humanidades de maneira geral. [...] Mas acho que ter participado desse movimento e dos encontros com vários companheiros para construir esse movimento, foi, para mim, uma das melhores obras, uma das de que mais me orgulho (Roberto Medronho - entrevista).

A seguir, discorro sobre a forma como o surgimento desses argumentos se tornou possível, no âmbito de uma conjuntura específica analisada por meio de seus cenários, atores e acontecimentos (SOUZA, 2005). Cabe destacar que não foi sempre possível a construção de uma cronologia linear, já que, quando necessário, privilegiei a análise dos atores, que se inseriram nos distintos cenários em distintos momentos.

5.1 CENÁRIOS, ATORES E ACONTECIMENTOS

Durante o percurso de debates, publicações e produção no sentido de amadurecer a ideia da criação dos CGSCs no contexto brasileiro, vários atores se envolveram tanto na proposição, discussão e elaboração das primeiras propostas quanto na organização e financiamento de debates.

Tânia Celeste Nunes relatou que, no início da década de 1980, teve a oportunidade de participar de algumas conversas, no espaço da FIOCRUZ, nas quais o tema foi cogitado. E resgatou uma das primeiras discussões, no contexto de avaliação dos cursos descentralizados da ENSP:

Houve uma reunião com Sérgio Arouca, com Mário Hamilton, com Paulo Buss e Arlindo Fábio, e, dentro de um contexto de avaliação dos cursos descentralizados, se discutiu, fortemente, em algum momento, se se deveria permanecer somente com essa linha ou se se deveria ampliar para a formação graduada. E, naquela época, todos foram veementes em dizer que não, que essa era uma formação pós-graduada. Isso deve ter sido no final dos anos setenta (Tânia Celeste Nunes - entrevista).

A justificativa para esse argumento foi localizada no caráter interdisciplinar e multiprofissional da Saúde Coletiva e na configuração de um objeto multifacetado, o que não justificaria a criação de um núcleo de conhecimentos específico.

Ainda em relação ao cenário ENSP/FIOCRUZ, Paulo Buss referiu:

Mas eu defendia muito e compreendia que a Saúde Coletiva não é uma questão docente, mas uma questão de profissionais cujo objeto é a saúde, não a doença. Ou seja, o processo inteiro da vida do indivíduo, que começa na concepção até sua morte, em todas essas coisas que se fala: promoção, prevenção, recuperação, assistência à recuperação, cuidados paliativos... e também com uma dimensão social. [...] Para mim, esse é o campo da Saúde Coletiva e, portanto, cabia a formação de um profissional que cuidasse do processo saúde-doença enquanto uma questão coletiva e nas dimensões dos determinantes sociais, das condições econômica, social, ambiental, etc. Por isso eu dizia: “Como presidente da Fiocruz, como diretor da ENSP, eu acho fundamental essa experiência, acho fundamental implantar-se um programa dessa natureza, uma iniciativa dessa natureza em universidades que são fortes no campo da Saúde Coletiva” (Paulo Buss - entrevista).

Embora não exista institucionalmente a possibilidade de criação de cursos de graduação no âmbito da ENSP, dado seu caráter de Escola de Governo voltada para a pós-graduação, ela se constituiu, historicamente, em um espaço de debates no que diz respeito às questões cruciais da Saúde Coletiva Brasileira. Portanto, tanto no contexto científico, quanto no político, a posição favorável de um dos dirigentes da FIOCRUZ no período das discussões ponderando a viabilidade de uma formação graduada no contexto da Saúde Coletiva Brasileira tomou certo destaque na construção dos argumentos favoráveis à criação dos CGSCs. O entrevistado destacou dois argumentos importantes, quais sejam o caráter interdisciplinar e a redução do tempo da formação.

A Rede Unida, associação criada na década de 1990, a partir da integração entre os projetos União Universidade-Comunidade (UNI) e de Integração Docente-Assistencial (IDA), desenvolvidos no Brasil na década de 1980, é uma rede que

integra Universidade, sistema de Saúde e comunidade. Com o intuito de alicerçar, de forma contínua, os debates e as ações de mudança na formação, articuladas com as mudanças no sistema de Saúde, a Rede Unida também tem sido um ator importante nos debates sobre a criação dos CGSCs. Nesse sentido, João Campos contextualizou os debates suscitados em relação à criação desses cursos, resgatando a preocupação de um coletivo que esteve durante anos envolvido com a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área de Saúde:

Naquele momento, o debate que estava colocado centralmente discutia essa questão, todo esse esforço de construção, de diretrizes comuns, de competências gerais para todas as carreiras. E, entre essas competências gerais, havia um esforço muito grande de aproximação da formação com a questão do serviço do SUS particularmente, e, nessa aproximação, entendíamos que a graduação em Saúde Coletiva de certa forma sabotava esse processo, na medida em que se estava dizendo para todas as carreiras da área de Saúde que se tinha de ter uma formação em Saúde Coletiva. Aí criava-se uma outra carreira que, de certa forma, se apropriava de todo esse conteúdo. Enfim, esse debate tem vários aspectos. Houve um painel em que Carmen Teixeira veio representando a UFBA para defender a graduação em Saúde Coletiva, e o saudoso Paulo Elias criticou essa proposta. Os dois publicaram depois sobre isso (João Campos - entrevista).

A análise dessas publicações possibilitou a compreensão dos dois conjuntos de argumentos: de um lado (TEIXEIRA, 2003), a apresentação da necessidade de antecipação da formação de profissionais conectados às demandas do sistema de Saúde e, de outro (ELIAS, 2003), a preocupação com uma possível “especialização” na perspectiva de verticalização em detrimento do caráter interdisciplinar da Saúde Coletiva e desinvestimento nas iniciativas de mudanças na formação da área de Saúde como um todo.

Ainda em relação aos posicionamentos da Rede Unida, Ricardo Ceccim demarcou que:

[...] a Rede Unida tinha uma posição fechada contra. O entendimento da Rede Unida era: a Saúde Coletiva é transversal aos vários cursos de graduação em Saúde e uma das mudanças a ser entendida na graduação das profissões de Saúde é a introdução da Saúde Coletiva. Então, ao criar-se uma graduação em Saúde Coletiva seria como dizer-se: “Então isso pode sair dos cursos de graduação, e é verdade que essa é uma possibilidade”. Se uma das críticas era a de que os cursos não enfocam o trabalho em Saúde Coletiva, se agora se tem uma graduação em Saúde Coletiva, está resolvido esse assunto (Ricardo Ceccim - entrevista).

Tais movimentos e tomadas de posição tornaram-se interessantes objetos de análise, tendo em vista a permanência dos atores no cenário dos CGSCs até a presente data, inclusive assumindo lugares relevantes na organização dos cursos e nos espaços nacionais de discussão e articulação, como destacou Laura Feuerwerker, uma das integrantes da coordenação nacional da Rede Unida e dirigente do Ministério da Saúde na época dos debates mais acalorados sobre o tema:

Eu tinha muitas dúvidas... eu tinha muitas preocupações. Naquele primeiro momento [discussão sobre a pertinência e viabilidade da criação dos CGSCs] era: não concordava nem com o jeito, nem com o conteúdo, nem com o argumento, e ainda ficava preocupada com a Saúde Coletiva, querendo dizer que, se ela criasse a sua própria graduação, ela não tinha mais nada a ver com as outras. Eu achava isso o cúmulo (Laura Feuerwerker - entrevista).

Atualmente, a professora Laura Feuerwerker integra o corpo docente do Curso de Graduação em Saúde Pública da USP e destacou as possibilidades de fortalecimento da própria Faculdade de Saúde Pública da USP com a criação do curso:

Eu continuava não sendo a favor, considerando as mesmas questões. Quando cheguei à USP, lá tinha a graduação de... lá chamam

graduação de Saúde Pública, mas é graduação em Saúde Coletiva. Antes de eu chegar, tinha havido a construção de um projeto. No ano em que eu entrei, ele estava em tramitação e, no fim daquele ano, ele foi aprovado no Conselho Universitário. Antes da primeira reunião [quando foi aprovada no concurso e passou a integrar o corpo docente da Faculdade de Saúde Pública da USP] a diretora da Faculdade de Saúde Pública e o coordenador da Comissão me convidaram para ser da coordenação. [...] Para minha surpresa, eu propus fazer umas oficinas, as pessoas aceitaram e as primeiras oficinas juntaram muita gente, cerca de vinte e cinco professores... um negócio espantoso lá na faculdade (Laura Feuerwerker - entrevista).

O movimento relatado pela professora revelou uma capacidade de transformar conceitos a partir das práticas desenvolvidas, traduzidas na ressignificação e no aprendizado práticos, diante de um desafio do seu cotidiano de trabalho.

A graduação lá na Faculdade de Saúde Pública está sendo um projeto estruturante, porque, há muito tempo, não se tem um projeto comum. Lá, a própria pós-graduação é dividida em áreas de concentração, cada um fica na sua área e não tem contato com as demais. Esse é o único projeto que envolve todos os departamentos e que é comum entre os professores. Está tendo um efeito interessante (Laura Feuerwerker - entrevista).

Outro ator presente em vários debates foi a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), mencionada por alguns entrevistados como lócus de sistematização e apoio financeiro para a realização de encontros.

Então essas pessoas vieram para o nosso seminário, e produzimos um documento em que apresentávamos um conjunto de justificativas, porque cabia aquela proposta naquele momento. Fazíamos algumas estimativas muito grosseiras de expansão da descentralização, da pertinência da vigilância da saúde, da promoção, de quantos

profissionais precisaríamos ter além dos que estavam se formando na área de Saúde da Família. E esse seminário teve apoio da OPAS, do Ministério da Saúde com dirigentes, técnicos na área de recursos humanos, e o relatório apostava naquela proposta. Mas isso foi já em 2002, no final do governo FHC, e, quando nós apresentamos, no início de 2003, à então secretária da SGTES, houve uma resistência muito grande, eu diria mais que uma resistência, houve uma hostilidade àquela proposta e nós recuamos (Jairnilson Paim - entrevista).

Esse depoimento revela dois momentos de tomada de posição do Ministério da Saúde em relação à graduação em Saúde Coletiva: um primeiro momento, de simpatia e apoio, e um segundo momento (a partir de 2003) de restrição que, segundo o entrevistado, resultou em um recuo nos encontros e processos de construção de propostas.

Um dos argumentos mais fortes era o seguinte: na medida em que muitas dessas lideranças, muitas dessas pessoas que eram de vanguarda, que eram críticas em relação ao ensino médico, em relação ao modelo médico que permeava várias profissões da área de Saúde, essas pessoas que investiram suas energias para mudança da escola médica, para mudança do curso de Enfermagem, Odontologia, etc., uma vez criando seu próprio espaço deixariam de batalhar e lutar para mudanças no âmbito das profissões de Saúde, criando, de certa forma, um quisto que iria, aí sim, disputar mercado com as demais profissões de Saúde. Mas o foco, especialmente, se se puder localizar na Rede Unida, — nós mesmos fomos militantes da Rede Unida —, de resistência a essa proposta tinha o seguinte argumento: uma vez investindo na graduação de Saúde Coletiva, deixaríamos de investir nas outras profissões da área de Saúde. Nesse mesmo ano de 2003, houve uma mesa-redonda no Congresso da ABRASCO, houve uma oficina de trabalho sobre o tema, e houve um grande debate, um debate muito duro em determinados momentos. Eu participei de um

deles que foi muito duro. Uma dirigente do Ministério da Saúde foi muito crítica em relação à proposta (Jairnilson Paim - entrevista).

Ainda sobre este tensionamento, Ricardo Ceccim recordou uma mesa de debates realizada no Fórum Social Mundial, em Porto Alegre, no ano de 2005, apontando um outro momento histórico:

Depois, em 2005, houve uma agenda proposta no Fórum Social Mundial pela UERGS, pelo curso de Saúde Coletiva da UERGS. O tema de uma das mesas foi a graduação em Saúde Coletiva. Eu e Jairnilson nos propusemos a falar sobre isso. Jairnilson tinha uma posição clara sobre a criação do curso, e eu estava dentro da UERGS, onde já havia o curso. Então, foi tranquilo para mim e eu consegui falar da especificidade de um tipo de curso. Eu não estava falando da Saúde Coletiva senso amplo. Eu já estava colocando esse entendimento de que, se eu localizasse o objeto, delimitasse o objeto, daria para formar sanitistas em nível de graduação (Ricardo Ceccim - entrevista).

O aludido movimento demonstrou que, apesar de uma posição restritiva do Ministério da Saúde, encontros e proposições continuavam e se realizar, o que possibilitou um amadurecimento coletivo, inclusive acerca dos objetos e desenhos possíveis para a futura graduação.

Em outro relato, foi possível identificar um terceiro momento na relação do Ministério da Saúde com as propostas de criação dos CGSCs, quando da realização de uma oficina de trabalho em Salvador, no ano de 2008, financiada pelo Ministério da Saúde, que contou com a participação dos cursos de graduação “em gestação” mapeados e de programas de pós-graduação. O evento foi um grande debate, em que foram discutidas desde a pertinência e localização dos cursos no espaço da Saúde Coletiva até detalhes como a organização dos currículos e as práticas a serem desenvolvidas pelos futuros estudantes. De acordo com Ricardo Ceccim, essa foi a única reunião desse período que contou com financiamento ministerial. Eduardo Mota comentou esse encontro:

Um detalhe nessa trajetória foi um encontro que fizemos em agosto de 2008, que é outro marco importante, nacional. [...] Foram apresentadas, aqui em Salvador, mais de uma dezena de propostas de curso, porque o Reuni terminou deslanchando propostas em diversos estados: Minas, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Bahia, algumas do Norte, de Mato Grosso. Levamos dois dias discutindo a graduação na área de Saúde Coletiva. Acho que, depois das oficinas de 2002 e 2003, aquelas oficinas do início da década, o maior encontro nacional que fizemos foi o de 2008 (Eduardo Mota - entrevista).

Outro ator-cenário importante nos debates sobre a criação dos CGSCs tem sido a ABRASCO. Criada em 1979, durante a 1ª Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na área da Saúde Coletiva, a ABRASCO tem como objetivo congrega os interesses dos diversos cursos de pós-graduação na área, e por isso foi chamada, inicialmente, de Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (LIMA; SANTANA, 2006). Em função de seu caráter agregador e em conexão com os movimentos de criação dos cursos de graduação na área, a ABRASCO, em novembro de 2011, mudou seu estatuto e passou a se chamar Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ampliando seu objeto para além da pós-graduação, como registrou Marcelo Castellanos:

Eu acho que esse é um papel, um efeito importantíssimo que o curso tem introduzido, que mobiliza todo esse tipo de discussão. A mudança do nome da ABRASCO para Associação Brasileira de Saúde Coletiva reavivou a velha discussão do que era mesmo a ABRASCO. Uma entidade associativa do campo de ensino? Ou o quê? Representa cursos de pós-graduação ou representa algo mais? E como é que vai gerir esse seu lugar de proeminência política no país e os processos que legitima? Então os cursos potencializam discussões, debates e polêmicas que já existiam... (Marcelo Castellanos - entrevista).

É interessante demarcar a análise do entrevistado, quando pontuou que a existência dos CGSCs não gera debates por si, mas potencializa e movimenta cenários, configurando-se como um acontecimento, como define Souza (2005).

Da análise dos documentos e entrevistas foi possível elaborar uma linha do tempo, remontando contextos e acontecimentos que confluíram para que, em 2008, fossem abertas as primeiras turmas de graduação na área de Saúde Coletiva no Brasil, no Acre e no Distrito Federal, conforme a Figura 5.

A constituição de objeto de trabalho comum e as percepções de sanitaristas brasileiros envolvidos levam a entender que a dinâmica de criação dos CGSCs é, de fato, parte do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e, por conseguinte, da constituição do espaço da Saúde Coletiva. O que se pode perceber é que a Saúde Coletiva Brasileira avança no sentido de legitimar suas práticas e seus saberes, possibilitando a ampliação de sua produção científica e o fortalecimento de seu diálogo com a sociedade, no momento em que abre espaços para a formação em concomitância com o horizonte do trabalho, tanto para os próprios graduados, quanto para os gestores, que poderão contar com profissionais formados nessa modalidade educacional.



Figura 5 - Linha do tempo da criação da graduação na área de Saúde Coletiva no Brasil

Fonte: elaboração da autora, maio de 2014.

5.2 TEMOS CURSOS DE GRADUAÇÃO: UMA NOVA CONJUNTURA?

*Ninguém sonhou desde criança em ser sanitarista,
porque ninguém sabia direito o que era.
Muitos dos nossos colegas que entram no curso,
entram, na verdade, sem saber o que é o sanitarista
e sem saber o que é a graduação na área de Saúde Coletiva.
(Camila Reis - entrevista)*

A chegada dos primeiros estudantes e a intensidade dos primeiros momentos dos cursos foi relatada pela maioria dos entrevistados, o que originou a escrita deste segundo item do capítulo. Seu objetivo é estabelecer diálogos entre as principais questões do momento da tomada de decisão em relação à criação dos cursos e as primeiras impressões de docentes e discentes no início das atividades.

Desde a abertura das duas primeiras turmas em 2008, vários movimentos e debates se instalaram, no sentido de aprimorar ideias, referências para a prática e instrumentos legais, na perspectiva de estabelecimento de alguma unidade entre as iniciativas em curso. Ao que tudo indica, as controvérsias e os desafios apontados no contexto de criação dos cursos permanecem ativos nos espaços de debate e no interior dos cursos. O Quadro 3 sistematiza o quantitativo de cursos autorizados pelo Ministério da Educação até o ano de 2014.

Nome do curso (registro MEC)	Instituição	Estado	Início das atividades
Bacharelado em Saúde Coletiva	UFAC	AC	04/06/2008
Bacharelado em Saúde Coletiva	UEA	AM	2013
Bacharelado em Saúde Coletiva	UFBA	BA	02/03/2009
Gestão de Saúde Coletiva	UNB	DF	04/08/2008
Saúde Coletiva	UNB	DF	2009
Gestão em Saúde Ambiental	UFU	MG	10/03/2010
Bacharelado em Saúde Coletiva	UFMT	MT	04/03/2010

Bacharelado em Saúde Coletiva	UNIFESSPA	PA	04/12/2013
Bacharelado em Saúde Coletiva	UPE	PE	08/01/2013
Bacharelado em Saúde Coletiva	UFPE	PE	09/05/2013
Bacharelado em Saúde Coletiva	ASCES	PE	22/01/2014
Bacharelado em Saúde Coletiva	UFPR	PR	27/07/2009
Bacharelado em Saúde Coletiva	UNILA	PR	27/02/2012
Bacharelado em Saúde Coletiva	UFRJ	RJ	01/03/2009
Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde	UFRN	RN	16/02/2009
Gestão em Saúde Coletiva Indígena	UFRR	RR	23/09/2013
Análise de Políticas e Sistemas de Saúde	UFRGS	RS	01/03/2009
Bacharelado em Saúde Pública	USP	SP	2012

Quadro 3 - Cursos de Saúde Coletiva registrados no MEC em 2014

Fonte: Elaboração da autora a partir do Portal do MEC: <<http://emec.mec.gov.br/emec>>. Acesso em: maio 2014.

Durante sua entrevista, Maria Lúcia Bosi mencionou preocupação em relação à precocidade de abertura dos cursos, sem que os principais debates fossem realizados em profundidade. Ponderou que, se, por um lado, a oportunidade do REUNI viabilizou a abertura dos cursos, por outro, restringiu as possibilidades de uma divulgação e elaboração mais aprofundada dos projetos que vinham sendo gestados:

Eu queria assinalar que traços históricos que marcam a emergência de uma profissão não são facilmente reversíveis e devem ser cuidados. Eu acredito que algumas questões com as quais a graduação hoje se depara advêm dessa travessia da experiência por essas políticas públicas que, na verdade, aceleraram ou distorceram alguns processos em relação ao que originalmente havia sido pensado nos cânones. Eu

estou sendo rigorosa, serei eternamente acusada por isso (Maria Lúcia Bosi - entrevista).

Laura Feuerwerker relatou uma percepção semelhante no momento em que passou a integrar a equipe docente do CGSC da USP. Para ela, o projeto do curso ainda tinha equívocos que precisaram ser discutidos e amadurecidos, ao mesmo tempo em que chegavam os primeiros estudantes, e o ano letivo se iniciava.

Para minha surpresa, a comissão reconheceu, rapidamente, que aquele projeto que havia sido produzido não era bom. Tinha muitos problemas e não era definição suficiente para o curso começar. Era preciso fazer muitas outras coisas. [...]. E discutimos de novo, refizemos o perfil de competências, introduzimos várias coisas que ajudavam um pouco a dar um certo rumo para o curso, por um lado. Por outro lado, fizemos uma discussão sobre o que era Saúde Pública, com que conceito de Saúde Pública os professores estavam trabalhando. Gastamos uma manhã discutindo o conceito de Saúde Pública (Laura Feuerwerker - entrevista).

As preocupações levantadas pelas entrevistadas dizem respeito à qualidade, à credibilidade e ao lugar social que será ocupado pelos futuros profissionais. O relato trazido por Laura Feuerwerker demonstra a potência dos cursos enquanto produtores de diálogos em espaços acadêmicos em que, até então, o diálogo era escasso. Movimentos de integração entre docentes e em integração com a comunidade e com gestores do SUS começaram a ser percebidos em decorrência de debates desencadeados por necessidades do curso. Para mim, esses são fortes indícios de uma capacidade de articulação e aglutinação da Saúde Coletiva que estava em risco, dado o amadurecimento do espaço e a tendência à especialização na produção científica e no ensino pós-graduado.

O objeto *graduação* impõe aos docentes a construção de diálogos e articulações cotidianos, no sentido de proporcionar aos estudantes oportunidades de aprendizagens significativas às demandas de formação dos sanitaristas. Sobre o

papel da GSC no cotidiano dos institutos nos quais se abriga, o professor Antonio Cardoso destacou:

A graduação está tendo um papel de integração entre as áreas, um interessante papel de integração. Como, em tese, temos alguns espaços de construção interdisciplinar que obrigam os professores das várias áreas a se reunirem, criamos os conselhos de classe que obrigam os professores de cada unidade de cada módulo do curso a se reunirem semestralmente com o representante discente para discutir o curso. Eu acho que tem sido muito interessante essa articulação entre os professores de Epidemiologia e as pessoas de planejamento e gestão, das ciências sociais em torno de alguns desafios do próprio curso de graduação (Antonio Cardoso - entrevista).

Por outro lado, vários fatores contribuem para que a GSC, diferentemente do plano inicial de seus idealizadores, possa surgir em um segundo plano, tanto do ponto de vista político quanto econômico, no que tange às possibilidades de inserção no mercado de trabalho e às perspectivas de remuneração dos futuros sanitaristas. A contingência de realização dos cursos em horários noturnos na maioria das instituições reduz a possibilidade de interface da formação com o cotidiano do trabalho no SUS, o que foi identificado no depoimento de alguns entrevistados:

A nossa maior dificuldade na implantação do curso tem sido o fato de, por ser um curso noturno, termos tido uma imensa dificuldade de nos inserir no campo de prática. A maioria dos serviços do SUS não funciona à noite, o que restringe muito a possibilidade de campo de prática, estágios, práticas, visitas, tudo. Alguns professores mais disponíveis, mais criativos, têm conseguido fazer coisas como ir para a rodoviária, visitar o povo de rua, em situação de rua, ir para os redutores de danos na Ceilândia, em Taguatinga, etc. Mas, não é todo professor que tem essa disposição, e os próprios alunos assinalam riscos envolvidos em algumas práticas por serem noturnas, por irem a

lugares pouco policiados, com população de risco. Enfim, em minha opinião, tem havido a maior dificuldade por ser uma formação muito teórica e pouco prática. Acho que essa também é a mesma dificuldade do curso do ISC por ser noturno (Antonio Cardoso - entrevista).

Em relação ao perfil dos estudantes e à diversidade de expectativas, Camila Reis e Laís Relvas fizeram comentários instigantes ao articularem suas escolhas e projetos de vida com o fato de cursarem Saúde Coletiva, situação que parece ser semelhante à da grande maioria dos estudantes.

Ninguém sonhou desde criança em ser sanitarista, porque ninguém sabia direito o que era. Muitos dos nossos colegas entram no curso na verdade, sem saber o que é o sanitarista e sem saber o que é a graduação na área de Saúde Coletiva (Camila Reis - entrevista).

Eu queria fazer Medicina desde o ensino médio, então, no 3º ano, eu não fiz vestibular. No ano seguinte, eu fiz o preparatório... [...] E na hora em que eu fui me inscrever no vestibular, estava piscando no site da UFRJ: “Conheça os novos cursos da UFRJ”. A UFRJ tinha criado naquele ano cinco novos cursos, na época do REUNI, entre eles o de Saúde Coletiva, e eu achei interessante... Coloquei Medicina como primeira e segunda opção, e Saúde Coletiva como terceira, mas nem sabia direito o que era... Fiz a prova e, mesmo sendo minha terceira opção, como a relação candidato/vaga no primeiro vestibular foi menor do que um, eu fui selecionada na primeira chamada. [...] Eu já estava matriculada no pré-vestibular para fazer, no ano seguinte, um novo vestibular, e fui conhecer. Eles fizeram uma primeira semana de apresentação do curso. Foi essa primeira semana que me fez ficar. Chamaram pessoas interessantes para explicar o que era Saúde Coletiva e fazer a abertura da semana. No primeiro ano do curso, houve uma semana inteira de debates, de palestras. Daí eu entrei, fui me envolvendo durante o primeiro ano e não quis mais sair (Laís Relvas - entrevista).

Em outra perspectiva, a diversidade dos estudantes somada a uma inserção profissional na área de Saúde dá às turmas uma riqueza que é própria da Saúde Coletiva, como registrou Ricardo Ceccim:

Tem aluno que é jovem, aluno que é conselheiro de saúde, aluno que é técnico de enfermagem, etc. Eu comemoro o fato quando recebemos um aluno que já era trabalhador de nível médio em saúde e, portanto, já conhecia as profissões da área de Saúde e não escolheu nenhuma daquelas, escolheu essa. Para mim, isso mostra que tem gente que escolheu, objetivamente, esse curso. Não chegou lá por acaso. Mas, muita gente chega nesse curso porque, como sobram vagas do primeiro ingresso daquele que pediu, entra o aluno que não era para esse curso. Ele vai fazer vestibular de novo no ano seguinte. Ele ficou porque era segunda, terceira, quarta opção e, no ano seguinte, ele vai fazer vestibular para o que ele queria e ele vai sair, ele vai largar. Isso tudo é motivo de evasão (Ricardo Ceccim - entrevista).

Já a estudante Bianca Borges relatou uma trajetória de ensino médio na área de Saúde (Escola Politécnica Joaquim Venâncio) que a fez conhecer o espaço da Saúde Coletiva e direcionar um pouco mais a escolha, embora tenha referido seu interesse ainda pela Medicina:

Entre as opções das universidades que foram se dando no Rio de Janeiro, eu acabei colocando em duas universidades a opção Medicina, porque (rindo), afinal, eu tinha estudado o ano todo. Então vamos ver no que dá, pensei. E em outra universidade eu coloquei Ciências Sociais, porque eu fui à UERJ com a pretensão de fazer Medicina Social posteriormente, porque eu já conhecia o instituto lá, o pessoal dizia que era muito bom, e eu achava que na UERJ era o curso que talvez mais se aproximasse na época em que eu estava lendo a respeito dos cursos. E na UFRJ, quando eu peguei o caderno do vestibular que todo ano sai com os cursos para ver se eu iria colocar Medicina mesmo ou não, eu vi que tinham aberto o curso de Saúde

Coletiva. Tinha um parágrafo pequeno explicando mais ou menos o que era o campo. Eu liguei para o instituto, tinha o telefone lá no caderno do vestibular, conversei com uma das professoras aí eu falei: “Ah, vou colocar”. Aí coloquei (Bianca Borges - entrevista).

Ao que indicam os depoimentos, o vínculo com a Saúde Coletiva se intensifica durante o curso: são feitas ofertas e atividades que vão, ao longo do processo, envolvendo os estudantes, o que de certa maneira dá indícios de correspondência entre a proposta inicial de formação de sanitaristas em nível de graduação e a construção de sujeitos epistêmicos, na perspectiva de Mario Testa (1992).

Os estudantes trazem outras pessoas. Eles falam assim: “Professora, eu trouxe meu amigo pra assistir aula, pode?”. Então, eles fazem assim, do jeito lá deles, eles vão abrindo grandes questões. [...] É totalmente pertinente a pergunta. É... aí eles perguntavam... Eles têm bastante preocupação sobre onde, como, o que que pode ser o trabalho deles. E eles estão construindo uma ideia, visualizam já. Foram ao VER-SUS. Foi bem legal eles irem ao VER-SUS. Vão outros ainda em data próxima. Enfim, vão se encontrando nas atividades integradoras. Estamos possibilitando que eles tenham uma vivência do cotidiano. Enfim, estamos conseguindo... A produção do cuidado é uma coisa que faz parte da agenda deles, então, quando eles se encontram com os outros alunos de Saúde Coletiva, eles ficam nervosos. Quando ficam dizendo que é a promoção da saúde, eles: “Não! Não é só a promoção... tem promoção também, mas não é só isso... A gestão nos importa, todos os serviços de Saúde nos interessam, são da nossa conta...” (Laura Feuerwerker - entrevista).

A capacidade registrada de articular e revigorar espaços vem demonstrando a potência dessa modalidade de formação no sentido de fortalecer a Saúde Coletiva, talvez a *certa qualidade* de que nos falou Maria Lúcia Bosi se trate de envolvimento,

compromisso, capacidade de transcender e contribuir para os movimentos que já vêm sendo desencadeados em direção à *saúde que queremos*.

A minha ideia era a de que estivessem cursando aquelas pessoas com capacidade de ser de fato profissional pleno, porque nós precisávamos, de uma certa qualidade nesses alunos que ingressavam na graduação. Não digo que os que estão aí não tenham, porque eu não os conheço, não posso especular. Mas o que eu escuto falar é que, às vezes, são pessoas que estão desistindo não sei de que, que não passaram para Medicina... repetem uma certa saga paramédica, que era o que não queríamos (Maria Lúcia Bosi - entrevista).

Uma das indagações feitas às estudantes entrevistadas foi a possibilidade de sincronia entre conteúdos mais teóricos e vivências acadêmicas, ao que a estudante Bianca Borges mensurou:

Primeiro, um eixo importante, percebemos que todos os cursos têm as disciplinas, os eixos, os seminários práticos, seja lá como se denominem nos seus currículos; então isso é uma coisa comum. De certa forma, todo mundo que pensou o curso viu que seria necessário ter essa linha temática no decorrer do currículo. Então, os planos teóricos todos pensaram do mesmo modo, e, quando chega na prática, o compromisso que os docentes acabam tendo com a disciplina, ou como as práticas vão se distribuir ao longo do currículo, com o que querem que o estudante tenha mais familiaridade no início, como isso se desenvolva, não acontece. Então, muitas vezes, quando estávamos no curso, éramos pré-testes mesmo de prática. Testava-se: “Vamos fazer de tal modo no primeiro período, vamos fazer de outro modo no segundo para ver que formato vai ficar melhor”. E às vezes até se refletia nos modelos de estágios acadêmicos que nós mesmos criticávamos: o de deixar o estudante lá no campo de prática, e só conversar com ele no final do semestre. Eu acho que, na prática, ainda é preciso avançar em muitas coisas. Mas, por outro lado, também não

dá para dizer que todos os professores deixam os conteúdos práticos de lado. De certa forma, os coordenadores e os responsáveis pelos currículos, na medida do possível, estão tentando melhorar (Bianca Borges - entrevista).

Segundo ela, ao mesmo tempo em que o curso se constitui como uma oferta interessante de oportunidades educativas, pode incorrer nos riscos de uma formação padronizada, rígida e circunscrita ao espaço da Universidade, como o modelo de formação que é criticado sistematicamente pela Saúde Coletiva. Outras duas estudantes, ao dimensionar a experiência educativa por que haviam transitado, assinalaram que um fator importante na formação são os diálogos estabelecidos com os movimentos sociais, que foram possíveis durante o curso, embora não tenham sido planejados de maneira sistemática. Pelo que indicam os depoimentos, é desejável que os estudantes tenham contato, durante a formação, com o cotidiano dos serviços, com movimentos sociais e com os gestores do SUS. De acordo com os estudantes, essas oportunidades nem sempre são oferecidas de forma regular, como fica evidente na expressão de Laís Relvas:

Pedíamos para eles colocarem ONGs, integração com movimentos sociais, movimentos da sociedade civil que faziam uma boa discussão sobre a Saúde Pública. Podia ter juntado com o MST, o Movimento Sem Teto. Aqui no Rio de Janeiro, com a Cidade Olímpica, com a proposta de revitalização do porto, tem várias pessoas sendo expulsas, perdendo as casas. Tem ocupações dos Sem Teto que fazem boas discussões e nunca conseguimos, na verdade, participar... (Laís Relvas - entrevista).

Já a estudante Jaina Oliveira reviveu suas experiências durante a realização do grupo focal, demarcando a necessidade de uma oferta regular de contato tanto com movimentos sociais quanto com instâncias de gestão do SUS. Durante seu depoimento, ficou claro que se tratava de uma reflexão acerca da legitimidade e da legitimação de saberes construídos fora do âmbito da academia, para o que B. S.

Santos (1995) chama atenção, com a ideia da crise de legitimidade da Universidade, aliada a uma ausência de valor dessa integração no cotidiano do curso.

Eu acho que alguns espaços poderiam ser incluídos como atividades curriculares, por exemplo, as feiras... a Feira de Saúde. Eu acho que é um espaço que claramente dá para fazer atividades como se fossem campos de prática de Saúde Coletiva e tem um impacto muito legal. É o contato que temos com a população. Durante o curso, íamos nos articulando e fazendo atividades. Mas poderia ser um campo de prática da graduação mais estruturado, com mais contato... Eu senti falta de participar de conferências de saúde, porque é um mundo, é um universo. Quando se vai, participa-se de discussões que integram tudo o que está acontecendo... E que espaço é esse?... Eu acho que todos os espaços que envolvem participação popular e saúde deveriam ser um espaço de Saúde Coletiva. Eu senti falta de estar mais articulada com o serviço, com o que o serviço faz [...] essas coisas aplicamos nos estágios, que ouvimos falar criando os espaços, mas acho que são coisas que poderíamos estar vendo na graduação, ou como campo de estágio, mas são muito importantes para a formação. Poderíamos participar de relatorias, conferências mesmo, e de todos os espaços. Então, se isso já estiver na estrutura do curso, eu acho que seria legal (Jaina Oliveira - grupo focal).

Talvez a reivindicação da estudante se relacione com as possibilidades de conexão da formação acadêmica com o *mundo da vida* e com o *mundo do trabalho*, no sentido de produzir-se um lugar de reflexão crítica e dialética. A oferta de experiências acadêmicas se estabeleceria nas interfaces entre a excelência acadêmica, a formação humanística consistente e o compromisso de transformação social.

Por outro lado, a professora Laura Feuerwerker tratou a relação dos estudantes com os usuários do sistema de Saúde como uma perspectiva de produção de cidadania e outras relações, que não sejam as tradicionais relações verticalizadas entre profissionais da área de Saúde e usuários do SUS:

Temos nos esforçado aqui na FSP-USP para propiciar uma aproximação bem viva dos estudantes com os usuários e seus modos de andar a vida. Isso acontece nas experiências práticas que lhes são oferecidas, nas atividades integradoras desde o primeiro semestre do curso e também nas discussões que acontecem em diferentes disciplinas, como Sociologia, Antropologia, etc. Só para dar um exemplo, na atividade integradora que explorava o conceito de saúde, eles puderam explorar, contrastar e problematizar as opiniões recolhidas junto a usuários, trabalhadores de diferentes áreas, gestores da saúde, ONGs, movimentos sociais, etc. Outro exemplo: para a construção do diagnóstico de saúde de um território, eles buscaram reconhecer e caracterizar os diferentes modos de viver no território e se apropriar de seus recursos: quem mora em diferentes lugares (inclusive na rua), quem trabalha em diferentes lugares, quem sempre está de passagem, etc., bem além dos indicadores epidemiológicos, que eles também levantaram, inclusive para identificar áreas de vulnerabilidade social. E puderam contrastar isso com o modo pelo qual diferentes equipamentos de saúde se apresentavam ao território e a seus problemas (Laura Feuerwerker - entrevista).

Nesse sentido, o professor Antonio Cardoso apontou um limite importante: da mesma forma que os professores se constituem em aliados para a construção de um curso transformador, também podem operar como limitadores, tendo em vista sua própria formação e inserção na lógica produtivista impregnada na organização do trabalho docente contemporâneo:

Mas é claro que não podemos restringir a prática de nosso alunado ao Ministério da Saúde, que não faz uma série de coisas importantes para o SUS, que não tem contato com paciente. Enfim, estamos na parte mais trabalhosa do processo que pressupõe uma supervisão dessa prática pedagógica pelos professores, e eu sou capaz de apostar que a maioria de nós não tem nenhuma vontade, desejo e prazer nesse processo, pois precisam de tempo para escrever seus artigos

científicos, para dar suas aulas no mestrado ou tutorias, especialização, e a graduação é o patinho feio nessa disputa pela prática educacional da Universidade. É o patinho feio em relação ao mestrado, é o patinho feio em relação ao doutorado... não é à toa que está reunida à extensão, pois graduação e extensão são os dois patinhos feios, mas que se tornaram imprescindíveis, porque não teríamos tido a ampliação do número de vagas, se não fosse a graduação (Antonio Cardoso - entrevista).

Ainda o professor Antonio Cardoso, ao falar da realidade do curso da UNB, apontou outro grande desafio, igualmente vinculado à formação dos docentes:

No nosso caso, o que é que eu vejo nos professores, embora muito dos nossos professores não tenham um perfil extremamente acadêmico, mais teórico? Praticamente todos nós viemos do serviço, mas, de que serviço? Do Ministério da Saúde e não da ponta. Então, nós todos temos uma ótima relação com o povo do Ministério, do Conselho Nacional de Saúde. Nós tínhamos e ainda temos uma vinculação insuficiente com os serviços do GDF, com hospital com atenção básica com a vigilância. Na verdade, nós estamos construindo essa relação agora; já havia uma relação institucional, porque já havia um sistema saúde-escola a ser criado, nos inserimos nesse sistema e já éramos protagonistas na construção dessa saúde-escola que vinha de outras profissões. [...] Mas, nós tínhamos uma prática bastante limitada. Por exemplo, disciplinas que funcionavam diurnamente para essas outras formações profissionais. Então, a chegada do nosso curso noturno significa novas relações. Por exemplo, estamos construindo agora uma unidade que não tínhamos antes, com um pronto-socorro que não tínhamos antes, porque o pronto-socorro funciona à noite, faz classificação de risco, tem grau de regulação, permite integrar várias práticas interessantes, gestão da qualidade, do acesso, do cuidado. Você deve ter ouvido vários comentários: “Nós fazíamos questão de estar longe do hospital, o hospital era um bicho

papão”. [...] Ontem eu estava conversando exatamente sobre isso com Ademário: “Você lembra, o pessoal daqui não queria saber do hospital das clínicas, só queria saber de atenção básica”. Agora, com o curso noturno, está todo mundo atrás do Ana Nery, querendo voltar para o hospital das clínicas. Por quê? Não dá para fazer gestão, formação em Saúde Pública sem o hospital. Claro, não dá mesmo! (Antonio Cardoso - entrevista).

O depoimento mostra que todos os espaços do sistema de Saúde estão sendo incorporados ao cotidiano dos cursos, produzindo movimentos e construções, no sentido de mobilizar atores e construir coletivamente sentidos e práticas, a fim de estabelecer redes de ensino e ação em Saúde Coletiva, o que também pode ser considerado um saldo positivo na constituição da *paisagem* desenhada pela criação dos CGSCs.

Analisando os propósitos da criação dos CGSCs, o professor Roberto Medronho atentou para a questão da formação dos demais profissionais da área de Saúde e para a necessidade de reorientação da formação quando esses ingressavam nos programas de pós-graduação em Saúde Pública/Coletiva. Para ele, a formação inicial em Saúde Coletiva asseguraria um certo *cuidado* na organização dos conteúdos e atividades pedagógicas, no sentido de oferecer aos estudantes um processo de formação menos fragmentado e mais conectado ao ideário da Reforma Sanitária Brasileira:

Eu acho que o que acaba acontecendo é uma verdadeira deformação do profissional. As profissões da área de Saúde, as tradicionais, formam o indivíduo numa visão biologicista. Então, um indivíduo passa seis anos na Medicina formal, e quatro ou cinco anos na Enfermagem e nas outras profissões e tem uma visão reducionista do processo saúde-doença, biologicista. E depois, alguém da pós-graduação diz: “Olha a situação de saúde-doença não é bem assim não!” [...] Acaba tendo uma formação que eu chamo de deformação e não uma formação, porque, infelizmente, a maioria das escolas de Saúde desse país com algumas exceções, raras exceções, forma os profissionais com uma

visão biologicista do processo de saúde-doença (Roberto Medronho - entrevista).

O processo de “deformação” apontado pelo entrevistado também foi parte da formação acadêmica de muitos docentes envolvidos com os CGSCs. De acordo com Bourdieu e Passeron (2008), esse tipo de oferta acadêmica tende a contribuir para a manutenção de um sistema de ensino orientado para a conservação e a sustentação do sistema socioeconômico vigente, como uma armadilha da qual somos, ao mesmo tempo, prisioneiros e construtores. Discursos como “não acredito que meus colegas se disponham a mudar”, ou “nos inserimos em um sistema hierarquizado e preconceituoso do qual é difícil sair” guardam em si, ao mesmo tempo, análises ponderadas e um certo imobilismo que, em vez de criar movimentos críticos de transformação, contribuem para a manutenção de um sistema educacional do qual racionalmente se discorda. Seria uma espécie de *oposição estéril*, nos termos de Mario Testa (2007)?

Uma das preocupações do grupo que se opunha à criação dos CGSCs relacionava-se com um possível “desinvestimento” dos docentes nos cursos de formação dos demais profissionais da área de Saúde, o que, na visão dos entrevistados, não ocorreu. Ao contrário, há indícios de que o grupo de professores à frente dos CGSCs está mais conectado e coeso, continua ensinando nos demais cursos e, inclusive, aprimorando sua prática docente:

Lá na faculdade, isso aconteceu. Continuamos dando aula em outras graduações e, no meu departamento, começamos a discutir o que é mesmo que fazemos nos outros lugares. Como fazemos? O que fazemos? Serviu como dispositivo também (Laura Feuerwerker-entrevista).

Ao falarem de seleção técnica e seleção social, Bourdieu e Passeron (2008) analisam as relações entre o sistema de ensino e o mercado de trabalho, ressaltando a organização do trabalho a partir das titulações escolares, o que Pazeto (2005) identifica como momento da universidade funcional. Para esse autor, a influência do mercado de trabalho sobre a Universidade está relacionada com a

produção de perfis profissionais focados nas necessidades do mercado; em função do “prestígio que os profissionais detentores de diploma universitário podem auferir, a universidade passou a ser identificada como condição necessária para ascensão social e garantia de qualificação profissional frente ao emprego e ao mercado competitivo” (p. 491).

Cabe aqui uma *parada reflexiva sobre a paisagem*: como criar um processo formativo que, ao mesmo tempo em que está inserido na Universidade contemporânea, possa ser crítico e propulsor de mudanças? Como formar para e no trabalho vislumbrando transformações e reorientações no próprio mundo do trabalho?

Nós temos um desafio que é expandir o curso. O que eu mais falo da academia é que ela é foco qualitativo de pesquisa e de formação de pesquisadores qualitativos de Saúde. A formação de Saúde Coletiva tem o mesmo desafio, que é expandir com qualidade, expandir recuperando a fidelidade a um projeto e a um ideário, a um compromisso histórico, a uma identidade tal como foi formulada, tal como inspirou os primeiros projetos que nasceram independentemente, sem qualquer pretensão de implementação via REUNI, porque isso não existia nem como nome em 2001 (Maria Lúcia Bosi - entrevista).

Os desafios apresentados com o início dos cursos foram apontados no momento de discussão e construção dos projetos dos cursos, no interior do espaço da Saúde Coletiva. Esse movimento, de certa forma, pode significar um salto qualitativo ou um aprendizado coletivo, no momento em que docentes se desafiam a produzir outras formas de ensinar e de se relacionar com o sistema de Saúde e com os estudantes. Inseridos em um processo formativo ainda desconhecido, os atores dos cursos têm se mostrado aptos a desenvolver capacidades e habilidades que certamente se aproximam dos grandes referenciais de formação e identidade dos sanitaristas, algo que ficou evidente na fala de vários entrevistados.

5.3 A GRADUAÇÃO E O ESPAÇO DA SAÚDE COLETIVA

*Controlando a minha maluquez
misturada com minha lucidez,
vou ficar,
ficar com certeza
maluco beleza*
Raul Seixas e Claudio Roberto

*Demarcamos algumas iniciativas para avançar.
E é muito interessante dizer que o clima na época era...
"Isso aí era uma loucura"... Sabe aquele cara maluco beleza?
Era o cara que defendia a graduação em Saúde Coletiva.
Uma utopia que [...] tivemos a grata e raríssima surpresa e satisfação
de ver realizada em vida.*
Maria Lúcia Bosi (entrevista)

Tomando o espaço da Saúde Coletiva Brasileira como estrutura e os acontecimentos da criação dos cursos de graduação na área como uma conjuntura, pode-se afirmar que existe uma relação estreita e complementar entre estrutura e conjuntura. A constituição do espaço da Saúde Coletiva cria, ao mesmo tempo, condições e se fortalece com a existência, ainda jovem, dos cursos. Um conjunto de atores, cenários e tensões se instalou e merece, portanto, a organização de outros espaços para debate e aprofundamento das novas questões geradas pela experiência hoje vivenciada pelo conjunto dos atores.

Nesse sentido, a relação estabelecida entre a constituição do espaço da Saúde Coletiva e a inauguração dos GSC pode ser entendida como mais um movimento no sentido da autonomia e do fortalecimento do espaço da Saúde Coletiva, como ponderou Eduardo Mota:

Eu considero o curso de graduação como o fato novo mais importante em Saúde Pública, no SUS, no país nos últimos 20 anos, desde o movimento da descentralização da gestão. Eu reputo que esse surgimento foi o fato novo mais importante que aconteceu nesse processo pelo menos na última década. Eu não sei se temos atentado para isso no seu próprio estatuto, na sua própria denominação que foi

o movimento que sinalizou politicamente para as instituições da área... (Eduardo Mota - entrevista).

Uma questão importante quando se analisa a interface entre o espaço da Saúde Coletiva Brasileira e o surgimento dos cursos de graduação no interior desse espaço é o debate epistemológico e político. Questões historicamente discutidas em Saúde Coletiva ganharam urgência concreta com a presença de estudantes se formando. Quando datamos a constituição, a invenção, a inauguração dessa ideia no cenário brasileiro do início do século XXI, torna-se necessário pensar sobre esse ideário e sobre sua potência enquanto mobilizador de transformações no campo da Saúde e, de forma ampla, na própria estrutura da sociedade. Conceber “a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantida mediante um conjunto de ações...” (*Constituição Federal*, 1988) significa, em última instância, apostar que, partindo de uma mudança na formação em Saúde, podemos alcançar, da mesma forma, mudanças mais profundas nos modos de pensar e agir.

As grandes questões de Saúde Coletiva são revisitadas na produção cotidiana do curso, tema que foi abordado pelo professor Marcelo Castellanos, quando dimensionou avanços e desafios no processo de criação dos CGSCs no cenário nacional:

Afinal de contas o que é mesmo a Saúde Coletiva, quais são seus grandes eixos? Ciências Sociais, Epidemiologia e Política, Planejamento e Gestão, quais são as relações entre essas áreas, e como isso se reflete no curso e nos programas de ensino? A pergunta do momento é se é necessário, desejável e interessante que haja desconcentração na pós-graduação. Atualmente, a grande discussão que se coloca é essa que estou apontando, a própria visão sobre a Saúde Coletiva e como os processos formativos devem se organizar dentro do campo nesses termos que algumas vezes estão querendo reforçar, direcionando a discussão. [...] mas dentro do campo, que se relaciona diretamente com discussões e definições num momento de avaliação do próprio curso de graduação na área de Saúde Coletiva (Marcelo Castellanos - entrevista).

Em recente artigo sobre a gênese do espaço da Saúde Coletiva Brasileira, Vieira-da-Silva e Pinell (2014) destacam o contexto sociopolítico de emergência da Saúde Coletiva Brasileira, demarcando a existência de um espaço social, constituído por diversos atores e saberes, e ainda sem uma identidade bem definida. Para os autores, essa gênese é resultado de um processo de lutas intrínsecas ao campo da Saúde, nas quais os fundadores discordavam das concepções da Medicina Preventiva e da Saúde Pública tradicionais, ao mesmo tempo em que disparavam outros processos, no contexto da ditadura militar e da organização social pela democratização do País.

É interessante demarcar que é desse núcleo de saberes, fazeres e posições políticas que emerge a possibilidade de criação de cursos de graduação. Em sua entrevista, o professor Jairnilson Paim falou sobre a ideia da criação dos CGSCs como *aposta* da Saúde Coletiva Brasileira:

Eu gostei de você ter usado a palavra aposta, porque eu vou retorná-la para a questão. Houve outro acréscimo, o de ter mais sujeitos militantes para o projeto da reforma sanitária brasileira em defesa do SUS, uma aposta importante. Mas havia uma outra aposta, a de que o SUS seria desenvolvido, e que, sendo desenvolvido na perspectiva de integralidade da atenção e de todos os seus princípios e diretrizes, quase que não precisaria de grandes argumentos para ter esse conjunto de pessoas formadas e incorporadas ao sistema. E isso em 2002. O processo que estava ocorrendo em 2002 era a queda de Fernando Henrique, em termos inclusive de popularidade, e todas as esperanças e apostas estavam voltadas para o governo Lula, que iria fazer avançar a reforma sanitária e o SUS. Então, não era uma proposta somente intelectual, ingênua ou de demarcação de espaços teóricos e epistemológicos. Havia uma aposta política maior de que o SUS e a reforma sanitária teriam um outro desenvolvimento a partir de 2003 (Jairnilson Paim - entrevista).

Parece ficar clara a aposta de que, com a existência de cursos de graduação, existiria uma tendência a aumentar a quantidade de *sujeitos* militantes, o que,

articulado com a conjuntura de eleição de um Governo democrático e popular no cenário nacional, abriria um horizonte promissor na construção de novos horizontes para a saúde no Brasil.

No marco das possibilidades e reconhecimentos acerca de uma possível inserção de jovens sanitaristas no contexto do SUS, Carlos Trindade recordou uma iniciativa realizada no Estado do Rio de Janeiro, na década de 1990:

Quando começamos a criar os debates, esses colegiados de representação dos secretários, o CONASEMS e o CONASS, eram sempre uma demanda. Eu lembro de alguma coisa lá no Rio. [...] O programa se chamava Jovem Sanitarista e dava às pessoas que ainda estavam estudando Saúde Pública, no nível de pós-graduação, a chance de trabalhar nos municípios. Era a Secretaria de Estado se ocupando disso. [...] Dava-se oportunidade ao jovem sanitarista de se integrar, ocupava-se de convencer os prefeitos e outros profissionais. Ela discutia conosco e com os secretários de Saúde. [...] Foi uma atuação bem interessante (Carlos Trindade - entrevista).

A experiência relatada remonta ao contexto da década de 1990, quando se inaugurava uma série de inovações na área de Saúde, em decorrência da concretização do SUS e dos movimentos que se desencadearam desde então. A ideia de distribuir sanitaristas recém-formados pelo interior do Estado do Rio de Janeiro demonstra o interesse público em qualificar a gestão e fomentar a cultura de articulação entre os espaços do conhecimento e do trabalho. Vislumbrando possíveis locais de inserção profissional para os futuros graduados, o entrevistado prospectou:

Eu os colocaria muito próximos da gestão maior, para poderem ter a visão do sistema, da formulação, poderem influenciar no modelo de gestão daquele sistema de Saúde, como se organiza a atenção, e quanto se vislumbra a atenção no sistema com prevenção e promoção da saúde. Enfim, uma visão mais completa desse cuidado de saúde. Eu acho que o sanitarista contribuiria muito com tudo isso.

Eu os colocaria, prioritariamente, o mais próximo possível da gestão maior e, na medida do possível, eles iriam ocupando cargos (Carlos Trindade - entrevista).

Trata-se, portanto, da compreensão da necessidade de inserção dos sanitaristas em todos os âmbitos do SUS e esferas de gestão, contribuindo para a reflexão local sobre a organização de sistemas e serviços. Ricardo Ceccim também enfatizou essa questão, ao localizar a demanda por sanitaristas na voz dos gestores do SUS. Esclareceu que, no processo de orçamento participativo do Rio Grande do Sul, durante a Gestão Estadual de 1999 a 2003, os gestores não solicitaram especificamente sanitaristas formados em graduação, mas identificaram saberes que contribuíram para a proposta de criação de um curso na área da gestão em Saúde, que atendesse às demandas crescentes de profissionalização da gestão:

É o sistema pedindo formação. Não diz nem como, nem o quê. Precisa de agentes de saúde em gestão. Mas o que aparece? Aparece profissionalizado em gestão, profissionalizado em gestão, profissionalizado em gestão. Alguns lugares que trabalham com Saúde Coletiva fazem essa formação de gestões para os municípios que pedem. É muito a história da UFRN, é a história da UFMT, é a história da UFBA. Esses lugares formavam os gestores municipais, regionais... [...] A especialização da Escola de Saúde Pública forma claramente gestores. Todos os lugares, como a UFMG, estão formando gestores. E houve um extenso financiamento do Ministério da Saúde para especialização em equipe de gestores. Então, essa evidência era muito forte no campo da gestão (Ricardo Ceccim - entrevista).

Ainda sobre a localização da demanda pela criação dos CGSCs, Paulo Buss recordou alguns cálculos que eram feitos na época em que se iniciaram os debates:

Estamos com uma carência imensa de profissionais de Saúde Coletiva. De quantos precisamos? De 20, 30 mil? Nós estamos formando 750, e as pós-graduações não estão formando profissionais

para atuar no sistema, estão formando profissionais para reproduzir conhecimento, reproduzir as pós-graduações, pois o objeto ali é aprender a fazer pesquisa. E eu não sei o que esses profissionais estão formando e quantos estão formando. Eu diria que devíamos fazer um movimento muito forte de formação de profissionais em Saúde Coletiva para ocupar esse espaço, uns 5.600, pelo menos um em cada município. E quando um município passa de 50 mil habitantes, não dá para pensar em um único mas em diversos (Paulo Buss - entrevista).

Como parte dos movimentos de criação e inauguração dos primeiros CGSCs no contexto brasileiro, duas organizações foram fundadas: o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC) e a Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (CONESC).

No período pós-2008, com a existência concreta de mais de uma dezena de cursos, mantiveram-se os encontros e prospecções no sentido de estabelecer redes de contato e retroalimentação. Ricardo Ceccim, ao recuperar o histórico do FGSC, mencionou sua pesquisa de localização de instituições e pessoas envolvidas com o movimento de criação dos cursos, identificando atores e movimentos que foram, aos poucos, estruturando um coletivo que veio, em seguida, se constituir no Fórum de Graduação em Saúde Coletiva.

Havia mais de um desenho de apresentação de fórum, de modos organizativos, fórum ampliado, fórum de coordenadores, que tinham representação dos estudantes; as pessoas eram contra a representação dos estudantes [...] nenhuma associação de ensino tem isso (Ricardo Ceccim - entrevista).

Então, naquela oficina de 2009, se pactuou que haveria a participação de uma representante dos estudantes, definidos pela CONESC que naquela altura já existia, e Bianca Borges já liderava a CONESC. E aí já se fez um acordo. Ficou dúvida se seria um fórum oficialmente chamado de Fórum de Coordenadores ou Fórum de Graduação, e o

que acabou prevalecendo foi um fórum de graduação, muito embora o formato de coordenadores tenha sido o que foi mais adiante. E houve, então, o lançamento do FGSC no ano seguinte, já na gestão de Luiz Augusto Fachini, se não me falha a memória (Marcelo Castellanos - entrevista).

O FGSC, criado no âmbito da ABRASCO, foi oficialmente instalado durante o I Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, em 25 de agosto de 2010. Desde sua criação, vem aglutinando atores e pautas relacionadas com a consolidação dos CGSCs, e tem como objetivo fortalecer esses cursos, buscando a efetivação de uma formação abrangente em todo o território nacional e respeitando as especificidades locais.

Esse Fórum de Graduação foi constituído inicialmente pelo professor Eduardo Mota, da UFBA, pelo professor Ricardo Ceccim, do Rio Grande do Sul, e pelo professor Roberto Medronho, nomes que estavam na linha de frente da construção dos cursos de Saúde Coletiva (Guilherme Ribeiro - entrevista).

Atualmente, o FGSC é constituído pelo conjunto dos cursos em andamento, contando com a participação efetiva de docentes e estudantes, inclusive em sua esfera de coordenação. Trabalha na perspectiva colegiada, com grandes encontros, onde são debatidas as principais questões ligadas aos cursos. Uma das principais pautas tem sido a elaboração de referenciais curriculares, e já existe um documento de referência, aprovado no último encontro do grupo, realizado no Rio de Janeiro, em novembro de 2013, durante o Congresso de Ciências Sociais da ABRASCO.

Hoje, o que se trabalha mais é diretriz curricular realmente, mas um termo de referência serviria para uma primeira identidade entre os cursos. Já tinha sido iniciada essa discussão no ano passado. Durante a reunião em novembro, em Porto Alegre, foi apresentado o que se tinha avançado, e de lá para cá podemos, por meio de Miriam Ventura e Fausto Soriano, consolidar uma versão, aprovar no nosso

colegiado uma nova versão com base no que foi discutido ano passado (Guilherme Ribeiro - entrevista).

Além da elaboração de referencias curriculares, que se constituem em pontos de partida para a concretização de diretrizes curriculares, o grupo vem discutindo a própria organização dos cursos, os principais desafios e as soluções encontradas, bem como as possibilidades de inserção dos profissionais graduados no mercado de trabalho. Outra dimensão abordada por Guilherme Ribeiro é a possibilidade de formação dos próprios educadores, diante dos desafios já mencionados pela prática docente:

Se, como estamos discutindo, nós não temos uma formação como educadores, ainda estamos aprendendo a ser, quanto mais em gestão de educação... Então, esse é outro desafio. [...] É difícil mantermos um encontro por mês por teleconferência, todos têm muitas ocupações, mas eu acho que está se conseguindo algum encaminhamento (Guilherme Ribeiro - entrevista).

Sobre os desafios do FGSC, Laura Feuerwerker apontou a necessidade de encontros para troca de experiências com mais frequência, possibilitando a criação de vínculos e a constituição de um coletivo que se reconheça e consiga trabalhar de forma mais orgânica:

É preciso juntar as pessoas e conversar, deixar as pessoas falarem sobre o que elas estão fazendo... problematizar nós mesmos, aquilo que nós estamos fazendo. Essa falta de discussão, na minha opinião, põe em alto risco o que serão as diretrizes curriculares. Vai acabar sendo uma graduação apenas em Saúde Coletiva, porque tem várias outras aparecendo: tem Gestão Ambiental, lá na USP mesmo tem Gestão de Políticas Públicas. Enfim, tem um certo pântano aí que eu acho que complica, inclusive, a discussão do reconhecimento da profissão e todo o debate com o MEC. [...] É preciso clareza... (Laura Feuerwerker - entrevista).

Miriam Ventura assinalou a relevância do espaço do Fórum de Graduação nos debates que vêm sendo revisitados desde a inauguração dos CGSCs:

Estamos conseguindo discutir o termo sanitaria, a carreira. Eu acho que isso é legal, até para a pós-graduação. Então, eu vejo o espaço do Fórum de Graduação na ABRASCO como uma revitalização da discussão do que é um sanitaria, o que é ser um profissional em Saúde Coletiva. [...] Se somos profissionais ou se somos pós-profissionais, se seria uma pós-profissão. Eu acho que o Fórum de Graduação vai proporcionar, mesmo com todas as dificuldades, uma mobilização positiva no sentido de pensarmos sobre esses novos desafios que a Saúde Pública tem nos colocado: a Saúde Pública estrito senso e a Saúde Coletiva como um todo, como a saúde global, como saúde internacional, como a saúde que é o meu campo de pesquisa, a saúde como um direito. Qual é o papel do sanitaria quando a saúde vem como um direito e não como uma ação do Estado pelo Estado. Então, me parece que o Fórum de Graduação nos faz ver esses lados (Miriam Ventura - entrevista).

Como já referido anteriormente, a emergência da graduação traz ao espaço da Saúde Coletiva debates e questões que necessitam de aprofundamento, e o FGSC tem se constituído como articulador e promotor desses debates, mesmo que ainda timidamente e com pouca visibilidade institucional. Ainda sobre o FGSC, Eduardo Mota atentou para a responsabilidade de manutenção e proteção desse espaço, pensando no fortalecimento dos cursos e do próprio espaço da Saúde Coletiva:

Eu não sei se o próprio Fórum de Graduação em Saúde Coletiva está tendo da ABRASCO o acolhimento de que precisa, o fortalecimento político de que precisa para completar o seu trabalho: discutir diretrizes, discutir a questão da profissionalização, discutir a questão das práticas. Enfim, fazer essas discussões tomarem corpo. Como é novo e como a graduação está se opondo, no bom sentido, à pós-

graduação, que já está consolidada e que tem um espaço grande nas nossas instituições, [...] eu fico achando que ela talvez não esteja mais com aquelas resistências do início, mas ainda encontrando dificuldades para se consolidar, e é preciso que tanto professores como alunos se conscientizem disso (Eduardo Mota - entrevista).

A dimensão do *por vir* abordada pelo entrevistado ressalta a ideia de que os movimentos e redes que vêm se conformando nessa breve trajetória de existência dos CGSCs no cenário da Saúde Coletiva Brasileira ainda são extremamente necessários para a consolidação do projeto.

A instância nacional de representação de estudantes das graduações do campo da Saúde Coletiva é a Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (CONESC), criada, em 2010, por estudantes que haviam ingressado principalmente em 2009 e 2010 e se articularam pelas redes sociais virtuais, como recordou Camila Reis:

Então, em 2009, começou a primeira organização, que você já deve ter escutado de Laís Relvas e Bianca Borges, por meio do Orkut. Foi quando começou a se organizar o movimento. Ilano Barreto, Florentino, Laís, a própria Bibi, Cíntia Clara=começaram essa primeira organização. Eles se encontraram em Brasília, no Pré-Enesc, para pensar o Enesc. Antes disso, eles se encontraram em Recife, no “Abrascão” que houve lá em Recife. A partir daí começou-se um movimento que só foi ficar mais forte, na verdade, quando nos encontramos num congresso de políticas aqui [em Salvador] que eu acho que foi o marco do Movimento Estudantil, quando começamos a nos organizar de verdade. Depois disso, veio o primeiro ENESC, o primeiro encontro que eles pensaram lá em Brasília, quando eles fizeram o Pré-Enesc, embora sem ter muita estrutura, sem ter muito dinheiro. Eles contam que foi muita loucura, mas que deu certo (Camila Reis - entrevista).

De acordo com Bianca Borges, a organização dos estudantes se deu de forma gradual, aproveitando os espaços de encontros em congressos e reuniões do FGSC, o que culminou com a decisão de criação formal da executiva, tendo seu estatuto datado de 24 de abril de 2011:

Nós percebemos que não dava para depender dos congressos. Então, em 2010, pensamos em organizar o nosso primeiro pré-encontro nacional de estudantes, em Brasília, onde haveria a primeira reunião do Fórum de Graduação na área de Saúde Coletiva já instituído. Nesse pré-encontro em Brasília, delineamos mais ou menos em que termos uma instituição nacional viria facilitar o processo de identidade do curso, mas, por outro lado, não queríamos repetir vícios e vicissitudes que observamos em outras executivas nacionais de cursos. De certa forma, queríamos construir uma coisa orgânica nacionalmente, não sabíamos muito bem o que queríamos construir, mas sabíamos que não queríamos nos parecer com os modelos das executivas de curso que criticávamos muito (Bianca Borges - entrevista).

De acordo com as entrevistas, o desenho institucional pensado para a CONESC deveria contemplar o caráter agregador e problematizador, além da possibilidade de autonomia e trabalho em rede, o que vem se consolidando, conforme o depoimento de Laís Relvas:

Diante de todas as dificuldades que tivemos, da quantidade de esforço, de desgaste emocional e físico que foram necessários para a criação da executiva e do movimento estudantil nacional, o simples fato de se falar em CONESC nos espaços acadêmicos e todo mundo entender, isso é extremamente gratificante para nós que estávamos lá, desde a primeira reunião de 2009, pensando como é que íamos fazer. Algumas pessoas estavam ali sem sequer saber o que era uma executiva de curso (Laís Relvas - entrevista).

Sobre a validade do envolvimento no movimento estudantil e sua relação com a própria formação, Camila Reis destacou:

Quando as pessoas estiverem saindo da graduação e tendo um espaço de profissão regulamentado eu vou ficar feliz porque eu fiz parte dessa história. Porque, de alguma forma, eu ajudei também a construir isso e eu vou ficar feliz porque eu espero estar também trabalhando (rindo) eu espero não ter saído dessa área (Camila Reis - entrevista).

Nesse depoimento, é possível perceber o caráter militante da própria formação na área de Saúde Coletiva e a coerência das tomadas de posição dos estudantes, mais um indício da validade das apostas do momento da criação dos cursos, o que foi corroborado pelo depoimento de Jairnilson Paim:

Mas justamente com essa garotada que está aí, ao se aproximar de uma visão crítica da saúde e se organizar politicamente para defender um projeto, é possível que aconteçam coisas diferentes do que está acontecendo hoje. [...] Isso não fica confinado nos cursos, eles têm o fórum nacional dentro da ABRASCO, eles têm uma espécie de DENEM da Saúde Coletiva. Eles estão se organizando, e isso pode dar coisas que não estão no script (Jairnilson Paim - entrevista).

Olhando o cenário nacional na perspectiva das possibilidades de reprodução e transformação tanto do sistema de ensino quanto dos modos de produzir saúde, foi possível identificar, ao mesmo tempo, promessas de uma formação transformadora e crítica da realidade socioeconômica do País, quanto à reprodução de certas lógicas muito características de um modelo mais conservador de ensino e, por conseguinte, de sociedade.

Na tensão entre novidade e inovação, ao que indicam os depoimentos dos entrevistados e as análises possíveis durante o período deste estudo, posso dizer que o polo da inovação se ativa principalmente na perspectiva da presença de jovens estudantes e sanitaristas no cenário da Saúde Coletiva. O intento de agregar novos atores e compartilhar uma trajetória de luta parece estar alcançando seus

objetivos. Muito além da novidade de uma formação graduada na área de Saúde, o que pulsa no interior dos cursos e, timidamente, vem se afirmando num cenário mais amplo é a possibilidade de produção científica, articulação e envolvimento orgânico com as questões mais amplas da Saúde Coletiva, um esforço histórico que parece ganhar novos *corações e mentes*.

6 DA UTOPIA À CONCRETUDE: O CURSO DO ISC DA UFBA

*Quando sonhamos sozinhos é só um sonho,
mas quando sonhamos juntos
é o início de uma nova realidade.*
Dom Helder Câmara

*Sonho que se sonha só,
é só um sonho que se sonha só.
Sonho que se sonha junto é realidade.*
Raul Seixas

Na Bahia, o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) vem debatendo a possibilidade da criação de um curso de graduação em suas instâncias deliberativas desde a década de 1990. Em seus documentos de fundação, é possível identificar tal deliberação como um projeto futuro:

Ousamos pensar que em um futuro não muito distante poder-se-á propor um curso de graduação em Saúde Coletiva, sem prejuízo dos cursos profissionalizantes em outras áreas da prática de Saúde, que também contemplam em seus currículos o ensino da Saúde Coletiva (UFBA/ISC, 1994, p.14).

O Curso de Graduação em Saúde Coletiva da UFBA iniciou suas atividades acadêmicas em 2009, oferecendo 45 vagas em horário noturno. Como docente substituta, tive a oportunidade de acompanhar os primeiros semestres da turma e me inquietar, a ponto de direcionar meu projeto de pesquisa para esse tema. As questões eram muitas e, junto com elas, a felicidade de poder compartilhar com estudantes e outros professores a inauguração de algo novo para todos nós. Eu queria saber como o currículo (significados, sentidos e atos) se comunicava com o sistema local de Saúde, o que era considerado conhecimento válido para a

organização das ações educativas e como proporíamos aproximações dos estudantes com o cotidiano, com as práticas de Saúde Coletiva e as ações do SUS local. Os resultados do estudo trazem uma compreensão da temática, bem como uma contribuição, na perspectiva da pesquisa-ação, com debates e ações no sentido de problematizar a realidade, aguçando a apropriação crítica e tentando contribuir para a transformação cotidiana dessa experiência educativa em suas relações com a Saúde Coletiva de forma mais ampla e com as necessidades do SUS.

A análise que segue busca estabelecer relações entre as primeiras ideias, o projeto vigente e as vivências do curso à luz das categorias analíticas definidas no escopo do presente estudo. Procuo abrir diálogos, compartilhar inquietações e propor caminhos para o desenvolvimento de ações coletivas no sentido de alcançar os desafios apontados.

6.1 DESENHO INICIAL, TRAMITAÇÃO BUROCRÁTICA E DESENHO ATUAL

O projeto original do Instituto de Saúde Coletiva, 93/94, já trazia essa proposta.

E isso muito antes do REUNI, muito antes do governo atual... Depois o Instituto teve, de alguma forma, de viabilizar essa ideia.

(Jairnilson Paim - entrevista)

Era um sonho assim não totalmente irrealizável, porque nós tínhamos uma espécie de fundação político-científica para a criação do curso.

(Carmen Teixeira - entrevista)

Antes de analisar os desenhos do curso, considero importante uma breve contextualização histórica, visto que esse movimento já foi documentado (Castellanos et al., 2013). Desde a tomada de decisão institucional sobre a criação do curso até sua abertura, em 2009, passaram-se quinze anos. Tempo em que

propostas foram discutidas e muitas contribuições acrescentadas, inclusive no cenário nacional. Sobre a elaboração do projeto de curso, Carmen Teixeira destacou:

A primeira coisa que temos de colocar é que a proposta de criação do curso de graduação na área de Saúde Coletiva nasceu junto com o nascimento do ISC. Ela não surgiu 10 anos atrás, em 2002, que foi o momento em que aconteceu realmente a primeira oficina nacional aqui na Bahia sobre o curso. Ela começou já no momento em que nós pensávamos na criação do Instituto de Saúde Coletiva. [...] quando pensamos no ISC, pensamos em uma unidade acadêmica completa na Universidade. Ou seja, não só um núcleo de pós-graduação, que seria uma opção mais tímida, muito menos sair do espaço universitário, que seria a criação da Escola de Saúde Pública. Então, se conjugaram dois desejos: o desejo de permanecermos na Universidade e o desejo de assumirmos uma unidade acadêmica plena, que tivesse tanto ensino de graduação, quanto de pós-graduação, pesquisa e extensão. [...] Assim, a ideia de graduação está na raiz do ISC (Carmen Teixeira - entrevista).

Ao resgatar a memória institucional a respeito do modelo de formação, a entrevistada relembrou um processo de discussão sobre o mestrado em Saúde Comunitária oferecido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA, ainda no final da década de 1970, que, segundo ela, contribuiu para a constituição de um acúmulo coletivo, resgatado na década de 1990, quando se elaboraram as primeiras ideias sobre a possível criação de um CGSC. As duas propostas estão sistematizadas nas Figuras 6 e 7.

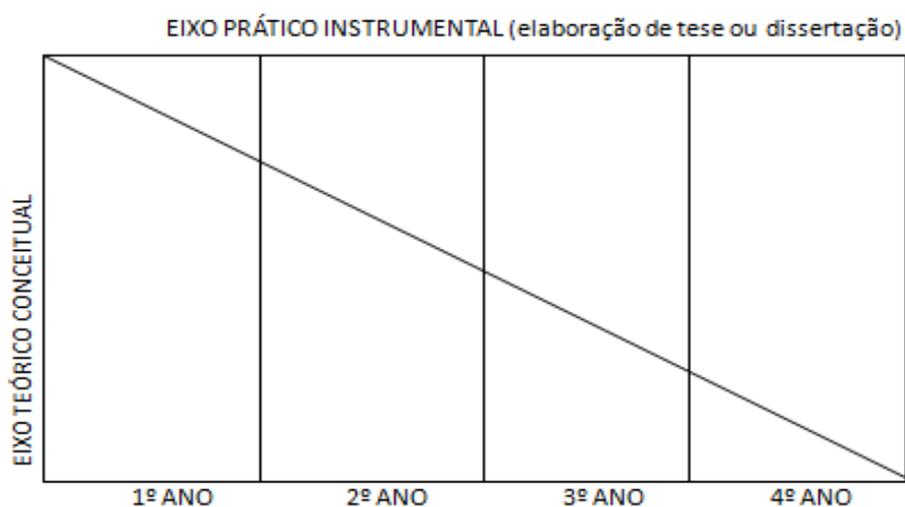


Figura 6 - Desenho de curso discutido no momento da reformulação do Mestrado em Saúde Comunitária da UFBA, 1978-1979

Fonte: Elaboração da autora, com base em entrevista com Carmen Teixeira. Salvador, 2 de maio de 2014.

De acordo com a mesma professora, a pós-graduação se iniciaria com uma oferta mais densa de referenciais teóricos, deixando para o final do curso o exercício prático de elaboração dos trabalhos de dissertação ou tese. Para a graduação, seria ofertado um conjunto de atividades práticas desde o início do curso, e o adensamento teórico seria proporcionado pelas reflexões acumuladas durante o processo acadêmico, culminando com a elaboração de uma monografia. Além disso, na ideia de configuração inicial do ISC, existia a perspectiva de articulação das ofertas de formação:

A articulação da graduação com a residência, a articulação da graduação com o mestrado profissional e a articulação da graduação com o doutorado profissional; e Naomar [Almeida Filho] começou até a aventar a possibilidade do doutorado profissional. Seria todo o eixo de formação orientado pelo trabalho, com foco nas práticas. Então, o desenho do curso teria de ser extremamente flexível, aberto, só seria necessário “amarrar” as práticas, construir relação com o distrito sanitário. (Carmen Teixeira - entrevista).

Houve, assim, desde os primeiros planos, a intenção de manter uma articulação entre todos os processos formativos oferecidos pelo ISC e em conexão com os serviços.

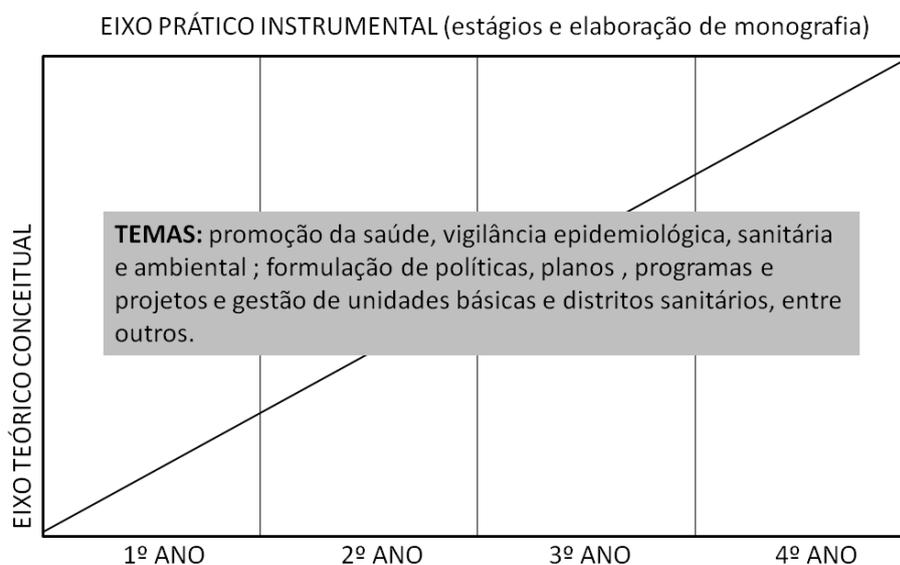


Figura 7 - Desenho possível para o curso de graduação em Saúde Coletiva na perspectiva do planejamento estratégico. UFBA, 1994-1995

Fonte: Elaboração da autora, com base em entrevista com Carmen Teixeira. Salvador, 2 de maio de 2014.

Apesar de as ideias existirem no contexto do ISC, apenas em 2005 foi elaborada a primeira proposta mais estruturada, quando houve uma possibilidade institucional de realização do curso em uma futura unidade da UFBA, a ser inaugurada no município baiano de Vitória da Conquista:

Em 2005, o ISC/UFBA formulou um projeto para ser implantado em novo campus avançado da UFBA, situado em Vitória da Conquista (BA). Porém, esse projeto não se concretizou (CASTELLANOS et al., 2013, p. 67).

Ainda em relação a esse momento institucional, Eduardo Mota informou que

[...] o campus avançado na época deveria ser para a área de Saúde, e, à época, o ISC decidiu que nós deveríamos participar com a

proposta de um curso de graduação em Saúde Coletiva. Essa foi a primeira janela de oportunidade. A congregação me incumbiu de formar um grupo de trabalho e desse grupo participaram vários colegas. Ficou tudo documentado. Fizemos longas e várias reuniões, levei meses me dedicando exclusivamente a isso (Eduardo Mota - entrevista).

O entrevistado acrescentou que o projeto não se concretizou em virtude da constatação da equipe do Ministério da Educação que acompanhava o projeto de que os docentes de Salvador não poderiam se responsabilizar pela gestão acadêmica de um curso em Vitória da Conquista, o que inviabilizava a participação dos docentes do ISC no processo e justificava a retirada da proposta do projeto daquela unidade universitária.

A discussão sobre formação acompanha os movimentos de fundação do próprio ISC, o que possibilitou ao grupo a elaboração de desenhos curriculares inovadores e o amadurecimento de sua proposta em distintos espaços e tempos institucionais. A ideia de formação de graduação e pós-graduação também conectadas era mencionada no ISC, justamente pela experiência da Residência em Medicina Social (hoje Residência Multiprofissional com concentração em Saúde da Família). Desde sua concepção, a graduação em Saúde Coletiva foi pensada em conexão com a residência e com os Programas Integrados do ISC.³ Da busca e análise documental, foi possível localizar dois documentos importantes: um estudo sobre perfil de competências (AQUINO; MEDINA, 2002) e a primeira proposta sistematizada para um possível curso de graduação (UFBA, 2002).

Sobre a proposta metodológica original do curso, Guadalupe Medina recordou:

³ Programas Integrados de Pesquisa e Cooperação Técnica compõem o arranjo institucional do ISC. A partir dessa estrutura se desenvolvem os projetos de pesquisa, ensino e cooperação técnica. Envolvem docentes, pesquisadores, técnicos e estudantes de pós-graduação e graduação, fomenta-se a interdisciplinaridade, o trabalho articulado de todo o seu pessoal e de estudantes, além do estímulo à busca de colaboração e diálogo com profissionais de diversas unidades da UFBA e de outras instituições (organizações não-governamentais, secretarias estaduais e municipais de saúde, ministérios, organizações nacionais e internacionais da área de Saúde), além de outros centros de ensino e pesquisa no Brasil e no exterior.

Trabalhamos muito nessa perspectiva do ensino por competências profissionais, de romper com as disciplinas. Foi a primeira ruptura do ISC: uma proposta pedagógica para acabar com o modelo disciplinar. Trabalharíamos com o desenho de práticas profissionais e problemas, e os conteúdos seriam inseridos a partir daí. A primeira chegada do estudante ao território seria para conhecer aquele território, fazer o mapeamento das famílias, discutir e fazer análise da situação de saúde. Propúnhamos conceitos que dariam sustentação teórica para que o estudante se apropriasse disso (Guadalupe Medina - entrevista).

Essa concepção metodológica se aproxima da composição dos eixos de trabalho, concebendo que a formação partiria da experiência de imersão dos estudantes nas comunidades, serviços e sistema de Saúde para que, gradualmente, lhes fosse ofertado o referencial teórico e analítico, a fim de propiciar aprendizados e sistematizações. Ainda sobre os desenhos de formação, Carmen Teixeira sistematizou a proposta elaborada no período de concepção das primeiras ideias:

Além desse modelo lógico que é inspirador da organização do desenho curricular, se destacou uma outra matriz, a matriz do enfoque situacional do planejamento. O curso era pensado para quatro anos. No primeiro ano, o eixo da prática seria a análise da situação de saúde, o segundo momento seria o da formulação da política, ou seja, o momento normativo. Aqui o momento estratégico e o momento tático operacional: o aluno entraria no primeiro ano tendo uma base territorial para a sua prática, essa base territorial seria um distrito sanitário docente assistencial e, no primeiro ano, ele se dedicaria a conhecer a situação de saúde do distrito. O estudante precisaria ter conteúdos que ajudassem, por exemplo: demografia, epidemiologia, estatística, administração e planejamento. Esse conteúdo não seria dado sob a forma de disciplinas, ele seria dado instrumentalizando, ou seja, a partir dos desafios que iriam surgindo durante o processo. Seria necessária uma equipe de professores que assumisse a responsabilidade de prosseguir com esses alunos (Carmen Teixeira - entrevista).

A estrutura curricular mencionada na Proposta do curso de graduação em Saúde Coletiva da UFBA faz menção à ideia de uma formação preocupada ao mesmo tempo com o acesso a uma formação geral qualificada e com graus progressivos de aproximação do objeto da Saúde Coletiva, assemelhando-se à ideia de uma oferta curricular não linear. No documento, pode-se perceber esse movimento na organização, apresentando, inicialmente, um conjunto de diretrizes que apontavam para um novo desenho de formação:

Apresenta-se um delineamento provisório do programa, com base nas seguintes premissas operacionais: uso pleno dos recursos e iniciativas já disponíveis no ISC e na UFBA; integração horizontal com outras unidades e setores da UFBA; emprego de novas estratégias pedagógicas e nova estrutura de ensino; imersão radical nas atividades de pesquisa e cooperação técnica do ISC; compromisso com qualidade de processos e produtos (avaliação permanente) (UFBA, 2008, p. 7).

Como informa a proposta, sua criação se viabilizaria com os movimentos propiciados pela promulgação

[...] do Decreto Presidencial nº 6.096, de 24 de abril de 2007, que criou o Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni) a UFBA estabeleceu a possibilidade da abertura de novos cursos de graduação, ampliando as vagas para o ensino superior e as perspectivas de formação universitária em nosso meio, movimento no qual se insere a presente proposta (UFBA, 2008, p. 3).

Após vários movimentos e readequações em atendimento a exigências burocráticas da UFBA, o projeto do curso foi aprovado, e a primeira turma iniciou suas atividades em março de 2009, em horário noturno e com a oferta anual de 45 vagas.

Em Saúde Coletiva e nos demais cursos, o sistema de registro de componentes da UFBA só aceita que sejam cadastradas disciplinas. Tivemos uma dificuldade em cadastrar componentes curriculares como

pesquisa orientada ou seminários interdisciplinares, que se configuram na mesma oferta ao longo de todo o curso, porém o sistema até hoje só aceita a inserção progressiva, por exemplo: seminários interdisciplinares I, II e III. É um sistema informatizado e foi concebido para uma estrutura modular antiga, obsoleta e não flexível (Eduardo Mota - entrevista).

Entre as adequações estavam a oferta em turno noturno, o número de 45 vagas em vez de 90, como na proposta inicial, e a própria organização curricular, inicialmente pensada de forma mais integrada e menos *disciplinar*. De acordo com os entrevistados que estiveram envolvidos com os primeiros desenhos do curso, a proposta implicaria uma imersão dos estudantes nas práticas de Saúde Coletiva em seus distintos espectros, e os conteúdos teóricos seriam oferecidos, na forma de seminários, a partir da identificação de demandas das atividades realizadas pelos grupos de estudantes.

No processo de análise do material pesquisado, pude entender que a arquitetura curricular inicialmente pensada não teria viabilidade na estrutura burocrática da UFBA, o que acarretou a elaboração de um projeto apresentado em eixos curriculares, práticas integradas e seminários interdisciplinares, com possibilidades de outros arranjos, à medida que o curso fosse sendo implementado.

De fato, seria necessário um projeto que se adequasse àquilo que a Universidade quer e pode fazer. Uma coisa é a tramitação burocrática, outra é a possibilidade de ajustes práticos no decorrer do curso. Por exemplo, a existência de dois componentes curriculares articulados que, na oferta curricular, se apresentam de forma separada. Não consigo identificar se conseguimos fazer uma leitura do projeto mais adequada à formação do sanitarista, ao profissional de Saúde Coletiva, se conseguimos ser diferentes daquilo que o sistema quer (Eduardo Mota - entrevista).

Ao que indica o entrevistado, o diálogo necessário entre o grupo que elaborou a proposta e o grupo que assumiu a coordenação e docência cotidiana do curso se deu de forma frágil.

O que faltou ao longo desse processo todo a partir de 2009, quando entraram os novos colegas e que são fundamentalmente os que realizam a graduação, foi prepará-los para implementar o projeto do curso (Eduardo Mota - entrevista).

O professor Guilherme Ribeiro mencionou igualmente o desafio de implementação do projeto, no momento em que um grupo de professores estava também ingressando na Universidade:

Pensando no curso como um todo, eu acho que temos avançado de forma bastante satisfatória. Temos um curso que não existia, professores novos chegando, um projeto político-pedagógico que foi construído por outra equipe de professores. Então, tivemos de reconhecer e de nos adaptarmos ao projeto, concordando ou não com alguns aspectos. [...] entramos no barco que já estava planejado, mas não andando; estava construído, mas ainda não tinha se iniciado. E esse ano [2013] foi um ano especial, porque formamos a primeira turma e consolidamos uma caminhada que foi iniciada há quatro anos atrás. Fechamos um primeiro ciclo. E quando olhamos para esse ciclo que foi completo, a impressão geral é positiva, consideramos que os alunos estão razoavelmente preparados para o trabalho (Guilherme Ribeiro - entrevista).

É inquestionável o desafio de efetivar um projeto no qual se acredita mas de cuja construção não se participou, sobretudo porque muitas ideias debatidas não estavam no projeto final, como a integração entre os componentes curriculares e a oferta das práticas *a priori*. Várias reuniões foram realizadas no início dos semestres letivos com o intuito de balancear a oferta curricular e sincronizar os conteúdos, o que, na visão de alguns entrevistados, possibilita o estabelecimento de um programa de curso equilibrado.

6.2 A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS

De acordo com o projeto (UFBA, 2008), o curso está estruturado em eixos temáticos que vão sendo apresentados aos estudantes em integração com os componentes de Práticas Integradas e Seminários Interdisciplinares:

A estrutura curricular do Curso de Graduação em Saúde Coletiva inclui um conjunto de atividades cujo conteúdo práticas que tratam do processo saúde-doença-cuidado e seus determinantes, das políticas e da organização dos sistemas e serviços e das práticas de promoção da saúde e da qualidade de vida. Esses conteúdos serão oferecidos de maneira presencial, em processos ensino-aprendizagem integrados, articulando-se conhecimentos teóricos e práticos, horizontalmente ao longo do desenvolvimento dos **eixos** descritos adiante, que serão trabalhados em complexidade crescente, e verticalmente nos espaços e momentos de **práticas integradas e seminários interdisciplinares** (UFBA/ISC, 2008, p. 10, grifos meus).

Os componentes curriculares se organizam em torno de eixos por campo de conhecimento, sendo eles Ciências Sociais Básicas e Aplicadas em Saúde Coletiva; Ciências da Vida e Tecnológicas em Saúde; Ciências da Saúde Coletiva e Conteúdos e Atividades Integradoras. O curso tem carga horária total de 2.708 horas, assim distribuídas: 2.300 horas (84,93%) para os conteúdos disciplinares e atividades curriculares obrigatórios, e 408 horas (15,07%) para os conteúdos curriculares optativos e atividades complementares.

Tendo em vista as diretrizes da flexibilidade curricular e a autonomia dos estudantes, cabe refletir sobre a distribuição da carga horária entre componentes obrigatórios e optativos. A oferta do curso em horário noturno e a grande concentração de componentes obrigatórios restringiu as possibilidades de escolha de componentes curriculares, limitando, também, o trânsito dos estudantes por outras unidades acadêmicas, ou até o desenvolvimento de atividades complementares; por outro lado, alguns estudantes relataram a sobreposição de

conteúdos e o pouco tempo para discutir outros mais centrais para a formação, a exemplo de

Políticas. É um conteúdo muito grande para uma carga horária muito pequena, então algumas coisas não conseguíamos nem discutir e terminava atropelando... (Eliane Lopes - grupo focal).

É algo muito pesado, muito puxado, eu acho que às vezes não se consegue nem aproveitar determinados debates e discussões dentro do próprio componente. [...] Eu peguei seminários no semestre passado, antes de me formar, e tudo aquilo que queríamos conhecer mais e que não tinha espaço no curso, inserimos em seminários [...] para poder discutir e aprofundar mais, a exemplo da temática de participação e controle social [...] Até por conta da inserção anual... A estrutura acaba sendo um pouco fechada, não dá muita maleabilidade, porque há Epidemiologia I e II, Planejamento I e II, e acaba ficando tudo muito fechado, não dá para ter uma maleabilidade maior (Cintia Silva - grupo focal).

Ao se iniciarem os estágios, alguns estudantes sentiram falta de alguns conhecimentos, o que foi percebido também pelos gestores que os acolheram nos serviços:

Estou falando do período mesmo do estágio. Cursar quatro semestres, cinco semestres, e fazer um estágio no final do curso para obter o diploma, eu acho insuficiente, sobretudo dentro da área de Saúde Coletiva, como sanitarista, que pode atuar em vários campos (Alcione Anunciação - entrevista).

Ao que indica a conversa com a funcionária da Secretaria Municipal de Saúde, a oferta do estágio curricular somente no final do curso não possibilita aos estudantes uma inserção gradual no serviço, indicando que é a *quase única* oportunidade para que o grupo tenha contato com o cotidiano dos processos de trabalho. Talvez a preocupação da entrevistada possa estar relacionada com a criação de oportunidades de aprendizagem, ou seja, à medida que os estudantes se

aprofundam nas práticas, vão tendo oportunidades de criar questões de aprendizagem e buscar informações em uma perspectiva viva de produção de conhecimento, como indica B. S. Santos (1995), ao falar dos desafios para a construção de uma Universidade mais conectada com os problemas do mundo contemporâneo.

Outro entrevistado apontou, da mesma forma, a necessidade de uma inserção mais duradoura dos estudantes e de um acompanhamento mais sistemático por parte dos docentes:

Fico sempre irritado quando eu percebo que o serviço tem esse potencial de melhorar; por exemplo, o preceptor poderia vir colaborar instrumentalizando os estudantes e o serviço, para que o serviço melhorasse seu potencial de trabalho, e isso a academia não faz. Eu acho que é uma pena, que talvez fosse o clique, o interruptor que acenderia a luz, esse momento efêmero e bem pequenininho de aproximação. E a academia deixa isso passar, seja pelos interesses que tem, que talvez nem cheguem ao serviço, que somente utilize o serviço, seja porque não tem disponibilidade ou porque não tem vontade. Eu queria muito que conseguíssemos avançar um pouco mais nisso. E eu quero deixar claro uma coisa: nós estamos numa gestão de oportunidades, por mais que nos coloquemos no campo democrático da participação de esquerda, muitas vezes reproduzimos aquilo que é de direita, mas, em contrapartida, estamos num espaço profícuo para construir muitas coisas importantes que vão marcar a saúde no Estado da Bahia como um todo (Bruno Guimarães - entrevista).

Sua inquietação pode estar relacionada com a dificuldade de estabelecimento de um diálogo mais orgânico com a Universidade. Alguns depoimentos reconheceram a necessidade de uma maior aproximação do *corpo* do curso com os serviços, o que dá indícios de resposta à uma das indagações do início do presente estudo: a conexão entre os saberes acadêmico e do mundo do trabalho se estabelece na formação graduada em Saúde Coletiva?

A professora Ana Luiza Vilasbôas mencionou esse desconforto, em vista de sua experiência docente anterior no programa de Residência Multiprofissional, no qual a aproximação com o serviço se dava de forma mais orgânica:

A nossa supervisão tem sido num encontro quinzenal, diferente da supervisão da residência, mas não temos carga horária para isso; temos uma carga horária de quatro horas semanais para acompanhar estágios e dois professores. Além disso, não temos só o nível técnico, temos também um compromisso com a construção de práticas mais consistentes em Saúde Coletiva (Ana Luiza Vilasbôas - entrevista).

A organização das atividades docentes e o desafio de conciliar ensino, pesquisa e cooperação técnica coloca em teste a possibilidade de desenvolver um acompanhamento mais próximo dos estudantes integrados aos serviços. Como orienta B. S. Santos (2010), tratar-se-ia muito mais de um artesanato do que de uma arquitetura, ou seja, de um exercício de ajustes e criação de alternativas que vão se organizando com o decorrer do curso, passo a passo.

De um lado, o serviço avalia que o elo entre a Universidade e o cotidiano das práticas está frágil. De outro, os docentes se ressentem da falta de tempo para acompanhar as práticas acadêmicas. Questiona-se aí a organização de tempo acadêmico e, mais uma vez, a legitimidade do ensino de graduação como foco dos docentes.

Em sua *sociologia das ausências*, B. S. Santos (2005) descreve o modo pelo qual relações e acontecimentos deixam de existir, à medida que são deslocados dos lugares de alguma relevância social. É oportuno, então, considerar a ideia de que talvez a pouca aproximação entre o cotidiano do serviço e a oferta educativa proporcionada pelo CGSC possa estar relacionada com uma certa *ausência*, como pontuou Jaina Oliveira, ao falar das instâncias de participação social e de outras oportunidades de aprendizado. O fragmento transcrito revela muito do que se produz nos movimentos de avaliação do ensino na área de Saúde Coletiva:

[...] as feiras de saúde são espaços possíveis para atividades práticas em Saúde Coletiva e têm um impacto muito legal. É o contato com a

população. [...] *Eu também senti falta de participar de conferências sobre saúde, porque é um mundo, um universo. [...] Eu acho que todos os espaços que envolvem participação popular e saúde deveriam ser espaços da Saúde Coletiva. [...] eu senti falta de estarmos mais vinculados ao serviço, com o que o serviço faz, uma relação mais estreita [...] fomos ocupando os espaços, **mas isso deveria fazer parte do curso, eu acho que é esse casamento, que aproxima a gente da saúde**, que aproxima a gente da discussão que está acontecendo. [...] o lugar responsável pela formação dá as oportunidades, diz que este aprendizado é importante, e é uma decisão sua escolher, o que é diferente de deixar por conta dos estudantes a busca de atividades que são tão centrais para a formação dos sanitaristas. É como eu aprendi aqui: omissão também é uma posição. [...] E eu gostaria **que isso fizesse parte do curso** (Jaina Oliveira - grupo focal, grifos meus).*

A fala não tão lógica, porém muito explícita da participante revela, com intensidade, suas inquietações e até sugestões no sentido de aproximar os estudantes dos movimentos desencadeados no cotidiano do sistema de Saúde. A omissão referida certamente não é um movimento intencional do corpo docente. Relaciona-se, possivelmente, com os desafios de implementação de um projeto novo tanto para os docentes quanto para a instituição, já mencionados anteriormente.

Ainda analisando a relação entre o aparelho formador e o cotidiano das práticas em Saúde Coletiva, Bruno Guimarães destacou a tênue relação entre os conteúdos de caráter mais teórico transmitidos aos estudantes em sala de aula e os saberes necessários e construídos no âmbito do trabalho:

Um estudante saindo da graduação, da distância que é tradicional quando discutimos os problemas da formação, que é a distância entre teoria e prática e não queremos que isso aconteça em Saúde Coletiva. Eu acho que essas questões que você está trazendo me remetem a

essa reflexão: até que ponto essa formação está conseguindo minimamente propiciar condições aos estudantes? É óbvio que a formação não é completa, que não se acaba na graduação (Bruno Guimarães - entrevista).

Seu depoimento deixa aberturas para o diálogo que podem se converter, por exemplo, na discussão sobre os abismos da relação entre teoria e prática na formação dos sanitaristas. Bem sabemos que qualquer exercício, seja do pensar, seja do agir, consiste em uma prática. Cabe aqui demarcar a importância da amálgama necessária a uma formação consistente, na perspectiva das *teorias de retaguarda*, ou seja, aquelas que, sensíveis aos movimentos e demandas sociais — entenda-se o trabalho em Saúde Coletiva como um movimento —, constituem-se em trabalhos teóricos artesanais que acompanham de perto o trabalho transformador dos movimentos sociais. Sobre a relação teoria-prática, uma das funcionárias da Secretaria Municipal de Saúde ponderou:

Eles estão na fase do conhecer e experienciar aquilo na prática, de ver como se consegue colocar a teoria em prática, mas é importante não só ver a prática, mas que eles identifiquem que o fazer não está destituído da teoria. [...] Para isso nós inserimos os estudantes no trabalho de técnicos de referência no setor, demos material de apoio referencial, portarias, leis, autores, pesquisadores de referência, vários livros que falam sobre o planejamento, para que elas se apropriassem, tivessem uma ideia do que é planejamento (Alcione Anunciação - entrevista).

Nesse depoimento fica clara a noção de uma teoria de retaguarda, que se cria no contexto do trabalho e, ao mesmo tempo, subsidia e orienta a ação. O movimento sugerido pela entrevistada traz em si a necessidade de uma articulação mais orgânica entre academia e serviço, inclusive no planejamento das ações educativas, como traduziu a participante Arlene de Jesus, ao mencionar seus sentimentos no momento da inserção no estágio:

*Eu vivi um choque de realidade: eu ficava dentro da emergência de São Marcos, vendo como funcionava o SUS lá dentro. Chegava a ser um choque com a minha teoria aqui. Quando eu chegava na parte do acolhimento, das fichas verdes, azul e vermelha, eu via que ali não funciona mesmo. O tempo de atendimento médico é **totalmente fora da nossa realidade teórica**. E aquilo me dava uma angústia, me dava um sofrimento (Arlene de Jesus - grupo focal, grifo meu).*

Por outro lado, Andréa Belfort reconheceu a riqueza da experiência vivenciada, demarcando que a opção metodológica de orientar o processo formativo pelas Práticas Integradas talvez merecesse maior discussão:

Eu achei muito importante também a área de práticas, gostei bastante da metodologia de práticas. Achei importante aquele processo de territorialização, de ir para a escola fazer a oficina de educação em saúde. E a parte da regulação também, de conhecer a regulação na prática. Eu achei que a metodologia foi muito interessante, porque passamos a entender como é que funcionam determinados setores do sistema. Eu achei muito interessante a parte teórica, fazer provas, mas a parte mais prática eu achei que contribuiu bastante, pelo menos para o meu conhecimento (Andréa Belfort - grupo focal).

Nesse sentido, cabe resgatar uma contribuição de Paulo Freire (1992) em relação aos ciclos de produção de conhecimento. Para Freire, a educação só se efetiva com a transformação da realidade, o que é compreendido como condições objetivas de vida, intrinsecamente ligadas às estruturas de subjetivação, tanto individuais como sociais, já que elas são indissociáveis. Diz o autor:

Assim como o ciclo gnosiológico não termina na etapa de aquisição do conhecimento existente, pois que se prolonga até a fase de criação de um novo conhecimento, a conscientização não pode parar na etapa de desvelamento da realidade. A sua autenticidade se dá quando a prática do desvelamento da realidade constitui uma unidade dinâmica e

dialética com a prática da transformação da realidade (FREIRE, P., 1992, p. 103).

Pensando especificamente na modalidade de formação de sanitaristas inaugurada com os CGSCs, Tiago Parada, integrante de uma das equipes que recebe estudantes em práticas integradas e estágios curriculares na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, ponderou que existe uma expectativa muito grande em relação à qualidade técnica e política dos egressos desse curso, o que causa, na maioria das vezes, certo desconforto quando se estabelecem relações mais próximas, ou seja, a promessa de formação de *sanitaristas revolucionários* habita boa parte do imaginário de funcionários, docentes e gestores da área de Saúde:

Eu percebo que às vezes se espera muito desses estudantes, mas temos de entender que eles são estudantes de graduação, jovens, que nunca tiveram experiências, que nunca estiveram no serviço, e, quando eles vêm, já se olha para eles esperando grandes sanitaristas. Eles são estudantes que saíram do ensino médio agora, que estão aprendendo o que é Universidade, estão aprendendo o que é o mundo, e acho que, às vezes, se espera demais deles. [...] a prática em si é muito mais exigente, e seria demais esperar tanto de quem ainda está na graduação. Até porque a prática, por exemplo, no MobilizaSUS,⁴ é parte da caminhada do próprio projeto, estamos tentando caminhar e vemos todo dia a dificuldade que é uma coisa ou outra que aparece com mais força, vamos vendo os obstáculos, vamos tendo dificuldade de desenvolver algumas coisas na prática (Tiago Parada - entrevista).

Bruno Guimarães corroborou essa ideia, declarando expectativas em relação à contribuição dos estudantes em suas práticas e estágios:

4 É um projeto da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), que compõe o conjunto de ações com o compromisso de estabelecer uma gestão estratégica, participativa e efetiva do SUS na Bahia, a partir do fortalecimento da participação e do controle social. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=347:mobilizausus&catid=17:gestaodasaude&Itemid=57>. Acesso em: maio 2014.

Eu acho que um graduando que não teve nenhuma formação prévia na área de Saúde, ou seja, nunca entrou numa unidade de saúde, nunca entrou num posto de saúde, ele tem dificuldades quando chega direto para a gestão estadual, que é uma máquina dura, pesada. Às vezes, alguns processos demoram muito para serem concretizados, têm um âmbito, uma articulação política que é mais complexa. Eu acho que eles demoram de entender isso e de se inserirem no processo de trabalho. Eles se inserem, mas muitas vezes sendo tarefeiros, mas isso é o que, desesperadamente, não queremos que aconteça na DGTES. Quando as pessoas chegam num centro de Serviço Social ou de Enfermagem, por mais que se tente inseri-las no contexto, elas vêm formatadas pela Universidade e, às vezes, não conseguem ter essa visão mais ampliada. E há a expectativa de que o estudante de Saúde Coletiva já venha com esta visão ampliada (Bruno Guimarães - entrevista).

Cabe aqui uma parada para reflexão: se, por um lado, quando chegam aos serviços para estágios, os estudantes estão “verdes”, por outro, quando se inserirem nos processos de trabalho, já terão passado por experiências ricas, leves, duras, com mais ou menos teorias, mais ou menos implicados ou acolhidos. A bagagem acumulada em suas vivências acadêmicas será certamente utilizada no cotidiano profissional. O que merece reflexão é a forma como o curso está contribuindo para a produção de sentidos com os estudantes, em conexão com os serviços que acompanham durante a formação.

O exercício cotidiano do contato, da dúvida e da produção possivelmente contribuam, a longo prazo, para uma formação mais conectada com as necessidades de saúde e, por conseguinte, dos serviços, como destacou Dulcelina do Carmo, responsável pelo acolhimento dos estudantes na Secretaria Municipal de Saúde:

Temos participado dessa discussão em relação ao curso de Saúde Coletiva, que forma um profissional sanitário. Esses graduandos que chegaram ao serviço já estavam no final do curso, então, a priori, eles já estavam sendo sanitários. Percebemos que existe ainda uma

defasagem muito grande de conhecimento entre esse profissional que está saindo e as pessoas que estavam aqui já no exercício há algum tempo. Isso significa que eles estão precisando, talvez, de um estágio mais intermediário durante o curso, para que tenham mais aproximação com os conteúdos que são realmente desenvolvidos por esse profissional que é chamado sanitaria na rede (Dulcelina do Carmo - entrevista).

Fica claro o desejo dos funcionários entrevistados tanto de receber os estudantes quanto de aproximar e estreitar laços com o curso, tendo como horizonte o aprendizado coletivo. Faz sentido aí a incorporação da noção de integralidade (MATTOS, 2001) na organização da oferta curricular. Em relação às *políticas governamentais*, pode-se dizer que a proposta curricular prevê diálogos com as políticas de saúde de forma ampla, partindo dos componentes curriculares e de atividades desenvolvidas pelos estudantes, porém os movimentos desencadeados ainda são tímidos. Em relação a outras políticas sociais, há poucos registros de integração efetiva. Foi possível identificar a ação de docentes e estudantes envolvidos com ações dos Programas Integrados, projetos de pesquisa e cooperação, como indicou a professora Ana Souto:

Nas experiências práticas, eu tenho sempre estimulado os alunos a fazer algum tipo de produto tecnológico, como esse relatório que serviu para a Cooperação DSL [...]. Depois escrevemos um trabalho para o congresso e foi aceito. Do mesmo modo fizemos esse trabalho em Introdução à Saúde Coletiva (Ana Souto - entrevista).

A Cooperação DSL é um projeto que envolve boa parte do corpo docente, pesquisadores e estudantes do ISC e tem como objetivo a proposição de ações articuladas a um distrito sanitário específico. Algumas atividades com os estudantes vêm sendo desenvolvidas junto a esse projeto, o que vem apresentando resultados interessantes, como mencionou a professora Ana Souto. Se, por um lado, há movimentos no sentido de aproximar os processos formativos dos serviços, estimulando, por exemplo, os estudantes a elaborar produtos tecnológicos e

científicos diante das vivências, por outro, esses movimentos ainda não estão incorporados às atividades cotidianas do curso:

Estamos fazendo essa articulação sem planejar, sem fazer um planejamento pedagógico. Por quê? Porque isso está na cabeça de todos. Eu acho que vale a pena também fazer uma observação sobre a convergência de interesses e compromissos desse grupo, que eu acho que é muito grande. Tanto se dá no colegiado, como se dá nas disciplinas. É uma coisa de muita convergência para um compromisso realmente de Saúde Coletiva. (Ana Souto - entrevista).

O depoimento do professor Guilherme Ribeiro apontou a realização de atividades variadas na perspectiva da multidimensionalidade, possibilitando aos estudantes diálogos com distintas formas de produzir e expressar a cultura, o que foi reforçado pelo depoimento da professora Ana Souto:

Ontem, eu levei os alunos para ver uma biblioteca, numa disciplina optativa que não tem necessariamente uma finalidade prática, que é História da Saúde Pública. A biblioteca é uma fonte histórica na área de Saúde. E foi uma coisa muito rica, porque deu para ver isso em várias edições. [...] Eu acho muito rico colocar um aluno frente a determinada realidade, e saber trabalhar com isso é um desafio. Eu acho que aí também conta a experiência docente, o que se vai construir, o que se quer dos alunos. E eu acho que sabemos o que queremos: formar sujeitos críticos e reflexivos (Ana Souto - entrevista).

O sentimento de pertencimento à área de Saúde Coletiva, de um lado, e a capacidade técnica, de outro, foram apontados pelos estudantes como inquietações ao final da graduação, o que foi confirmado também em entrevistas com os gestores. Ficou evidente a expectativa destes últimos em relação ao desempenho técnico e político dos estudantes nas atividades de estágio, o que levanta a hipótese de uma tênue apropriação dos estudantes em relação ao arcabouço teórico-metodológico da Saúde Coletiva, e pode estar relacionado com as opções metodológicas do curso, um assunto a ser aprofundado em trabalhos posteriores.

Durante a entrevista, a professora Ana Souto relatou algumas experiências de inclusão de outras linguagens e metodologias no ensino de Saúde Coletiva, reforçando a importância dessa prática inclusive como estratégia de acolhimento dos estudantes e estímulo a outros modos de entender e produzir saúde:

*Para mim está claro que a disciplina Introdução [à Saúde Coletiva] deve ser um componente do primeiro semestre que vai **expor o aluno à realidade**. Não sei como teremos de mudar, nem que isso mude só para o nosso curso. [...] Temos de trabalhar os estudantes enquanto sujeitos, **o processo de aprendizagem também tem a ver com o processo de vida deles**. Precisamos construir de forma mais orgânica, porque temos também alunos que precisam ser incluídos (Ana Souto - entrevista).*

Ao que tudo indica, os desafios se constituem inevitavelmente em oportunidades de crescimento e expansão, um chamado à coerência entre propósitos e métodos, como indicou o depoimento da estudante Camila Reis, ao falar do componente curricular Práticas Integradas em Saúde Coletiva:

O nosso curso tem uma matéria que é diferente de muitos cursos. Eu acho que o curso só me aproximou da minha área profissional. Durante todo o curso, a partir do segundo semestre, temos as Práticas Integradas em Saúde e, com a nova modalidade, que eu só peguei a partir do Práticas II, estar na área de Saúde Coletiva e ir para a vigilância, ir para a área de gestão, isso acaba aproximando. [...] Essa aproximação com o campo profissional, com a área profissional vai contribuir, com certeza, para que eu me torne um profissional muito melhor do que se eu tivesse trabalhado em outro local e não tivesse vivido nada disso. Muitos colegas meus acabam optando por só terem essa vivência nos dois últimos semestres, e isso dificulta muito. Acho que Práticas Integradas é o nosso diferencial, porque vamos desde a territorialização até as subáreas de Saúde Coletiva, e isso é fundamental (Camila Reis - entrevista).

Um depoimento da professora Ana Souto revelou uma intencionalidade em oferecer à turma experiências de contato com o sistema de Saúde, fazendo com que pudessem se estabelecer pontos de encontro, na perspectiva da aproximação entre o processo formativo desenvolvido no interior do curso e a concretude do sistema *in loco*.

Então, essas aproximações com a realidade são muito ricas para a formação, porque sempre tem algo que o aluno percebe. [...] Nos momentos presenciais em sala de aula era visível que o olhar, a observação de cada um, a sensibilidade de cada um gerava um debate muito rico Às vezes, a identidade dos alunos, não só a sensibilidade. Então o convívio que temos mais de perto com o aluno a partir das observações também é importante (Ana Souto - entrevista).

Talvez valha uma observação sobre a potência dessa estratégia diante de uma necessidade de mais aproximação entre os espaços da educação, do trabalho e dos *modos de andar a vida*:

Fazemos isso com muita fragilidade, temos pouquíssimo tempo, são 34 horas para uma prática de territorialização, pactuando com algumas idas a campo, com todas as dúvidas possíveis e imagináveis por parte dos alunos que já começam a ficar preocupados com o trabalho, com sua inserção profissional, porque sabem que a inserção em práticas é importantíssima, é estratégica para a inserção profissional, Eles se dão conta da fragilidade disso tudo, e também nós nos damos conta disso tudo (Marcelo Castellanos - entrevista).

A primeira prática é como o primeiro sutiã e o primeiro beijo, a gente nunca esquece. Eu nunca esqueço de um desnutrido que eu vi a primeira vez, com mancha de Bitot.⁵ (Ana Souto - entrevista).

⁵ Manchas de Bitot são manchas brancas ou acinzentadas que acometem os olhos de crianças desnutridas, com carência de vitamina A. (Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/mn/vita/docs/def_vita.pdf>. Acesso em: maio de 2014).

A lembrança vívida de ter visto uma criança desnutrida com manchas de Bitot foi acessada pela professora ao falar da importância da imersão dos estudantes em práticas de Saúde, em contato com a população. Da mesma forma, o professor Marcelo Castellanos apontou o grande desafio de consolidação dessas práticas diante do processo denso de organização acadêmica vivenciado pelo corpo docente.

Quando indagada sobre a realização de atividade de pesquisa juntamente com um estudante de outro curso, Monaíse Silva destacou a importância do aprendizado conjunto, uma característica de possível ação transdisciplinar:

Fomos aprendendo juntos. Aprendi muita coisa com ele [o colega com quem desenvolveu o trabalho de pesquisa] e também pude transmitir um pouco. Não sei se é porque o meu estágio estava um pouco voltado para a área de Saúde Coletiva, a área da Epidemiologia [...] Então não houve muita dificuldade entre nós (Monaíse Silva - grupo focal).

O aprendizado em equipe, integrando saberes prévios à tarefa coletiva e orientando distintas formas de relacionar-se com o mesmo objeto é característica significativa de uma formação transdisciplinar. A vivência trata, portanto, de uma marca importante na perspectiva de construção de um referencial de formação orientado pela inovação. Ainda que se trate de um de estágio extracurricular e com pouco diálogo no interior do curso, foi uma experiência muito significativa para a entrevistada, que, além de oportunizar o aprendizado, contribuiu para suas futuras escolhas profissionais, visto que atualmente optou pela mesma área na qual desenvolveu esse estágio.

Outro depoimento que revelou uma forma de produção de conhecimento fundamentada no trabalho em equipe e no aprendizado a partir da experiência é o de Deise Uchôa. Ao lembrar de uma tarefa de elaboração de um boletim epidemiológico durante uma atividade de estágio, ela reviveu a emoção do medo de enfrentar uma situação nova e o sentimento de gratificação, ao dar-se conta do aprendizado durante o curso:

*[...] era uma coisa que **eu tinha medo**, era pouco o tempo de estágio, e fiquei pensando se eu estaria preparada para ir para o serviço [...] mas*

*eu acreditava: **quando estivermos no serviço vamos saber muito bem o que fazer.** Eu pude observar isso com a experiência do estágio, cheguei um pouco tímida, mas aí as coisas iam aparecendo, e tínhamos de resolver e dar sugestão [...] eu gostei e essa foi a experiência em que pude ver muita coisa que aprendi aqui (Deise Uchôa- entrevista, grifos meus).*

A chegada dos estudantes ao serviço foi inusitada. De um lado, a novidade e, de outro, o desafio de agregação de novos olhares e formas de organizar o trabalho. Em um dos locais de estágio, os estudantes tiveram duas semanas para ambientação e leituras indicadas e, em seguida, se inseriram na agenda semanal da equipe, com poucas distinções entre seu trabalho e o dos funcionários, como relatou Dulcelina do Carmo:

Eu acho que um profissional que vem com essa formação, com esse olhar diferenciado, ao ser inserido no serviço, ou seja, na atenção básica, nas unidades de Saúde no nível central, ele vai estar o tempo todo chamando a atenção para as transformações já convencionais, a estar com um olhar diferente para este novo modelo, porque ele vem com isso intrínseco, na medida que ele vem se formando desde cedo pensado desse jeito. Então eu acho que é uma perspectiva, que as duas coisas se confundem: perspectivas e desafios (Dulcelina do Carmo - entrevista).

Guadalupe Medina, que recebe estagiários e bolsistas de Iniciação Científica do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica (GRAB/ISC), destacou a qualidade técnica da formação que vem sendo oferecida aos estudantes:

Sentimos que os estudantes que estão vindo estagiar estão com um background muito bom. Essa é a primeira impressão. Eles se apropriam muito rapidamente, têm se apropriado de questões que não pensávamos que eles tivessem essa capacidade de forma tão rápida. E o processo de formação também se ampliou bastante: coisas como

literatura e arte, outros conteúdos, essa relação de alguma forma como essa nova concepção de formação na Universidade (Guadalupe Medina - entrevista).

Restaria, então, refletir, como orienta Martin-Baró (1983): o importante não é questionar *onde* se faz, nem tampouco *desde quem*, mas, sim, como, em benefício de quem e quais as consequências históricas desse *quefazer*. E, nesse sentido, orientar ações na perspectiva das *emergências* ofereceria às práticas desenvolvidas nessas interfaces a possibilidade de criação coletiva de um *por vir*, ampliando *horizontes de possibilidades*, tanto para o serviço quanto para a Universidade (sujeitos e instituição).

6.3 SÍNTESES POSSÍVEIS: SABERES E FAZERES DA SAÚDE COLETIVA NO CGSC DO ISC

*A esperança é um pássaro em voo permanente.
Segue adiante e acima de nossos olhos,
flutua sob o céu azul, não se lhe opõe nenhuma barreira.
É assim em tudo aquilo que se nutre de esperança:
o amor, a educação de um filho, o sonho de um mundo melhor. [...]
Um sonho se tece de mil fios delicados,
até que um dia a imagem se transporta da mente à realidade.
Talvez não se saiba aonde exatamente se pretende chegar.
É como no amor, os sentimentos criam vínculos
sem que se saiba ou se possa adivinhar o porvir.
Frei Betto, "Ajardinar a esperança"⁶*

A leitura e sistematização dos documentos históricos acessados, juntamente com o Projeto Pedagógico do CGSC do ISC/UFBA vigente possibilitou a elaboração de um quadro analítico (Quadro 4), cotejando as relações entre a proposta inicial, o projeto do curso e sua vivência, declarada nas entrevistas e grupos focais.

⁶ Escrito em 2005, por ocasião da reflexão final do Seminário Avançado de Teoria da Planificação em Saúde. Disponível em: <<http://www.esteditora.com.br/correio/4952/4952.htm>>. Acesso em 27 jun. 2010.

CATEGORIAS	PROJETO INICIAL	PROJETO EM VIGOR	VIVÊNCIA DO CURSO
INTEGRALIDADE formação, cuidado e políticas de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • orientação da formação para a promoção da saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • valorização das dimensões ética e humanística • formação integral e adequada do estudante pela articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão 	<ul style="list-style-type: none"> • integração ao projeto DSL • baixa integração com os serviços, na perspectiva de rede de colaboração
MULTIDIMENSIONALIDADE DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E DA ASSISTÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> • formação baseada em problemas • formação orientada por competências (rompimento com campos disciplinares e organização e orientação pela análise dos processos de trabalho) 	<ul style="list-style-type: none"> • sugestão de diversas modalidades de ensino, como práticas integradas e seminários interdisciplinares • aberta a possibilidade de integração com estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, por interesse dos estudantes 	<ul style="list-style-type: none"> • integração ao projeto DSL • oferta de várias modalidades e linguagens (ex.: saúde e literatura, cinema, realização de atividade comunitárias, como feiras de saúde)
FLEXIBILIDADE CURRICULAR	<ul style="list-style-type: none"> • disciplinas do elenco da UFBA serão cursadas em paralelo 	<ul style="list-style-type: none"> • programação flexível e adaptada às condições institucionais no âmbito acadêmico e dos serviços de saúde • os conteúdos disciplinares e atividades curriculares obrigatórios totalizam 2.300 horas • conteúdos curriculares optativos e 	<ul style="list-style-type: none"> • integração de práticas (estudantes de vários semestres) • pesada carga horária de disciplinas obrigatórias • sobreposição de conteúdos • curso noturno dificulta o trânsito entre unidades

		<p>atividades complementares totalizam 408 horas</p> <ul style="list-style-type: none"> • total de 2.708 horas 	
TRANSDISCIPLINARIDADE	<ul style="list-style-type: none"> • incentivo à abertura transdisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> • saber atuar em equipes multiprofissionais, valorizando a inter e a transdisciplinaridade com vistas à promoção da saúde da população e de acordo com os princípios éticos e científicos 	<ul style="list-style-type: none"> • experiência de pesquisa com estudantes de outros cursos
PROTAGONISMO espaço para a construção de sujeitos	<ul style="list-style-type: none"> • time formado por alunos de todos os semestres de graduação, incluindo apoio e tutorias de pós-graduandos • “educação participativa” 	<ul style="list-style-type: none"> • estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos • processo de avaliação centrado na apropriação de conhecimentos, habilidades e valores éticos • desenvolvimento pedagógico construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem • não há menção de trabalho em equipes ou integração com a pós-graduação 	<ul style="list-style-type: none"> • integração entre estudantes de distintos semestres em Práticas Integradas • organização do movimento estudantil • possibilidade de organização dos estudantes • planejamento conjunto de alguns componentes curriculares

<p>DEMOCRACIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • não há referência na proposta 	<ul style="list-style-type: none"> • proposta de discussão nos temas transversais 	<ul style="list-style-type: none"> • participação dos estudantes nas instâncias de decisão do instituto (democracia representativa) • discussão de programas e ementas em alguns componentes
<p>INTEGRAÇÃO ENTRE O MUNDO DA UNIVERSIDADE E O MUNDO DO TRABALHO (INTERSETORIALIDADE)</p> <p><i>formação, trabalho e necessidades de saúde da população</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • formação conectada às práticas, como componentes teóricos permeando as atividades • estágio rotativo pelas várias instâncias do SUS/BA 	<ul style="list-style-type: none"> • prática realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de Saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos 	<ul style="list-style-type: none"> • reflexão sobre a oferta de estágio somente no final do curso • baixa integração com o serviço • demanda por presença de docentes junto aos estudantes
<p>PARTICIPAÇÃO SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • cita participação e necessidade de integração com a comunidade nos textos de contextualização e antecedentes, mas não na proposta pedagógica 	<ul style="list-style-type: none"> • citada em conteúdos de alguns componentes curriculares 	<ul style="list-style-type: none"> • inserção ocasional de estudantes em instâncias de participação (ex: conferências e conselhos) • atividade de práticas integradas em experimentação (sem relato para este estudo) • “todos os espaços que envolvem participação popular e saúde, eu acho que deveriam ser espaços

Quadro 4 - Cotejo entre projetos e vivência do Curso de Graduação em Saúde Coletiva do ISC/UFBA

Fonte: Elaboração da autora.

Após leitura criteriosa e sistematização das categorias analíticas, faço algumas considerações, inspirada na proposta de Frei Betto: ajardinar a esperança. Parece que a construção cotidiana de um curso de graduação que se pretende, desde sua origem, um processo coerente e orientado para as transformações sociais no espaço da Saúde e na sociedade de forma mais ampla requer um conjunto de sujeitos igualmente implicados.

Os fios delicados aos quais Frei Betto se refere, podem ser assumidos, em Saúde Coletiva, como o conjunto de atores e contextos implicados na objetivação das ações relacionadas com o curso e suas extrapolações. Parece que, quando uma unidade acadêmica chega ao grau de maturidade já atingido pelo ISC, dada sua abrangência geográfica, densidade e quantidade de produção científica, número de pessoas envolvidas cotidianamente com as atividades desenvolvidas no âmbito de ensino, pesquisa e cooperação, a proposição e implementação de uma novidade acadêmica passa a ocupar um lugar de atenção, de cuidado. Nesse sentido, o depoimento de Marcelo Castellanos possibilita a abertura de vários horizontes reflexivos e críticos:

Entramos num contexto em que há mais de 60 cursos de pós-graduação. Entramos num SUS em plena expansão. Há, portanto, muitos âmbitos de prática de Saúde Coletiva, muitos saberes são produzidos dentro desse campo. Como fazer uma opção, como definir quais vão ser os campos privilegiados? O desenho curricular do ISC, e que acabou sendo básico para definição de muitos outros, era o de aproximações sucessivas com relação ao Sistema Único de Saúde, sem perder de vista a importância de também inserir os estudantes em movimentos sociais ou na sociedade civil organizada, mas basicamente focados na formação de profissionais voltados para atuação dentro do SUS (Marcelo Castellanos - entrevista).

O desafio de criar cotidianamente um curso, articulando a tradição acadêmica da pós-graduação e a necessidade da produção de um outro referencial para a docência, faz com que o trânsito entre os mundos do conhecimento, da vida e do trabalho se intensifique, o que pode ser compreendido como um saldo positivo do processo de criação dos CGSCs.

Vale destacar, em relação ao aspecto da flexibilidade, que o desenho curricular do curso abre diálogos com outras unidades acadêmicas da UFBA, inclusive com a iniciativa do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), que chegou a oferecer uma área de concentração em Saúde Coletiva integrada com o ISC. Durante o processo de consolidação dessa iniciativa, houve algumas avaliações da sobreposição de ofertas curriculares e dificuldades na produção de um desenho fluido entre as duas modalidades de formação. Por exemplo, as diferenças entre Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) com concentração em Saúde Coletiva, Graduação em Saúde Coletiva com oferta linear e Graduação em Saúde Coletiva como curso linear, após a conclusão do BIS.

Alguns entrevistados revelaram que momentos de decisão, inclusive sobre a carga horária de professores recém-concursados para atuar na graduação em Saúde Coletiva e no Bacharelado Interdisciplinar de Saúde, foram também momentos de tensão que resultaram, inclusive, na desistência da oferta de uma área de concentração em Saúde Coletiva para os concluintes do BIS, como indica o depoimento da professora Ana Luiza Vilasbôas, participante ativa desse processo:

Havia uma expectativa de que se ia poder trabalhar de uma forma integrada, e eu também tinha essa expectativa. Mas isso não acontece [...] até pelas questões de disputa de espaço de poder e de recurso (Ana Luiza Vilasbôas - entrevista).

Evidencia-se aí uma tensão importante na organização das atividades acadêmicas e na articulação com outras unidades da UFBA, o que poderá ser tomado como aspecto a analisar nos processos de avaliação do próprio curso.

A articulação necessária entre a Universidade e o serviço muitas vezes fica prejudicada em função das excessivas atividades desenvolvidas pelos docentes, o

que inviabiliza cronologicamente sua presença no serviço junto aos estudantes. Nesse sentido, quando questionados sobre as ofertas do curso ao serviço, os funcionários entrevistados foram unânimes em dizer que falta aproximação e presença da Universidade junto ao serviço. Compreendem que o espaço de aprendizado deve ser uma via de duas mãos, onde eles acolhem os estudantes, e a Universidade se envolve em colaboração e construção cotidiana de soluções para os desafios encontrados na prática. Sobre esse aspecto, Bruno Guimarães e Tiago Parada refletiram:

Sobre as ofertas do curso ao serviço, eu acho que é a mesma oferta que todos os outros cursos fazem. Utiliza-se muito pouco o campo de prática, o campo de estágio. Eu tenho pouquíssimas reuniões com a pessoa que é responsável por acompanhar os estudantes. É uma pena! (Bruno Guimarães - entrevista).

Discutimos sobre a abertura de campo de prática e campo de estágio, mas poderíamos experimentar um algo a mais, produzindo conhecimento com essas práticas. Temos como desafio a aproximação entre nosso trabalho e referências para uma análise mais aprofundada, o que poderia ser desenvolvido em parceria com a academia (Tiago Parada - entrevista).

A característica da primeira turma, que ingressou no curso em 2009 e, portanto, participou do presente estudo contribuindo com os grupos focais, é um sentimento de desbravamento, de ser instituinte, o que fez com que muitos estudantes se envolvessem de maneira intensa com a organização estudantil e ocupassem os espaços democráticos do ISC de forma igualmente intensa. De acordo com os depoimentos dos docentes, esse movimento foi mais tímido nas outras turmas, o que se torna um desafio a ser enfrentado.

Sobre a possível multidimensionalidade da formação, pode-se dizer que ainda está centrada na ação desbravadora de alguns estudantes, ou seja, não está ainda instituída como uma rotina do curso, como destacou Cíntia Silva:

A atividade em comunidade é obrigatória no currículo. Eu acho que isso é uma oportunidade de expansão, de serem construídas outras práticas, inclusive com componentes curriculares de outros cursos. E é da nossa responsabilidade, porque saímos daqui com um compromisso, não só profissional mas ético e político, de seguir fortalecendo isso que se constrói dentro da Universidade (Cintia Silva - grupo focal).

Nesse sentido, a possibilidade de participação social e de diálogos estabelecidos com a comunidade de forma ampla ainda não estão organizados de forma sistemática no cotidiano do curso. Surgiram pela articulação dos próprios estudantes, talvez por um “despertar” suscitado pelo conjunto de referenciais e experiências que vinham sendo apresentados ao longo do curso. O depoimento animador da participante Eliane Lopes revelou essa *esperança*:

*Eu nunca gostei de política, mas, em toda a participação do meu curso, eu me tornei militante, construindo. Eu tive a oportunidade de ir a Brasília, de participar da construção do movimento estudantil e do nosso curso enquanto um movimento nacional. Batalhamos mesmo desde os **ossos primeiros encontros**, lá em Recife [primeira reunião dos estudantes organizados nacionalmente no Congresso Nacional da ABRASCO]. As primeiras turmas do nosso curso têm esse perfil de militantes políticos, de querer fazer um SUS diferente, de querer ver uma saúde diferente (Eliane Lopes - grupo focal, grifos meus).*

Voltando às referências teóricas e ao desafio proposto por B. S. Santos (2005) na proposição de uma *teoria de retaguarda*, vale destacar que esses encontros e desafios, essa vontade de organização e mobilização talvez sejam o *motor* para o estabelecimento de outras relações tanto na área da Educação quanto no espaço da Saúde Coletiva:

Temos o duplo desafio não só de construir com esses alunos a possibilidade de uma nova carreira, mas de qualificá-los. É um esforço muito grande. Temos vários exemplos de superação na turma que saiu.

Foi muito emocionante a colação de grau, mas sabemos que há alunos dessa turma que não vão conseguir se formar por problemas que fogem da nossa governabilidade (Ana Luiza Vilasbôas - entrevista).

Apesar das limitações apontadas, pode-se dizer que o curso em foco se aproxima de uma *formação com a memória da inovação*. Criado em uma instituição pioneira no espaço da Saúde Coletiva, com compromissos e ações marcadamente localizados no âmbito da defesa do SUS e na possibilidade de transformações sociais mais amplas pela via da saúde, guarda em si a tensão entre o instituído e o instituinte, entre a reprodução e a transformação, o que faz com que seus estudantes não saiam de seus processos educativos da mesma forma que entraram, como revelou o depoimento de Cíntia Silva:

*Eu me senti muito contemplada, porque se cria um afeto por algo que se defende. Não estamos falando simplesmente de saúde porque é legal e vamos fazer, mas **isso tem um caráter ideológico, isso tem um caráter político de pensar a própria sociedade**. Eu acho que isso que é marcante. E quando se vai tendo espaços para isso poder acontecer e dar fluidez, isso é importante. Quando eu me perguntava: o que é que tem de diferencial? [...] **uma abertura pra que as coisas novas aconteçam**, a possibilidade de dialogar. Eu acho que sempre tivemos aqui o espaço para dialogar e pensar essas práticas. Foi um espaço em que sempre tivemos voz. Nem sempre fomos atendidos, mas sempre tivemos espaço. [...] É uma forma de exercício, o diálogo; por exemplo, no início de um semestre discutir a ementa do curso e podermos dialogar e pactuar como vai ser o semestre, por mais que seja uma coisa pragmática, também é uma forma de refletir sobre o processo (Cíntia Silva grupo focal, grifos meus).*

No depoimento da concluinte do curso, ficam claras as diretrizes apontadas tanto no projeto inicial, quanto no projeto em vigor: o caráter político da Saúde Coletiva, a abertura para o novo e as possibilidades de participação. Poucos foram os espaços identificados como de interlocução com a comunidade de forma ampla,

seja nos espaços participativos do próprio SUS, seja na organização de ações de saúde junto à população ou mesmo em diálogos com estudantes do ensino médio, na perspectiva de divulgação do curso, como referido em algumas entrevistas.

Na produção do pensamento crítico, a dicotomia entre a teoria e a prática se suaviza, visto que todo o trabalho teórico realizado passa a se originar das experiências concretas, e o conhecimento abre caminhos para a organização de outras práticas. Para esses sujeitos, manifestam-se as possibilidades de engendrar formas de articular vida e trabalho, tendo como diretrizes a avaliação constante, como destacou o professor Marcelo Castellanos:

Eu tenho uma grande expectativa e acho que rumamos para esse tipo de avaliação, afinal de contas, o que construímos até agora foram avanços. Os pontos de fragilização apontam o que é necessário mudar. A pauta do colegiado vai estar bastante focada pra esse lugar da avaliação (Marcelo Castellanos - entrevista).

Um espaço de educação é um espaço de produção de vida, permeabilidade ao cotidiano e aos *modos de andar a vida*. Foi possível perceber-se que a produção cotidiana do curso está na “agenda” afetiva de docentes e estudantes de forma muito particular. Gera implicação, desconforto, felicidade, e isso nos faz acreditar que, para além do mundo do trabalho, esse projeto é gerado no mundo da vida, o que deixa claro o movimento constante de ação-reflexão-ação instaurado.

7 DIÁLOGOS EM ABERTO: O QUE PODE UMA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA?

*Há homens que lutam um dia e são bons,
há outros que lutam um ano e são melhores,
há os que lutam muitos anos e são muito bons.
Mas há os que lutam toda a vida
e estes são os imprescindíveis*
Bertold Brecht

Com a travessia percorrida, retomo, com outro olhar, as questões que me inquietavam antes da realização deste estudo, da mesma forma que me inquieto ainda com as mesmas coisas e um pouco mais. A escolha dos dois pontos de mirada fez com que eu pudesse refletir sobre os antecedentes, a proposição da ideia, os possíveis desenhos e a construção cotidiana de um curso de graduação em Saúde Coletiva. Pude olhar quase que simultaneamente para a utopia e para a concretude, o que possibilitou, além de compreensões, a produção de novas dúvidas e vontades também.

Vontade de conversar novamente com os entrevistados, de ler novamente os referenciais, de estar novamente em sala de aula ou fora dela com os estudantes, de sentir a vida pulsando junto ao movimento de formação de profissionais que venho acompanhando. Vontade também de, inspirada em B. S. Santos (2010), produzir *teorias de retaguarda* conectadas à experiência da graduação em Saúde Coletiva e aos coletivos que vêm se constituindo em torno dessa nova modalidade de formação profissional, a exemplo da Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva e do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva.

Quando busquei as configurações da conjuntura de criação dos cursos de graduação, analisando atores, cenários e acontecimentos, pude estabelecer relações entre esse acontecimento específico e a constituição do Espaço da Saúde Coletiva Brasileira. A correlação de forças estabelecida tanto no interior do espaço quanto em um cenário mais amplo das políticas públicas da Saúde e da Educação brasileiras foi analisada no corpo deste estudo.

As tensões apresentadas nos cenários de debates que se configuraram giraram em torno de três argumentos. O principal argumento que problematizava a criação dos CGSCs era de ordem estratégica, pois o momento histórico no qual se iniciou o debate era o início dos anos 2000, em que boa parte dos atores comprometidos com a questão da formação de pessoal para a Saúde estava envolvido com as questões de mudanças na formação de profissionais da área de Saúde e com a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais. Esse argumento fundamentava-se na ideia de que, ao se voltarem para a criação de uma nova proposta de formação, os docentes retirariam investimentos na formação dos demais profissionais, o que soava como uma desistência da aposta de mudança na formação dos demais profissionais da área de Saúde.

Outra tensão significativa era a possibilidade de criação de uma profissão e todas as questões corporativas que giram em torno da criação de profissões no Brasil, tais como reserva de mercado e regulação por conselhos de classe, um debate atual e ainda sem encaminhamento. Outra preocupação, percebida pela análise de entrevistas e documentos, foi com os possíveis desenhos curriculares, eixos condutores e propósitos dos cursos e da futura atuação profissional. Estaria se investindo em um “agente comunitário de luxo”? Em um promotor da saúde com uma visão restrita das implicações políticas e desdobramentos institucionais da ação dos sanitaristas? Uma formação em nível de graduação daria conta da multiplicidade e complexidade do objeto da Saúde Coletiva?

Em resposta aos questionamentos, as justificativas e argumentos que defendiam a necessidade e emergência de criação dessa formação, a necessidade de antecipação da formação de sanitaristas era a mais evidente, dada a urgência em consolidar o recém-criado Sistema Único de Saúde. Além disso, defendia-se a ideia de que uma formação em nível de graduação seria estratégica para a consolidação da Saúde Coletiva Brasileira, “completando” as ofertas de formação profissional e fomentando espaços de pesquisa e avanço na produção do conhecimento. A voz de que o SUS necessitava de sanitaristas em todos os espaços, não somente na gestão mais central, também produzia muitos ecos nos cenários de debates.

A questão da formação e *de-formação* dos profissionais da área de Saúde sempre esteve presente nos debates da Reforma Sanitária Brasileira, chegando a ser tratada como o “elo perdido”, como destacou o entrevistado João Campos, e também um desafio que se atualiza com a existência dos CGSCs. Talvez os desafios apresentados de forma tão vívida pelos entrevistados possibilitem um repensar das práticas já quase cristalizadas do ensino de Saúde Coletiva nos demais cursos da área de Saúde e na pós-graduação.

Existe uma consciência de que o espaço da Saúde Coletiva ganha complexidade com a instalação dos cursos de graduação, gerando demandas para a formação de novos pensamentos e, principalmente, novas formas de produzir ações que articulem a educação com a viabilização dos serviços e com os *modos de andar a vida* da população. Parece que a existência de estudantes demandando cotidianamente respostas pessoais e institucionais *oxigena* o espaço acadêmico e possibilita o desencadeamento de uma série de ações que dão mais corpo à Saúde Coletiva.

O debate epistemológico e político que vem à tona quando se concretiza a possibilidade de criação da graduação em Saúde Coletiva retoma questões que historicamente são discutidas no campo, porém agora com urgências concretas de sistematização e tomadas de posição, principalmente no que tange à inserção dos graduados no mercado do trabalho e à própria necessidade de reformulação da pós-graduação e da pesquisa.

A síntese elaborada durante a entrevista pelo professor Marcelo Castellanos torna possível o estabelecimento de elos entre os momentos de criação e o momento atual do curso:

Isso foi uma surpresa, um aprendizado que eu tive nesses anos de envolvimento com o curso. Não é homogeneizador, nem tem uma direcionalidade única, não só pelas diferenças entre as lideranças, pois, de fato, ele leva à necessidade de revisitarmos os nossos princípios, os nossos fundamentos e, sempre que fazemos isso, revistamos os nossos processos pessoais e os modos de organizar o

*trabalho. Existe, então, uma possibilidade de os cursos se manterem vivos, no sentido de não se resumirem a uma estrutura burocrático-pedagógica, mas avançarem no sentido de constituírem identidades, de aproximarem e inserirem determinados campos de atuação. Isso eu acho muito bonito e peculiar no CGSC, que não é exclusivo dele, mas que talvez não seja tão forte em outros cursos. **Um curso não se faz só de um lugar, mas de muitos lugares**, não só porque temos o envolvimento de professores, alunos e gestores nos processos de implementação e desenvolvimento do curso, mas porque todos esses sujeitos trazem projetos e expectativas e produzem a interconexão entre as suas trajetórias pessoais, profissionais, institucionais e os processos que produzem, eles realizam o próprio curso. O curso também é fruto dos contextos anteriores em que foi imaginado, em que foi projetado, em que as condições necessárias para a sua criação se fizeram presentes. Agora, esses contextos anteriores ganham novos contornos, novas cores, novas tintas a partir de outras entradas, de outros sujeitos, das transformações desses outros contextos e a partir do momento em que o próprio curso se torna um ator. Portanto, algo que ultrapassa, e não é só um produto desses sujeitos. E nisso está, penso eu, a riqueza que faz com que o curso não seja aprisionado num ou noutro projeto, numa outra noutra intenção, num ou noutro contexto específico, mas esteja sempre nesse tensionamento, nessa mobilidade entre diferentes expectativas, contextos, trajetórias e dinâmicas (Marcelo Castellanos - entrevista, grifo meu).*

Dos movimentos estabelecidos no cenário nacional, foi possível apreender um conjunto de tensões que deu lugar a um desenho multifacetado, plural e diverso, típico da Saúde Coletiva Brasileira, o que, de um lado, confirma a aposta de uma formação inovadora e, de outro, nos traz a responsabilidade de zelar cotidianamente pelo *sonho coletivo*, como nos instiga Paulo Freire:

[...] a educação de que falo é uma educação do agora e é uma educação do amanhã. É uma educação que tem de nos pôr,

permanentemente, perguntando-nos, refazendo-nos, indagando-nos. É uma educação que não aceita, para poder ser boa, que deva sugerir tristeza aos educandos. Eu acredito na educação séria e rigorosa que me faz contente e alegre. E descreio completamente da educação que, em nome da rigurosidade, enfeia o mundo. Não acredito, de maneira nenhuma, na relação entre seriedade e feiúra. Como, por exemplo, para se escrever rigoroso ou rigorosamente se tivesse que escrever feio. Se escrever o mais bonito, começam a dizer: não é científico. Eu só escrevo feio quando não posso, quando não sou competente (FREIRE, A. M. A, 2001, p. 101).

Depois de consolidada e com atuais 16 turmas em funcionamento, a criação de uma formação em nível de graduação demanda outra qualidade de investimentos: ampliação, avaliação e construção de redes de comunicação de um lado e, de outro, articulações importantes tanto no âmbito do trabalho, quanto da própria educação e, principalmente, nas relações estabelecidas com o conjunto da sociedade.

No âmbito da educação, o professor Guilherme Ribeiro, em sua entrevista, destacou um aspecto muito relevante e por vezes negligenciado: a formação docente. Seguindo a lógica de que nenhuma transformação significativa acontece de forma fortuita e isolada, vale a reflexão acerca do trabalho docente e das inúmeras funções desempenhadas por esses profissionais. Ensino, pesquisa, extensão, cooperação, gestão acadêmica, produção e divulgação científica são atravessados cotidianamente pela lógica do produtivismo acadêmico, fortalecendo uma percepção de que *nada a mais pode ser feito*. Talvez essa percepção se explique pela lógica das *ausências*, especialmente quando B. S. Santos (2010) trata da racionalidade monocultural, que aprisiona possibilidades de transformação e instaura sentimentos e posicionamentos de inação e reprodução de lógicas tradicionais.

Por outro lado, os estudantes vêm mobilizando outros sentimentos e desencadeando movimentos de transformação cotidiana que certamente contribuem para o estabelecimento de outros *planos de mirada*, ou seja, de outras formas de

olhar, pensar e se organizar, a exemplo do recente texto, publicado na edição especial da revista *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*:

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 (BEZERRA et al., 2013, p. 61).

Os estudantes que compõem a CONESC refletiram coletivamente sobre a identidade do novo sanitarista, dando indícios da produção de novas subjetividades na Saúde Coletiva Brasileira, carregadas, ao mesmo tempo, de utopia e capacidade de transformação, o que é demarcado positivamente por Jairnilson Paim:

E a minha aposta atual é de que uma boa parte dessa meninada — eu tenho viajado esse país todo e tenho encontrado com ela — é bem militante. É por isso que eu não estou triste (Jairnilson Paim - entrevista).

No diálogo entre academia e serviço, fica clara a correlação de forças entre os dois espaços, ou dois *mundos*, o mundo ilustrado e o mundo do trabalho, como nos instiga B. S. Santos (1995): a própria Universidade forma opiniões e dissipa saberes em relação à formação profissional, uma comunicação nem sempre clara originada possivelmente nas dificuldades cotidianas de organização de um sistema tão complexo quanto o SUS em distintos âmbitos.

Eu venho identificando uma coisa que está evidente: a sociedade como está organizada não coincide exatamente o que eu tenho como ideal. Mas eu sigo apostando na esperança de, pelo menos, construir caminhos. E quanto mais nos identificamos com isso melhor. Estou na expectativa de que esse curso também possibilite isso, mas, nesse sentido, preciso me aproximar mais (Tiago Parada - entrevista).

Do universo pesquisado, surgiram reflexões sobre a profissionalização tanto no discurso dos docentes quanto no dos concluintes do curso e dos gestores. A tônica das inquietações girou em torno da inserção no mercado de trabalho, da regulamentação e regulação profissional e de possibilidades de carreira. O que define uma profissão? Que critérios são utilizados para distinguir profissão de ocupação? A profissão de sanitarista é realmente nova no Brasil? Graduados e pós-graduados compartilham o mesmo objeto de trabalho em Saúde Coletiva? Indagações dessa natureza permearam boa parte das preocupações levantadas pelos sujeitos do estudo.

Mobilizados pela temática, um grupo de concluintes do CGSC em articulação com a CONESC e com o FGSC criou um grupo de trabalho sobre regulamentação e profissionalização, pensando na carreira e na possibilidade de criação de uma nova profissão. Esse grupo tem promovido debates interessantes em torno do desenho de organização profissional esperado, em coerência com o caráter inovador da Saúde Coletiva e os questionamentos em relação ao corporativismo e ao isolamento das outras formações.

Quanto ao cenário local, o histórico do curso analisado revelou que sua origem é datada das primeiras discussões sobre a criação do Instituto de Saúde Coletiva e que, daquele momento até o ano de 2009, quando teve início a primeira turma, foi possível atingir um grau de maturidade institucional distinto do dos demais cursos. Por outro lado, o fato de a implementação do curso ter se concretizado por um grupo de professores que não havia participado da maioria das discussões em que esse desenho de formação foi idealizado gerou um duplo movimento: de um lado, a necessidade de viabilização acadêmica de um projeto apresentado de acordo com a norma burocrática da instituição de ensino e, de outro, uma memória institucional que não havia sido compartilhada e que guardava em si sementes de um processo educativo bastante inovador. O estabelecimento de diálogos entre os dois grupos, com o intento de gerar uma apropriação coletiva dessa história, parece necessário e bem-vindo em um momento de avaliação do desenho do curso e da possibilidade de reorientação de rumos.

Sobre a aproximação do curso aos serviços de Saúde, ficou clara a necessidade de criação de formas de encontro mais sistemáticas entre estudantes, docentes e funcionários, no sentido de estabelecer um fluxo de colaboração recíproca e organização das atividades curriculares, ao mesmo tempo em que esta atividade é reconhecida como a mais estruturante do curso, de acordo com os achados deste estudo.

A implicação gerada pelo pensamento e posicionamento crítico de alguns entrevistados dá também indícios de que o CGSC do ISC/UFBA vem servindo como um dispositivo importante de mudanças e aproximações entre instâncias que há tempos não dialogavam. As inquietações e vontades manifestadas na entrevista de Tiago Parada abrem horizontes de transformação, na perspectiva de construção de novas relações e fortalecimento das já existentes:

Acho que dá para “bagunçar” mais, investir na ousadia da juventude, na capacidade de enfrentamento. Isso poderia ser mais incentivado num curso como esse, e devemos ajudar a provocar isso. Mas, se conseguirmos mobilizar essa ousadia com a possibilidade de direcionalidade, de leitura de realidade, mesmo que ainda não tenha muita profundidade, mas assumindo minimamente uma direção, acho que isso é muito rico (Tiago Parada - entrevista).

Se, por um lado, a existência dos CGSCs dá indícios de novas práticas e de esperanças se constituindo, por outro lado, desafios são apontados, principalmente tendo em vista a tendência à reprodução de um sistema educacional fortemente marcado pelas lógicas da fragmentação, do corporativismo e da elitização da produção de conhecimento, o que nos coloca na tarefa de uma certa vigilância epistemológica e política, no sentido de assegurar que o *sonho* que hoje é realidade não se perca na aridez da instituição universitária brasileira.

Nesse sentido, o protagonismo juvenil e a força que dele emerge foram apontados por vários entrevistados como uma das mais potentes apostas dessa iniciativa:

Sem dúvida, o meu grande sonho é que esses jovens revolucionem e impulsionem o Sistema Único de Saúde; primeiro, que transformem esse grande sonho nosso: que o sistema de Saúde se transforme num sistema realmente universal, com equidade; segundo, que o aspecto do humano, a dimensão humana, mesmo trabalhando no coletivo, nunca se perca da área de Saúde, das Humanidades. [...] Eu gostaria que os profissionais que estamos formando em Saúde Coletiva fossem profissionais tecnicamente muito bem formados, mas com uma sólida formação ética e um grande compromisso social. Esse é um dos meus sonhos (Roberto Medronho - entrevista).

No entanto, como ponderou Eduardo Mota, além da oferta de um curso universitário e da aposta no protagonismo dos estudantes, é necessário que haja aproximação com a sociedade como um todo. Uma iniciativa de formação isolada pode pouco diante dos imensos desafios apontados pelas práticas no âmbito da Saúde e na consolidação do SUS.

Nesse sentido, Carmen Teixeira resgatou a ideia da saúde como um processo civilizatório, ou seja, como um dispositivo gerador de uma nova cultura,

A formação de pessoal não pode ser uma única. Tem que ser de pós-graduação, senso lato, senso estrito, cursos, educação permanente. [...] Porque, onde se estiver discutindo saúde, problematizando saúde, eu acho que vamos estar sendo coerentes com o nosso projeto político (Carmen Teixeira - entrevista).

Trata-se, portanto, de integrar movimentos, aceitando que, no interior dos próprios movimentos, está a possibilidade de resistência e propulsão, como nos mobiliza o poema de João Apolinário, na lembrança metafórica da *contramola que resiste*, cantado pelo grupo Secos e Molhados, na década de 1970:

*Quem tem consciência para ter coragem,
Quem tem a força de saber que existe
E no centro da própria engrenagem
Inventa a contramola que resiste,*

*Quem não vacila mesmo derrotado,
Quem já perdido nunca desespera,
E envolto em tempestade, decepado,
Entre os dentes segura a primavera.⁷*

Das análises do processo de criação dos CGSCs no cenário nacional e das aproximações e afastamentos entre o currículo do curso e o trabalho no espaço da Saúde Coletiva no âmbito local, foi possível detectar um movimento dialético entre produção de *ausências* e *emergências*. Nessa perspectiva, as relações estabelecidas entre o cotidiano do CGSC, o mundo do trabalho e o mundo da vida são tomadas como foco de análise, tornando presentes as vivências dos estudantes no processo de produção de sanitaristas, na perspectiva de García (1972).

Como perspectivas apontadas pelos participantes do estudo, foi possível perceber uma tendência para o aumento dos CGSCs e, ao mesmo tempo, a necessidade de fortalecimento dos vínculos e diálogos, seja na perspectiva dos espaços democráticos de debate e organização mais amplos, seja no espaço local, na perspectiva da intersectorialidade. As formas de tratar a educação dos profissionais da área de Saúde e os desafios a serem enfrentados para a construção cotidiana de inovações faz com que se considere a perspectiva de organização de espaços de articulação e debates, a fim de aprofundar questões centrais, como a elaboração dos referenciais curriculares e a regulamentação profissional.

Uma nova forma de inserção profissional vem se configurando e gerando acalorados debates, porém com pouca sistematização e operacionalização. Define-se outra perspectiva: a ação das instâncias de participação (especialmente FGSC e CONESC) para a organização de debates e agendas comuns.

Do horizonte de desafios e perspectivas levantados, destacam-se o estabelecimento de interações e intenções tendo como horizonte as ações intersectoriais, no sentido de promover o reencantamento da Universidade, como

⁷ "**Primavera nos Dentes**" é uma das canções do grupo [Secos & Molhados](#), lançada no homônimo [album de estréia](#). É uma poesia escrita pelo pai de [João Ricardo](#), [João Apolinário](#), e musicada por ele. Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Primavera_nos_Dentes. Acesso em maio de 2014.

refere B. S. Santos (1995) ao propor alternativas à crise do ensino universitário. Nesse contexto, o desenvolvimento dos CGSCs tem demonstrado esforços no sentido de promover a integração entre a formação acadêmica e o conjunto das relações sociais, considerando a observação cotidiana das atividades acadêmicas em sala de aula, bem como nos contextos de práticas nos quais se inserem. Discussões sobre campos de práticas e estágios, bem como a inserção de estudantes nos cenários de projetos interinstitucionais e pesquisas interdisciplinares desde o início da formação vêm abrindo caminhos para a concretização de uma nova formação universitária.

Numa sociedade desencantada, o re-encantamento da universidade pode ser uma das vias para simbolizar o futuro. A vida quotidiana universitária tem um forte componente lúdico que favorece a transgressão simbólica do que existe e é racional só porque existe. Da transgressão igualitária à criação e satisfação de necessidades expressivas e ao ensino-aprendizagem concebido como prática ecológica, a universidade organizará festas do novo senso comum. Estas festas serão configurações de alta cultura, cultura popular e de cultura de massas. Através delas, a universidade terá um papel modesto mas importante no re-encantamento da vida colectiva, sem o qual o futuro não é apetecível, mesmo se viável. Tal papel é assumidamente uma micro-utopia. Sem ela, a curto prazo, a universidade só terá curto prazo (SANTOS, B. S., 1995, p. 230).

Abrem-se, dessa forma, horizontes de práticas e de novas investigações no âmbito dos CGSCs, no sentido de apurar seus impactos, potências e desafios tanto na transformação das práticas formativas e investigativas quanto laborais no campo da Saúde.

8 REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade em Saúde Coletiva: formação ou subversão (ou um barato?). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v.2, n.1/2, p 49-52, 1997.

ALMEIDA FILHO, N. Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Rev. Adm. Pública*, v.34, n.6, p.11-34, nov./dez. 2000.

ALMEIDA FILHO, N. Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.; GOMES, M. (Org.). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagem em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.143-156.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde Soc.*, v.14, n.3, p.30-50, 2005.

ALMEIDA FILHO, N. *Universidade nova: textos críticos e esperançosos*. Brasília: UnB, 2007.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre a produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*, v.26, n.12, p.2234-2249, dez. 2010.

AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Perfil e competências do profissional de saúde coletiva. Salvador: ISC/UFBA, 2002. Mimeografado.

ARMANI, T. B. Formação de sanitaristas: cartografias de uma pedagogia da educação em saúde coletiva. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *Estatuto da ABRASCO*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011.

BELISARIO, S. A. et al. Implantação do curso de graduação em saúde coletiva: a visão dos coordenadores. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.18, n.6, p.1625-1634, jun. 2013.

BENJAMIN, W. et al. *Os pensadores: textos escolhidos*. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

BEZERRA, A. P. S. et al. *Quem são os novos sanitaristas e qual seu papel?* *Tempus: Actas Saúde Col.*, Brasília, v.7, n.3, p.57-62, nov. 2013.

BOSI, M. L. M.; PAIM, J. S. Graduação na área de saúde coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.15, n.4, p.2029-2038, 2010.

- BOURDIEU, P. *Homo academicus*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.
- BOURDIEU, P.; PASSERON, J. C. *A reprodução*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. 2. ed. Atualizada até a EC nº38, de junho de 2002. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 198 / GM de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006.
- BRASIL. Ministério da Educação. *REUNI: diretrizes gerais*. Documento elaborado pelo grupo assessor nomeado pela Portaria nº 552 SESu/MEC, de 25 de junho de 2007, em complemento ao art. 1º §2º do Decreto Presidencial nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Brasília: MEC, 2007.
- BRITTO, F. L. As teorias pedagógicas de Wilhelm von Humboldt na historiografia da educação alemã. In: *Reunião da associação nacional de pos-graduação e pesquisa em educação - Anais*. Caxambu: ANPEd, 2010.
- CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v.25, n.2, maio-ago. 2001.
- 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, v.7, n.3, p.63-80, 2013.
- CECCIM, R. B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação na área de saúde coletiva. *Bol. Saúde*, v.16, n.1, p.9-36, 2002.
- CECCIM, R. B. A educação em saúde coletiva e a formação de sanitários: o legado de uma experiência acumulada, as potências de novidade e os desafios contemporâneos. In: ARMANI, T. B. *Formação de sanitários: cartografias de uma pedagogia da educação em saúde coletiva*. Caxias do Sul: EDUCS, 2007. p.13-16.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde*, v.6, n.3, p.443-456, 2008.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.5, p.1400-1410, set./out. 2004.

COSTA, P. P. *Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde*. 2006. 105f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

COULON, A. *Etnometodologia e educação*. Petrópolis: Vozes, 1995.

DAVINI, M. C. *Educación permanente en salud*. Washington D.C.: OPS, 1995. (Paltext, 38).

ELIAS, P. E. Graduação em saúde coletiva: notas para reflexões. *Interface*, Botucatu, v.7, n.13, p.167-170, 2003.

FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. A. Construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M. J.; FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS, M. A. (Org.). *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec, 1999. p.47-83.

FREIRE, P. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. FREIRE, A. M. A. (Org.). São Paulo: Editora Unesp, 2001.

FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

GARCÍA, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington: OPS, 1972.

HELLER, A. Teoría, praxis y necesidades humanas. In: _____. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Península, 1986. p.161-181.

JAEGER, M. L.; CECCIM, R. B.; MACHADO, M. H. Gestão do trabalho e da educação na saúde. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, Rio de Janeiro, v.3, p.86-103, 2004.

KERR, C. *Os usos da Universidade*. 15. ed. Brasília: UNB, 2005.

LABRA, M. E. O movimento sanitarista nos anos 20: da "conexão sanitária internacional" à especialização em Saúde Pública no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.1, n.4, p.483-484, dez. 1985.

LEAL, M. Bertol. *Saúde coletiva em debate: a brasilidade de muitos encontros*. 2009. 165f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

LI, L.M. et al. The need for integration in health sciences sets the future direction for public health education. *Public Health Journal*. Pequim, v.125, n.1, p.20-24, 2011.

LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. (Org.). *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LINS, A. M.; CECÍLIO, L. C. O. O Programa UNI no Brasil: uma avaliação da coerência no seu processo de formulação e implementação. *Interface - Comum. Saúde Educ.*, Botucatu, v.2, n.3, p.87-106, 1998.

MACEDO, R. S. *Currículo: conceito, campo e pesquisa*. Petrópolis: Vozes, 2008.

MAGANA-VALLADARES, L. et al. Public health workforce in Latin America and the Caribbean: assessment of education and labor in 17 countries. *Salud Pública Méx*, Cuernavaca, v.51, n.1, feb. 2009.

MARTÍN-BARÓ, I. Acción e ideología. Psicología social desde Centroamérica. San Salvador: UCA, 1983. (Colección Textos Universitarios, Serie Psicología, 1).

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS; ABRASCO, 2001. p.39-64.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR, 1).

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORIN, E. *O enigma do homem: para uma nova antropologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

MORIN, E. *A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

NOGUEIRA, M. A.; NOGUEIRA, C. M. M. *Bourdieu e a educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

NORONHA, J. C.; LIMA, L.; MACHADO, C. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.435-472.

NOVAES, H. M. Desarrollo de recursos humanos para la administración de sistemas locales de salud. *Educ. Méd. Salud*. Washington, v.21, n.4, p.355-66, 1987.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.3, n.2, p.5-21, 1994.

NUNES, E. D. O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.29, n.9, set. 2013.

ORME, J. et al. Teaching Public Health Networks in England: an innovative approach to building public health capacity and capability. *Public Health Journal*. Londres, v.123, n.12, p.800-804, 2009.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. Bras. Educ. Méd.* Rio de Janeiro, v.32, n.4, p.492-499, 2008.

PAIM, J. S. Propostas de mudança na formação de pessoal de saúde. In: _____. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994. p.52-67.

PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J. S.; PINTO, I. C. M. Graduação em saúde coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *Tempus: Actas Saúde Col.*, Brasília, v.7, n.3, p.13-35, 2013.

PAZETO, A. E. Universidade, formação e mundo do trabalho: superando a visão corporativa. *Ensaio: Aval. Pol. Públ. Educ.*, Rio de Janeiro, v.13, n.49, dez. 2005.

PONTE, C. F.; LIMA, N. T.; KROPF, S. P. O sanitarismo (re)descobre o Brasil. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

RIEGELMAN, R. K.; ALBERTINE, S. Undergraduate public health at 4-year institutions: it's here to stay. *Am. J. Prev. Med.* Washington, v.40, n.2, p.226-231, Feb. 2011.

ROSSATO, R. *Universidade: nove séculos de história*. Passo Fundo: EdiUPF, 1998.

RUIS, A. R.; GOLDEN, R. N. The schism between medical and public health education: a historical perspective. *Acad. Med.* Washington, v.83, n.12, p.1153-1157, 2008.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. Bras. Fisioter.* São Carlos, v.11, n.1, p.83-89, jan./fev. 2007.

SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E.; SENA, R. R. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*: CADRHU. Natal: EDUFRN, 1999. p.233-244.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1995.

SANTOS, B. S. *A universidade no século XXI*. São Paulo: Cortez, 2005.

SANTOS, B. S. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. São Paulo: Boitempo, 2007.

SANTOS, B. S. *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Trilce, 2010.

SANTOS, M. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. São Paulo: Record, 2000.

SANTOS, P. R. E. et al. A ENSP e as transformações na sociedade e no sistema de saúde no Brasil: 1970 a 1985. In: SANTOS, P. R. E. et al. (Org.). *Uma escola para a saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

SILVA, J. A. Comentário: considerações sobre os cursos curtos de Saúde Pública. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n.5, p.780-784, 2006.

SOUZA, H. J. *Como se faz análise de conjuntura*. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

TEIXEIRA, C. F. Graduação na área de Saúde Coletiva: antecipando a formação do sanitarista. *Interface - Comum. Saúde Educ.*, v.7, n.13, p.163-166, 2003.

TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TESTA, M. *Saber en salud*. Buenos Aires: Lugar, 1997.

TESTA, M. Decidir en salud: ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué? *Salud Colect.* Lanus, v.3, n.3, p.247-257, 2007.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. *Documentos básicos*. Salvador: ISC/UFBA, 1994.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. *Idéias preliminares para a formulação do plano diretor do ISC (2003-2006)*. Salvador: ISC/UFBA, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. *Proposta preliminar para implantação de curso de graduação em saúde coletiva na UFBA*. Salvador: ISC-UFBA, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. *Graduação na área de Saúde Coletiva: pertinência e possibilidades*. In: SEMINÁRIO E OFICINA DE TRABALHO. *Relatório final*. Salvador: UFBA/ISC, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. *Proposta do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva*. Salvador: ISC-UFBA, 2008.

Disponível em:

<http://www.isc.ufba.br/arquivos/projeto_graduacao_saude_coletiva_ISC_UFBA_v10_21nov08.pdf>. Acesso em: abril de 2013.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PINELL, P. The genesis of collective health in Brazil. *Sociol. Health Illn*. Reino Unido, v. 36, n. 3, p. 432-446, 2014.

ANEXOS

MAPA ESTRATÉGICO DO ESTUDO

PARTICIPANTES

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS

Anexo 1: MAPA ESTRATÉGICO DO ESTUDO

EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA:

estudo de caso sobre a criação dos cursos de Graduação na área de Saúde Coletiva, nos cenários nacional e local.

PERGUNTA: A criação dos Cursos de Graduação na área da Saúde Coletiva no contexto brasileiro pode ser considerada uma contribuição para o enfrentamento dos desafios apontados pelas práticas em Saúde Coletiva tanto no cenário nacional quanto local?

OBJETIVO GERAL: analisar surgimento dos CGSC no cenário nacional, bem como suas possibilidades enquanto como estratégia de enfrentamento dos desafios apontados pelas práticas em Saúde Coletiva, num contexto local.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES DE ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	CATEGORIA OPERACIONAL	TÉCNICA	EVIDÊNCIAS
Identificar os atores, cenários e acontecimentos que desencadearam a criação dos CGSC no Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - Porque e como surgem os cursos de graduação em Saúde Coletiva? - Quais foram e em que instâncias se encontraram os principais sujeitos implicados nos debates sobre a criação dos Cursos de Graduação na área de Saúde Coletiva? - Que debates foram travados? 	Atores Cenários Acontecimentos Relação de Forças Estrut./conjuntura Referência: Souza,	Proposições Embates políticos	Análise documental, entrevista semi-estruturada	<ul style="list-style-type: none"> -encontros mapeados -participantes -prevalência das opiniões -documentos e publicações científicas

	- Nesse contexto, foi discutida a relação com a pós-graduação? E as demais graduações da área da saúde?	2005			
Descrever o desenho curricular e o cotidiano de um CGSC	<ul style="list-style-type: none"> - Como se estrutura o desenho curricular? - O que é considerado conhecimento válido para a organização das ações educativas? - São propostas vivências no sentido de aproximar os estudantes do cotidiano do SUS local? 	<p>Currículo orientado pela memória da inovação</p> <p>Santos, 1995</p>	Desenho curricular e práticas acadêmicas	<p>Análise documental</p> <p>Entrevista semi-estruturada e grupo focal</p>	-relatos de experiências acadêmicas
<p>Analisar aproximações e afastamentos entre o currículo do curso descrito e o trabalho no espaço da saúde coletiva, em especial no cotidiano do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) local</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Como o currículo se comunica com o sistema local de saúde? - Como os atores que compõem o SUS local (gestores, trabalhadores, membros de movimentos sociais da área da saúde) percebem o curso, sua proposta pedagógica e a inserção dos estudantes/futuros profissionais? - Em que medida a criação de um novo curso de graduação contribui para a reorientação da formação e mudanças das práticas exercidas pelos profissionais da saúde? 	<p>Processo de trabalho em saúde</p> <p>Transdisciplinaridade</p> <p>Integralidade</p> <p>Referências: Santos, 2007, 2010a, 2010b; Almeida Filho 1997, 2000; Mattos, 2001</p>	<p>Componentes curriculares</p> <p>Práticas em saúde coletiva</p> <p>Saberes e fazeres do sanitarista</p> <p>Conteúdos programáticos</p> <p>Cenários de prática</p>	<p>Observação participante,</p> <p>Entrevista semi-estruturada e grupo focal</p>	<p>práticas relatadas</p> <ul style="list-style-type: none"> -parceiros identificados -parcerias estabelecidas -projetos de cooperação técnica

--	--	--	--	--	--

<p>Analisar as perspectivas e sentidos relativos à criação e ao cotidiano dos CGSC atribuídos pelos sujeitos envolvidos nos contextos nacional e local</p>	<p>- Como estudantes e docentes percebem a existência dos CGSC e qual a relação estabelecida entre seus projetos de vida/felicidade e a vivência deste Curso?</p> <p>- Que apostas são feitas no sentido de investir em uma iniciativa inovadora de formação?</p> <p>- Na visão dos sujeitos, esta iniciativa interfere nos movimentos de mudança na formação dos demais profissionais da saúde?</p>	<p>Percepções Sentidos Valores</p>	<p>Núcleos de sentido, extraídos das falas</p>	<p>Observação participante, Entrevista semi-estruturada e grupo focal</p>	<p>Perspectivas e sentidos atribuídos, fatores que influenciaram suas tomadas de posição e inserção no contexto dos CGSC + fatores singulares de cada sujeito.</p>
--	--	--	--	---	--

Anexo 2: PARTICIPANTES

PARTICIPANTE	FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	RELAÇÃO COM OS CGSC
Alcione Santos da Anunciação	Possui graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia (2006). Especializou-se em Medicina Social sob a forma de Residência em Saúde da Família pelo Instituto de Saúde Coletiva da Bahia - ISC/UFBA. Atualmente trabalha como assessora técnica da Prefeitura Municipal de Salvador. Enseja atuar na área de gestão mantendo o compromisso ético e profissional em prol da formação e dos princípios do Sistema Único de Saúde.	Técnica responsável pela recepção dos estudantes de saúde Coletiva no estágio curricular junto à SMS/Salvador. Entrevista semi-estruturada.
Andreia Belfort Melo	Graduação em Saúde Coletiva pela UFBA (2012). Graduada em medicina veterinária e especializada em inspeção de produtos de origem animal. Inserção profissional anterior ao curso junto à SMS Salvador.	Egressa do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva ISC/UFBA, participante do Grupo Focal 2.
Antonio J. Cardoso	Graduado em Medicina (UFBA), Mestre em Saúde Comunitária (UFBA) e Doutor em Saúde Pública (UFBA), com concentração na área de Planejamento e Gestão em Saúde. Realiza pesquisas nas áreas de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde, Vigilância em Saúde e Saúde Mental. De 2002 a 2008, foi analista de Planejamento e Gestão em Ciência e Tecnologia em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Desde 2009 é Professor Adjunto I no Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Universidade de Brasília (UnB). É, atualmente, Coordenador do Curso de Gestão em Saúde Coletiva e do Laboratório de Planejamento Participativo em Saúde (LAPPAS) da UnB, além de representante da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) na Câmara de Ensino de Graduação (Titular).	Coordenador do Curso de Gestão em Saúde Coletiva UnB Campus Darci Ribeiro. Membro da Coordenação do Fórum de Graduação na área de Saúde Coletiva da ABRASCO. Entrevista semi-estruturada.
Arlene Maria de Jesus	Possui graduação pela Universidade Federal da Bahia (2012). Tem experiência na área de Saúde Coletiva.	Egressa do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva ISC/UFBA, participante do Grupo Focal 2.
Bianca B. S. Leandro	Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Técnica em Gestão em Serviços de Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Atualmente é mestranda em Vigilância em Saúde (Programa de Saúde Pública) pela Escola Nacional de Saúde Pública da	Graduada pela primeira turma de Graduação na área de Saúde Coletiva UFRJ. Fundadora da

	Fiocruz; bolsista do Plano de Monitoramento Epidemiológico do COMPERJ (Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro) e bolsista do Projeto de Cooperação Internacional para o fortalecimento da capacidade institucional do Ministério de Saúde Pública e População (MSPP) do Haiti no uso da informação e comunicação para a vigilância em saúde, educação e pesquisa. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, principalmente no campo da vigilância em saúde.	Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva – CONESC. Entrevista semi-estruturada.
Bruno Guimarães de Almeida	Enfermeiro Sanitarista e Ator, formado pela Universidade Federal da Bahia (2003), pós-graduado pelo Instituto de Saúde Coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública e Escola de Enfermagem - UFBA/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Mestrando em Saúde Coletiva Instituto de Saúde Coletiva/UFBA.	Diretor da Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que recebe estudantes de graduação em atividades práticas, estágios curriculares e institucionais. Entrevista semi-estruturada.
Camila Reis	Está cursando Graduação na área de Saúde Coletiva, no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, onde realiza estágio de iniciação científica desde o primeiro semestre. Atualmente é supervisora do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Participa do movimento estudantil, foi integrante do Centro Acadêmico de Saúde Coletiva (CASCo), Comissão Organizadora do II e III Encontro Nacional de Estudantes em Saúde Coletiva (CoENESC) e membro da Coordenação Nacional de Estudantes em Saúde Coletiva (CONESC).	Estudante concluinte do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva ISC/UFBA e membro da gestão 2012/2013 da Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva. Entrevista semi-estruturada.
Carmen Teixeira	Graduada em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (1978). Mestrado em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (1982) e Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (1996). Professora do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e do curso de Mestrado do Programa de Estudos Interdisciplinares sobre Universidade, no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal da Bahia. Docente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Membro do Conselho Editorial das revistas Interface (UNI/UNESP), Saúde em Debate (CEBES), Saúde e Sociedade, parecerista das revistas Ciência & Saúde Coletiva (ABRASCO), dos Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ) e membro do Conselho Editorial da Revista Baiana de Saúde Pública. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Política, Planejamento e Gestão de sistemas de saúde, Organização de serviços de saúde e Formação de pessoal em saúde.	Professora do Instituto de Saúde Coletiva e do Instituto de Humanidades Artes e Ciências/UFBA, uma das idealizadoras dos primeiros desenhos do Curso de Graduação. Entrevista semi-estruturada.
Cintia Clara Guimarães da Silva	Bacharel em Psicologia (2010) pela Faculdade Ruy Barbosa (Salvador-BA) e cursando a Graduação na área de Saúde Coletiva no Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA. Realizou cursos e participou de congressos que propuseram como tema a saúde do indivíduo ou da população, tendo	Egressa do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva ISC/UFBA, participante

	<p>ainda experiência de estágio em atendimento clínico no Núcleo Assistencial à Pessoas com Câncer (NASPEC) e no Serviço de Psicologia da Faculdade Ruy Barbosa. Foi estagiária bolsista ao projeto Acessibilidade às Ações de Atenção Primária e Adoção de Hábitos Saudáveis em Populações Cobertas pelo PSF do GRAB (Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica) no ISC. Atuou como estagiária bolsista na Coordenação de Projetos Especiais (COPE) na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e recentemente desenvolveu seu estágio curricular na Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES) da Superintendência de Recursos Humanos SUPERH/SESAB, mais especificamente no coletivo MobilizaSUS. Sua área de interesse consiste na interface entre Psicologia e Saúde Coletiva, no desenvolvimento de práticas de fortalecimento da participação popular e controle social em defesa e pela consolidação do SUS.</p>	do Grupo Focal 1.
Deise Uchoa da Silva	<p>Possui Graduação na área de Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Foi bolsista de iniciação científica pelo PIBIC/CNPQ no período de 2010 a 2011 nessa instituição desenvolvendo projetos de pesquisa nas áreas de Planejamento & Gestão em Saúde. No período de 2009-2010, atuou nas atividades de apoio à pesquisa epidemiológica no Centro de Pesquisas Gonçalo Muniz (CPqGM) / FIOCRUZ-BA no projeto da história natural da leptospirose no distrito sanitário de Pau da Lima em Salvador-Ba. Tem experiência na área da Saúde Coletiva com ênfase na Vigilância Epidemiológica, atuando principalmente nos seguintes temas: Vigilância das Doenças Imunopreveníveis.</p>	Egressa do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva ISC/UFBA, participante do Grupo Focal 1.
Dinailson Martins dos Santos Montes	<p>Bacharel em Saúde Coletiva, uma formação generalista, baseada nos aspectos da universalidade, equidade e integralidade no que se refere à saúde da população. Técnico em Enfermagem, conhece os diversos aspectos e níveis de atenção assistencial em saúde. Tem experiência na área de Avaliação de Programas e Serviços de Saúde, Enfermagem e Planejamento em saúde.</p>	Egresso do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva ISC/UFBA, participante do Grupo Focal 1.
Dulcelina Anjos do Carmo	<p>Membro da equipe de planejamento da SMS Salvador.</p>	Técnica responsável pela recepção dos estudantes de saúde Coletiva no estágio curricular junto à SMS/Salvador. Entrevista semi-estruturada.
Eduardo Mota	<p>Professor Associado IV do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Foi Diretor do ISC-UFBA, Gestão (2009-13). Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (1974), realizou Mestrado em Saúde Pública em Harvard University (1979), Doutorado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (1988) e Pós-Doutorado em Epidemiologia na University of North Carolina-Chapel Hill (1990). Foi Secretário de Saúde do Município de Salvador, Bahia (1993-</p>	Professor e primeiro coordenador do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva ISC/UFBA. Entrevista

	96), atuou no Ministério da Saúde (1997-98) e na Agência Nacional de Saúde Complementar (2002-04). Membro da RIPSA e do GTISP-ABRASCO, desenvolve atividades docentes, de extensão e pesquisa nas áreas de Epidemiologia, Informação em Saúde, Análise de Situação em Saúde e Saúde Materno-Infantil.	semi-estruturada.
Eliane da Silveira Lopes	Possui Graduação na área de Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (2013) e graduação em Fisioterapia pela Universidade Católica do Salvador (2004). Atualmente é fisioterapeuta do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana. Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com ênfase em Fisioterapia Uroginecológica	Egressa do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva ISC/UFBA, participante do Grupo Focal 2.
Elizanete Fiuza Borges	Possui Graduação na área de Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (2012). Tem experiência na área de Vigilância Epidemiológica, atuando durante um ano da graduação na Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado da Bahia, com foco em doenças infecciosas.	Egressa do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva ISC/UFBA, participante do Grupo Focal 1.
Euzeli Araujo Silva	Possui Graduação na área de Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (2013), realizou estágio curricular na Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) da Bahia durante 7 meses na área de Vigilância Epidemiológica (2012). 2011 a 2013 participou do Projeto Fatores associados ao diagnóstico tardio e a evolução do câncer do colo uterino, cujo subprojeto foi a investigação do papel da Estratégia Saúde da Família no diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, realizado no Hospital Aristides Maltez, Salvador-BA, também na área Epidemiológica. Atualmente é bolsista da Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que está sendo realizada no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.	Egressa do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva ISC/UFBA, participante do Grupo Focal 1.
Guilherme Ribeiro	Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (2002), Residência em Infectologia pela Universidade Federal de São Paulo (2006), Mestrado em Epidemiologia pela Harvard School of Public Health (2007) e Doutorado em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa pela Fundação Oswaldo Cruz (2008). Desde 2009 é Professor Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, onde também atua como Professor Permanente da Pós-Graduação na área de Saúde Coletiva e Coordenador do Colegiado do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva. Em 2012, assumiu a Coordenação Geral do Fórum de Graduação na área de Saúde Coletiva da ABRASCO. Desde 2009 é Pesquisador Colaborador e Professor Permanente da Pós-Graduação em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa da Fundação Oswaldo Cruz. Entre 2011 e 2012, foi Professor Visitante e desde 2012 é Adjunct Assistant Professor da Yale School of Public Health, EUA. Desde 2013 atua como Editor Associado da revista científica PLoS Neglected Tropical Diseases. Tem experiência na área de epidemiologia e epidemiologia molecular	Coordenador do Curso Graduação na área de Saúde Coletiva ISC/UFBA. Membro da Coordenação do Fórum de Graduação na área de Saúde Coletiva da ABRASCO. Entrevista semi-estruturada.

	de doenças transmissíveis, atuando principalmente no estudo de doenças associadas à iniquidade social e à pobreza urbana.	
Jaina Larissa Bastos Costa de Oliveira	Possui graduação em Psicologia pela Faculdade Ruy Barbosa (2010) e é Bacharel em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Foi estagiária da Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado da Bahia/Programa Estadual de DST/Aids e da Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Hospitalar, Psicologia Escolar e Psicologia Clínica. No campo da Saúde Coletiva tem experiência na atenção básica, especialmente com elaboração e aplicação de questionários, análise de dados quantitativos sobre unidades básicas de saúde e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS).	Egressa do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva ISC/UFBA, participante do Grupo Focal 1.
Jairnilson Paim	Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (1972) e mestrado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (1975). Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (2007). É professor da Universidade Federal da Bahia desde 1974 e Professor Titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia desde 2000. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Política de Saúde, Planejamento em Saúde, Reforma Sanitária Brasileira e Sistema Único de Saúde.	Professor do Instituto de Saúde Coletiva UFBA, um dos idealizadores dos primeiros desenhos do Curso de Graduação. Entrevista semi-estruturada.
Laís Relvas	Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Participou de Iniciação Científica Júnior enquanto aluna de Ensino Médio. Durante a graduação, participou de Iniciação Científica em diferentes projetos de pesquisa e foi monitora das disciplinas Fundamentos de Epidemiologia, Método Epidemiológico e Desenhos de Estudo Epidemiológico. Atualmente atua como pesquisadora colaboradora bolsista no Plano de Monitoramento Epidemiológico da Área de Influência do COMPERJ (ENSP/Fiocruz) e no Projeto de Formação em Vigilâncias da Saúde e Educação Permanente em Saúde para profissionais que atuam no Ministério de Saúde Pública e População (MSPP) do Haiti, no âmbito da Cooperação tripartite Brasil-Cuba Haiti (CRIS/Fiocruz).	Graduada pela primeira turma de Graduação na área de Saúde Coletiva UFRJ. Fundadora da Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva – CONESC. Entrevista semi-estruturada.
Laura Feuerwerker	Possui graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1983), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1997), doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2002) e livre-docência em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2012). Atualmente é professora associada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo do Departamento de Prática de Saúde Pública, Linha de Pesquisa Política e Gestão. É colaboradora da Linha de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da Pós-Graduação de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. No campo da produção do conhecimento, atua principalmente nos seguintes temas: políticas pública na área da gestão, da produção do cuidado e do trabalho em saúde, educação de profissionais de saúde. Ministra a disciplina Racionalidades e	Coordenadora do Curso de Graduação em Saúde Pública USP. Entrevista semi-estruturada.

	<p>Micropolítica na produção dos modelos tecnoassistenciais no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, do qual é professora permanente. Atualmente é vice-coordenadora da graduação em saúde pública da Faculdade de Saúde Pública da USP e ministra disciplinas nesta graduação e na graduação de nutrição. Na extensão, desenvolve atividades de apoio à educação permanente e ao desenvolvimento da gestão junto a secretarias municipais de saúde.</p>	
Marcelo E. P. Castellanos	<p>Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (1996), mestrado (2003) e doutorado (2007) em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Atualmente, é professor adjunto no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Ciências Sociais, atuando principalmente nos seguintes temas: sociologia do adoecimento crônico, ciências sociais em saúde, saúde coletiva, pesquisa qualitativa, atenção primária em saúde.</p>	<p>Professor e segundo coordenador do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva/UFBA. Entrevista semi-estruturada.</p>
Maria Lucia Magalhães Bosi	<p>Professora Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, redistribuída da Universidade Federal do Rio de Janeiro, instituição onde atuou por mais de 2 décadas. Graduada em Nutrição e em Psicologia; Mestre em Ciências Sociais e Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Pós-Doutorado junto ao Center for Critical Qualitative Health Research da Universidade de Toronto (2009) - bolsa CAPES. Coordenadora Adjunta do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (2007-2013); Coordenadora do Fórum Nacional de Pós-Graduação na área de Saúde Coletiva/Abrasco. Integrou a comissão de implantação do Doutorado (Associação Ampla) criado em 2007. Pesquisadora em distintos grupos de pesquisa DGP/CNPq, lidera o Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde (LAPQS/UFC) grupo subvencionado por agências de fomento (CNPq, CAPES, FUJB, FUNCAP, dentre outras). Participa em iniciativas internacionais mediante parcerias estabelecidas com núcleos de excelência em diferentes países/continentes que se expressam em projetos de pesquisa/ cooperação bem como em publicações. Extensa experiência e produção bibliográfica na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Ciências Humanas e Sociais, bem como Nutrição em Saúde Coletiva. Membro do conselho editorial de periódicos sediados no Brasil e no exterior. Participou nos grupos que implantaram, na década de 90, os cursos que deram origem à rede de pós-Graduação na área de Saúde Coletiva (stricto sensu) nos Estados de Pernambuco e Ceará que já titularam centenas de profissionais, contribuindo, assim, para a descentralização da pós-graduação no eixo Sul-Sudeste.</p>	<p>Professora participante da equipe de formulação do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva da UFRJ, participou ativamente dos debates sobre pertinência da criação dos cursos no cenário nacional. Entrevista semi-estruturada.</p>
Miriam Ventura	<p>Graduada em Direito (1983). Mestre (2007) e Doutora (2012) Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Especialista em Bioética pelo Instituto Fernandes Filgueira Fiocruz (2006). Professora Adjunta do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tem experiência como advogada, consultora</p>	<p>Coordenadora do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva UFRJ, membro da Coordenação do Fórum de</p>

	jurídica e professora, nas áreas de Direitos Humanos, Direito Civil e Sanitário, Bioética e Ética. Desenvolve pesquisa na interface Saúde, Direito e Bioética, com foco na análise dos conflitos morais e jurídicos. Os temas principais desenvolvidos são: saúde e direitos sexuais e reprodutivos, saúde e direitos humanos, judicialização da saúde, acesso à assistência terapêutica, ética em pesquisa.	Graduação na área de Saúde Coletiva ABRASCO. Entrevista semi-estruturada.
Monáise Silva Madalena Oliveira e Silva	Graduada em Bacharel em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Durante o período da graduação foi Bolsista de Iniciação Científica pelo PIBIC/CNPq na Fundação Oswaldo Cruz- CpqGm, nos anos de 2010/2011/2012, desenvolvendo pesquisa na área de epidemiologia e saúde pública. Tem experiência na área de epidemiologia, banco de dados, informática em saúde, atuando principalmente no estudo de doenças transmissíveis. Atualmente é aluna do mestrado em biotecnologia e medicina investigativa no Centro de Pesquisa Gonçalo Munis-Fiocruz e trabalha no Núcleo de Epidemiologia e Bioestatística-Fiocruz, atuando principalmente com estudos relacionados de doenças transmissíveis com foco em epidemiologia e bioestatística.	Egressa do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva ISC/UFBA, participante do Grupo Focal 1.
Paulo Buss	Paulo Marchiori Buss é médico (Universidade Federal de Santa Maria / RS, 1972) e Mestre em Medicina Social (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1980). Tem residência médica em Pediatria (1974) e é especialista em Pediatria (Sociedade Brasileira de Pediatria, 1975) e em Saúde Pública (Escola Nacional de Saúde Pública, 1975). É pesquisador e professor titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, desde 1976. É Membro Titular da Academia Nacional de Medicina do Brasil (2005) e Membro Honorário da Academia Portuguesa de Medicina (2008) e da Academia Nacional de Medicina da Argentina (2011). É Doutor Honoris Causa pela Universidade ISALUD, da Argentina (2010) e pela Universidade Nova de Lisboa, de Portugal (2011). Foi Vice-presidente do Comitê Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010-2011), no qual, por indicação do Presidente da República representa o Brasil (2008-2011). Ademais, representou o Brasil nas sete últimas Assembléias Mundial de Saúde (2005 a 2011). Foi Presidente da Fiocruz por dois mandatos (2001-2008) e Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz por duas vezes (1989-1992 e 1998-2000), tendo também sido Vice-Diretor da ENSP (1985-1989) e Vice-Presidente da Fiocruz (1992-1996). Atualmente é diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz. Representa o Brasil no Conselho de Saúde da União de Nações Sul-Americanas (UNASUL) e na Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Recebeu da Presidência da República a Grã-Cruz da Ordem do Mérito Médico (2010) e a Ordem de Rio Branco (2007), esta por relevantes serviços prestados à política externa	Vínculo com a ABRASCO e inserção nos principais fóruns onde a temática foi discutida. Entrevista semi-estruturada.
Poliana Rebouças de Magalhães	Bacharel em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Mestrado em Saúde Comunitária no Instituto de Saúde Coletiva/ UFBA em andamento.	Egressa do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva ISC/UFBA, participante

		do Grupo Focal 1.
Renata Cabral Ventura	Possui Graduação na área de Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - ISC/UFBA (2012) e Graduação em Enfermagem pela Universidade Católica do Salvador (2011). Trabalha atualmente na Assessoria Técnica (ASTE) da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador. Foi trainee na Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regional (DIPRO), Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação de Atenção em Saúde (SUREGS) (2012) e Coordenação de Projetos Especiais (COPE) na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Sua área de interesse consiste na interface entre Enfermagem e Saúde Coletiva, em defesa e consolidação do SUS.	Egresso do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva ISC/UFBA, participante do Grupo Focal 2.
Ricardo Burg Ceccim	É sanitarista, Mestre em Educação (Ufrgs), Doutor em Psicologia (Processos de singularização na clínica e na cultura, PUC-SP) e pós-doutor em Antropologia Médica pela Universitat Rovira i Virgili (Espanha), sob orientação do Prof. Àngel Martínez-Hernández. Atualmente é professor de Educação em Saúde (Departamento de Ensino e Currículo, da Faculdade de Educação - Ufrgs), responsável pelo Grupo Temático de Educação em Saúde (inserido nas linhas de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação - Ufrgs), coordenador do Grupo de Pesquisa de Educação e Ensino da Saúde (Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil/CNPq), membro da Comissão de Graduação na área de Saúde Coletiva (Ufrgs), coordenador da Comissão de Residência - Multiprofissional - em Saúde (Coremu/Ufrgs), coordenador do Programa de Pós-Graduação na área de Saúde Coletiva (PPGCOL) e membro do Comitê Local de Iniciação Científica (Pró-Reitorias de Pesquisa e de Pós-Graduação Ufrgs).	Professor do Curso de Bacharelado em saúde coletiva UFRGS, coordenador do Fórum de Graduação na área de Saúde Coletiva de 2010 a 2012. Entrevista semi-estruturada.
Roberto Medronho	Roberto de Andrade Medronho concluiu o doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz em 1999. Atualmente é Professor Titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Diretor da Faculdade de Medicina da UFRJ. Publicou 37 artigos em periódicos especializados e 42 trabalhos em anais de eventos. Possui 11 capítulos de livros e 3 livros publicados. Possui 59 itens de produção técnica. Orientou 14 dissertações de mestrado e 2 teses de doutorado, além de ter orientado 39 trabalhos de iniciação científica nas áreas de Saúde Coletiva, Medicina, Educação e Probabilidade e Estatística. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia. Em suas atividades profissionais interagiu com 154 colaboradores em co-autorias de trabalhos científicos. Em seu currículo Lattes os termos mais freqüentes na contextualização da produção científica, tecnológica e artístico-cultural são: Epidemiologia, Geoprocessamento, Hepatite A, Infarto agudo do miocárdio, Dengue, Geoestatística, Ensino médico, Vigilância Epidemiológica, Mapeamento de risco e Análise espacial.	Professor e primeiro coordenador do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva UFRJ, membro da primeira gestão do Fórum de Graduação na área de Saúde Coletiva ABRASCO. Entrevista semi-estruturada.

Ruben Araújo de Mattos	Possui graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro(1981), especialização em Residência Médica Clínica Médica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro(1984), mestrado em Medicina Área de Concentração Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro(1988) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro(2000). Atualmente é Professor adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública. Atuando principalmente nos seguintes temas:Banco Mundial - história, Políticas de saúde, Ajuda internacional.	Professora da UERJ, acompanhou os debates como interessado no tema e estudioso da área da Saúde Coletiva. Entrevista semi-estruturada.
Tania C. M. Nunes	Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal da Bahia (1972), mestrado em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (1987), doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1998) e Pós-doutorado em Educação na Saúde pela Universidade Federal da Bahia com instância de investigação na Universidade de Coimbra (2012). Atualmente é tecnologista sênior aposentada da Fundação Oswaldo Cruz e Coordenadora da Secretaria Executiva da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública na ENSP/Fiocruz. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, trabalho e educação, com ênfase em trabalho e educação, atuando principalmente nos seguintes temas: educação em saúde, redes, política de saúde, recursos humanos em saúde e saúde da família.	Professora da Escola Nacional de Saúde Pública, foi coordenadora do GT Trabalho e Educação na Saúde ABRASCO, acompanhou os debates sobre a criação dos Cursos de Graduação na área de Saúde Coletiva e do Fórum de Graduação na área de Saúde Coletiva – ABRASCO. Entrevista semi-estruturada.
Tiago Parada Costa Silva	Mestrado em Saúde Coletiva oferecido pelo Instituto de Saúde Coletiva - ISC/ UFBA em parceria com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, concluiu a especialização em Medicina Social sob a forma de Residência, área de concentração em Saúde da Família, oferecido anualmente pelo Instituto de Saúde Coletiva, em parceria com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Publicou 18 trabalhos em anais de eventos. Participou de 25 eventos no Brasil. Entre 2001 e 2003 participou de 2 projetos de pesquisa. Em suas atividades profissionais interagiu com 29 colaboradores em co-autorias de trabalhos científicos. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: sistema de informação, participação popular, gestão participativa, saúde da família, SUS, avaliação em saúde e saúde pública.	Técnico responsável pelo acolhimento de estudantes de graduação em estágios curriculares e institucionais. Entrevista semi-estruturada.
Vinício Oliveira da Silva	Enfermeiro (2010), Sanitarista graduado em Saúde Coletiva (2012) pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia ISC/UFBA. Mestrando em Saúde Coletiva - ISC/UFBA. Atualmente é pesquisador no grupo de pesquisa Trabalho e Educação na Saúde do ISC/UFBA e membro da ABRASCO (GT Trabalho e Educação na Saúde). Atuou como supervisor da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ / Ministério da Saúde. Tem experiência em Gestão e Avaliação de Serviços e Sistemas de Saúde. Atua	Egresso do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva ISC/UFBA, participante do Grupo Focal 1.

	principalmente no seguinte tema: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.	
--	---	--

Anexo 3: ROTEIROS DAS ENTREVISTAS

As entrevistas foram organizadas sob a forma de conversas. Inicialmente os entrevistados eram esclarecidos sobre o escopo do projeto e sobre a dimensão do estudo para a qual estavam sendo convidados a colaborar, em seguida era iniciado o roteiro da conversa, sem perguntas rígidas. A medida em que os entrevistados iam apresentando sua inserção junto ao processo, questões iam sendo colocadas, a partir das categorias que já vinham sendo trabalhadas durante a pesquisa. Em linhas gerais, as questões giravam em torno dos seguintes tópicos:

DOCENTES ESTUDANTES CENÁRIO NACIONAL

- Sua inserção no processo: Principais encontros, ideias, locais
- Argumentos contra e a favor
- Inserção atual
- Desafios e perspectivas do lugar onde se encontra

DOCENTES CENÁRIO LOCAL

- sua inserção no processo
- como percebeu essa inserção e a proposta do curso
- como percebe as atividades práticas a as relações do curso com o sistema de saúde
- Desafios e perspectivas do lugar onde se encontra

TRABALHADORES CENÁRIO LOCAL

- sua inserção no processo
- como percebeu essa inserção e a proposta do curso
- como percebe as atividades práticas a as relações do curso com o sistema de saúde

- Desafios e perspectivas do lugar onde se encontra

Anexo 4: ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS

1. FORMAÇÃO aproximações e afastamentos entre o curso e as práticas o âmbito da saúde coletiva; metodologia abordada no curso e expectativas em relação à formação no início do curso e atuais.
2. TRABALHO preparação para inserção no mercado de trabalho e expectativas acerca do local de trabalho e atividades

Sobre roteiro (duração de encontro de 2 horas):

1. Texto de aquecimento
2. Atividade quebra gelo com pequena interação lúdica
3. Discussão
4. Síntese dos pontos debatidos e encerramento