



UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
CENTRO INTERDISCIPLINAR DE CIÊNCIAS DA VIDA
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

CARLOS GUILHERME MEISTER ARENHART

SEMENTES NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE:

**Narrativas de um florescimento regional dos cursos de graduação em saúde
coletiva.**

Foz do Iguaçu – PR.

2015

CARLOS GUILHERME MEISTER ARENHART

SEMENTES NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE:

**Narrativas de um florescimento regional dos cursos de graduação em saúde
coletiva.**

Monografia de conclusão de curso apresentada ao curso de Saúde Coletiva do Instituto Latino Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à conclusão do curso.

Orientadora: Prof^a. Dra. Gladys Amélia Velez Benito

Foz do Iguaçu – PR.

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Carlos Guilherme Meister Arenhart

SEMENTES NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE:

**Narrativas de um florescimento regional dos cursos de graduação em saúde
coletiva.**

Monografia de conclusão de curso apresentada ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva do Instituto Latino Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à conclusão do curso.

Aprovada em 07 de Dezembro de 2015

Banca Examinadora:

Profª Dra. Catarina Costa Fernandes
Examinadora – UNILA

Profª Dra. Elisete Maria Ribeiro
Examinadora – UNILA

Profª Dra. Gladys Velez Amélia Benito
Orientadora – UNILA

Foz do Iguaçu – PR
2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe que, em vida, me ensinou a ter coragem para derrubar meus obstáculos. Aos sujeitos-corpos da Saúde Coletiva que aspiram vendavais e margens e que sabem desaprender e produzir ciência desde a América Latina e Caribe. Aos que tem sangue latino nas veias e na alma. Aos estudantes de saúde coletiva do Brasil e da América Latina que acreditam na mudança do mundo. Aos que não se dobram frente às iniquidades humanas. Aos valentes do SUS e da Reforma Sanitária que lutam e constroem no plano real o sistema de saúde pública. Axé!

AGRADECIMENTOS

Nestes últimos quatro anos fui despido por almas que tocaram potencialmente a minha essência. Lembro-me que quando pequeno, tinha muita curiosidade em descobrir e explorar os ambientes: saboreava a vida nos pés de goiabeira do sítio do vô, voava pelos muros dos vizinhos da Mathias e me re-descobria em cada aventura de “guri criado solto”. Sempre tive muita curiosidade nesses mistérios do descobrir o outro, e acho que talvez tenha sido essa essência de menino arteiro que me trouxe à Foz, à Unila e à Saúde Coletiva. Essas gentes que encontrei nesses últimos anos arrancaram a roupagem confortável que eu tinha e me proporcionaram uma desruptura. A desruptura do encontrar a si mesmo. Os encontrei e me encontraram. Foi com essas gentes que compartilhei dores, sorrisos, afetos, dissabores e afagos. Minha sincera gratidão à orientadora Gladys, que mergulhou comigo e me deu liberdade e limites durante a elaboração deste trabalho. É nela que vejo um espelho de profissional respeitoso e comprometida com a graduação em saúde coletiva. Ah Maisita linda. Te amo tanto! Mulher de beleza rara com quem tive o privilégio de cuidar de um lar e de duas filhas que latem. Foram muitas as emoções que vivemos nessa caminhada. Meu sincero obrigado às árvores da vida que nos colocaram em conexão! Um abraço apertado nos amigos e companheiros desbravadores da primeira turma de Saúde Coletiva da Unila: Andréia, Larissa, Mariana, Derlis, Jenifer, Kimberly, Natasha, Michael, Samuel, Yansy, Loren e Juan. Um carinho nxs professorxs especiais Djanir, Carmen, Érika, Alba, Stela, Daniele, Catarina, Ricardo, Alcindo, Daniel, Elisete, Muna e Wafrido. Um cheiro nos amigos que encontrei no movimento estudantil em saúde coletiva e na Conesc: Gisele, Carol, Mariana, Daiana, Alessandra, Rodrigo, Fernanda, Helen, Aline, Douglas, João, Lia, Ana, Laís, Kelly, Guilherme, Raul, Thaís, Ariane, Heber, Rafael, Priscila, Janis, Bárbara, Bruno, Juliana, Raelma, Ivan, João, Vanessa, Raylane, Luan e Karina. Minha gratidão aos amigos da saúde coletiva da Unila: Alesson, Hanna, Tavidane, Camila, Elane, Ingrid, Monaliza, Lourdy, Bete, Suzana, Tobias, Lorena, Mariana, Maria, Mauricio, Daiani, Elecita, Clau, Douglas e Malu. Um abraço apertado nos amigos unileiros, da 9ºRS e de Foz: Aline, Du, Ane e Denner, Laís e Léó, Effy, Glauber, Carlson, Denise e Kah, Giovana, Franciele, Pedro, Ademir, Soraya, Adamira, Kelly, Angel, Renata, Lurdinha, Marilene, Rodrigo, Cássio e Juliana. Agradeço ainda pela vinda ao mundo dos meus três pequenos, dos quais tive que abdicar da convivência quando decidi estudar em Foz: Guga, Bryan e Enzo. Minha gratidão aos meus irmãos e familiares que são minha base: Carlos, Daniele, Marcelo, Sandra, Maroca, Milena, Vini, Deise, Gislaine, Elaine, Edi, Bete, Bruno e Bianca. Meu afeto a todos que contribuíram direta ou indiretamente no meu caminhar. Como disse Guimarães Rosa: “Todo caminho da gente é resvaloso. Mas também, cair não prejudica demais. A gente levanta, a gente sobe, a gente volta! O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. Ser capaz de ficar alegre e mais alegre no meio da alegria e ainda mais alegre no meio da tristeza”

“De nuestros miedos nacen nuestros corajes y en nuestras dudas viven nuestras certezas. Los sueños anuncian otra realidad posible y los delirios otra razón. En los extravíos nos esperan hallazgos, porque es preciso perderse para volver a encontrarse.”

El libro de los Abrazos - Eduardo Hughes Galeano

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa, que analisa a visão dos discentes e docentes coordenadores de cursos de graduação em Saúde Coletiva de três instituições de ensino superior do Sul do Brasil referente ao processo formativo do bacharel em Saúde Coletiva. Tais cursos estão situados nas cidades de Foz do Iguaçu- Paraná, Matinhos- Paraná e Porto Alegre- Rio Grande do Sul, sendo eles ofertados na Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral e na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, respectivamente. Tal proposta tem por base uma visão advinda da pesquisa qualitativa em educação, a partir dos projetos pedagógicos de curso e das falas dos discentes e coordenadores. Delas, duas grandes categorias emergiram, sendo a primeira sobre a emergência destas graduações e as habilidades e atitudes dos Sanitaristas graduados. A segunda trata sobre o currículo e as práticas interdisciplinares desta formação. As questões centrais da pesquisa são projetadas pela recente antecipação deste campo de conhecimento para o nível de graduação, trazendo um novo profissional para a saúde pública latino-americana e para o Sistema Único de Saúde (SUS) com características e habilidades que em teoria convergem com o movimento da Reforma Sanitária (RS) dos países da América Latina. As primeiras ofertas de vagas destes cursos foram disponibilizadas à apenas seis anos atrás nas universidades públicas do Brasil. A coleta de informações ocorreu através da técnica de entrevista semi-estruturada com posterior análise de conteúdo, acompanhada de levantamento literário-científico em bases de dados. Tal pesquisa permitiu o aprofundamento no processo formativo dos bacharéis em saúde coletiva e a identificação de perspectivas e problemas no âmbito da formação em saúde coletiva na graduação.

Palavras-chave: Graduação em Saúde Coletiva; Educação em Saúde Coletiva; Formação em Saúde Coletiva.

ABSTRACT

This study aims to carry out a descriptive exploratory research with qualitative approach, on the views of teachers coordinator and students of graduations in collective health of three institutions of higher education in the South of Brazil for the training process in collective health in undergraduate studies. Such courses are located in the cities of Foz do Iguazú-Paraná, Matinhos-Paraná and Porto Alegre-Rio Grande do Sul, and offered in the integration of the University Federal of Latin America, University of Paraná-coastal of the Sector Federal and the Federal University of Rio Grande do Sul, respectively. This proposal is based on a vision of qualitative research in education, it mainly addresses the graduates' understanding and description of the profile of the health inspector. The central themes of research are designed by the recent expectation of this field of knowledge at the undergraduate level by offering a new professional a unified health system the characteristics and skills that, in theory, converge with the countries of Latin America's (RS) health reform movement. It was considered that the first vague offers of this career were available for only six years in public universities in Brazil. Information collected is produced through the technique of semi-structured interview with subsequent analysis of content, accompanied by scientific literary survey databases.

Key-words: Graduation in collective health; Collective health education; Formation in collective health.

RESUMÉ

Il s'agit d'une recherche descriptive et exploratoire dont l'approche qualitative, elle analyse la vision des élèves et des coordonnateurs de la Faculté des programmes d'études supérieures en Santé Collective de trois universités dans le sud du Brésil concernant le processus de formation en Santé Collective au niveau de diplôme obtenu. Ces cours sont situés dans les villes de Foz do Iguaçu-Paraná Matinhos-Paraná et Porto Alegre-Rio Grande do Sul, et ils sont offerts à Universidade federal da integração da América Latina, Universidade Federal do Paraná – secteur de la côte et à Universidade federal do Rio Grande do Sul, respectivement. Cette proposition repose sur une vision résultante de la recherche qualitative en éducation, ayant comme principale directive, la compréhension et la description du profil de l'inspecteur de la santé diplômés. Les questions centrales de la recherche ont été conçues par l'anticipation récente de ce champ de connaissance au niveau du baccalauréat, ce qui apporte un nouveau professionnel de la santé publique en Amérique latine et au système de santé avec des fonctions et de capacités qui en théorie convergent avec le mouvement de réforme de la santé (RS) des pays d'Amérique latine. Considérant que les premières offres vagues ces cours ont été mises à disposition il y a seulement six ans dans les universités publiques du Brésil. La collecte d'information a eu lieu grâce à la technique d'entrevue semi-structurée par la suite d'une analyse plus approfondie du contenu, accompagnée d'une enquête littéraire scientifique dans les bases de données.

Mots-clés: Diplôme en Santé Collective; Education en Santé Collective; Formation en Santé Collective.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E DIAGRAMAS

Mapa 1 – Instituições de Ensino Superior do Sul do Brasil que possuem CGSC, 2015.	20
Mapa 2 – Levantamento dos cursos da área da Saúde Coletiva nas Instituições Federais de Ensino Superior no território brasileiro, 2015.	39
Diagrama 1 – Actitud y Aptitud crítica, 2007.....	35
Imagem 1 – Nuvem de palavras do segmento discente, 2015.....	81
Imagem 2 – Nuvem de palavras do segmento docente, 2015.	82

LISTA DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS.

Quadro 1 – Matrículas em cursos de Graduação Presenciais e a Distância, 2013...	26
Quadro 2 - Cursos de graduação no Brasil registrados no MEC, 2013.....	27
Quadro 3 - Principais momentos da trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde, dos anos 1980 a 2010	32
Quadro 4 - Características institucionais dos CGSC do Sul do Brasil, 2015.....	48
Quadro 5 - Habilidades e competências do egresso do CGSC da UNILA.	60
Quadro 6 - Habilidades e competências específicas do egresso do CGSC da UFRGS.....	62
Quadro 7 - Habilidades e competências do egresso do CGSC da UFPR.....	65
Quadro 8 - Eixos formativos com carga horária do CGSC da UNILA.	700
Quadro 9 - Eixos formativos e Unidades de Produção Pedagógica com carga horária do CGSC da UFRGS.	71
Quadro 10 - Módulos formativos e áreas integradas em Saúde do CGSC da UFPR - Setor Litoral.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva.
- BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.
- CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.
- CGSC – Curso de Graduação em Saúde Coletiva.
- CMS – Conselho Municipal de Saúde.
- CNS – Conselho Nacional de Saúde.
- CONESC – Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva.
- DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais.
- DCNGSC – Diretrizes Curriculares Nacionais das Graduações em Saúde Coletiva.
- DeCS – Descritores em Ciências da Saúde.
- ERESC – Encontro Regional de Estudantes de Saúde Coletiva.
- FGSC – Fórum de Graduação em Saúde Coletiva.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- ICH – Interações Culturais Humanísticas.
- IFES – Instituição Federal de Ensino Superior.
- INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.
- MEC – Ministério da Educação.
- PET – Saúde – Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde.
- PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
- PPC – Projeto Pedagógico de Curso.
- Pró – Saúde – Plano Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.
- REUNI - Reestruturação e Expansão das Universidades Federais.
- RS – Reforma Sanitária.
- RSB – Reforma Sanitária Brasileira.
- SC – Saúde Coletiva.
- SciELO - Scientific Electronic Library Online.
- SUS – Sistema Único de Saúde.
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- UFPR – Universidade Federal do Paraná.
- UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- UNASUS – Universidade Aberta do SUS.

UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana.

UPP – Unidade de Produção Pedagógica.

Ver-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do SUS.

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	18
2. MOVIMENTOS HELICOIDAIS: a força que nos leva à inquietude.....	21
3. COSTURANDO A LITERATURA DO ESTUDO	25
3.1. A educação no ensino superior no Brasil	25
3.2. As formações nas graduações na área da saúde: um debate necessário	29
3.3. A constituição do campo e as formações em saúde coletiva: ponteando uma história recente.....	366
4. PERCURSO METODOLÓGICO	41
4.1. Tipo de estudo.....	41
4.2. A escolha dos sujeitos participantes	41
4.3. Locais de Realização da Pesquisa.....	422
4.4. Instrumentos de Coleta de Dados e estratégias processamento e análise.....	42
4.5. Aspectos éticos da pesquisa.....	44
4.6. Codificação dos informantes: nas subjetividades das primaveras.	44
5.0.ANÁLISES E DISCUSSÃO	46
6.0. Palavras e Nuvens	83
7.0. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
8.0. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Realizar uma discussão teórica na dimensão da formação sobre as potencialidades e desafios do novo Sanitarista em sua atuação nos sistemas de saúde da América Latina, através da compreensão das visões de atores sociais envolvidos nos cursos de graduação em Saúde Coletiva (CGSC) do Sul do Brasil demanda um estudo acadêmico de médio prazo, caracterizado no presente estudo como trabalho de conclusão de curso.

Santana *et al.* (2013) afirmam que “o bacharelado em Saúde Coletiva é por natureza um curso voltado para rever práticas, construir novos cenários e acima de tudo, contribuir para a construção de um SUS humano, solidário e fraterno”. As recentes aberturas de CGSC e a crescente expansão de pesquisas científicas na área trazem, sobretudo, a necessidade do resgate da saúde coletiva como ideia e conceito latino-americano, especialmente no que tange as mobilizações políticas e sociais para a estruturação dos sistemas de saúde pública universais e integrais propostos pelas reformas sanitárias dos países do continente nas últimas três décadas.

O autor Everardo Duarte Nunes (1994) defende tríplice dimensão da saúde coletiva: como corrente de pensamento, como movimento social e como prática teórica. Ainda, situa como data inicial o projeto da saúde coletiva no território latino-americano por volta da década de 50, projeto este que refletiu o contexto socioeconômico e político-ideológico marcado por profundas crises no campo epistêmico como, também, nas práticas de saúde pública.

A necessidade de se graduar profissionais em Saúde Coletiva vem sendo discutida há mais de 20 anos. No Brasil, esta iniciativa se vinculava ao acúmulo advindo da experiência institucional no ensino da Saúde Coletiva em diferentes cursos na graduação em saúde, a que se soma à tradição da área na pós-graduação lato e stricto sensu (BOSI; PAIM, 2009).

Santos (2014) em sua tese de doutorado discute com profundidade diversas reflexões sobre a historicidade da criação dos CGSC no Brasil em sua tese de doutorado e afirma que “[...]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”. (Santos, 2014, p. 131).

Na plataforma do Ministério da Educação¹, o sistema eletrônico de acompanhamento dos processos que regulam a educação superior no país, o bacharelado em Saúde Coletiva está presente na região Sul em três instituições: na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), na Universidade Federal do Paraná (UFPR) e na Universidade Federal da Integração Latino-America (UNILA).

O enraizamento destas graduações nas universidades – neste projeto as do sul – torna-se um processo permanente e irreversível, fazendo emergir a necessidade de compreender o caminho que estas graduações estão trilhando, assumindo a formação como fato e relacionando-a com as possibilidades de prática dentro dos sistemas de saúde pública dos países latinos, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, trazer como foco de estudo o campo da saúde coletiva no eixo norteador da formação de graduados em saúde coletiva nos desperta o interesse de utilizar a pesquisa qualitativa para um processo de investigação e reafirmação das práxis dos reformistas sanitários latino-americanos, que, nesta pesquisa, é descrito e explorado pelo pensamento e prática cotidiana dos discentes e docentes coordenadores envolvidos no processo de consolidação da saúde coletiva em nível de graduação. Para se garantir a possibilidade real do completo desenvolvimento desta pesquisa, o recorte proposto são os cursos instalados nas instituições de ensino superior públicas do Sul do Brasil devido à proximidade territorial das instituições.

¹ O Sistema de Regulação do Ensino Superior (e-MEC) é uma plataforma do Ministério da Educação do Brasil que acompanha a situação do ensino superior do país. Disponível em: emec.mec.gov.br.

Mapa 1 – Instituições de Ensino Superior do Sul do Brasil que possuem CGSC, 2015.



Fonte: Elaborado pelo autor através de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

2. MOVIMENTOS HELICOIDAIS²: a força que nos leva à inquietude

*Despencados de voos cansativos
Complicados e pensativos
Machucados após tantos crivos
Blindados com nossos motivos
Amuados, reflexivos
E dá-lhe anti-depressivos
Acanhados entre discos e livros
Eu vou esperar, talvez na primavera
O que sobrou de nós e o que já era
E no meio disso tudo
Tamo tipo
Passarinhos
Soltos a voar dispostos
“Passarinhos”*

Leandro Roque de Oliveira – Emicida.

O desconhecimento de grande parcela da população, de dispositivos e de instituições da saúde quanto à função que o bacharel em Saúde Coletiva desempenhará na saúde pública e nas áreas ligadas já foi apontado em estudos científicos recentes. Bezerra et al (2013) apontam que historicamente o Sanitarista vem exercendo ações fundamentais para a compreensão e intervenção nos determinantes sociais dos processos de saúde-doença-cuidado, demonstrando a saúde para além do corpo e se referenciando no âmbito social em suas generalidades, levando em consideração os processos de produção de saúde de maneira transdisciplinar e dinâmica.

Embora o exercício da saúde coletiva enquanto profissão não seja recente – estando atrelado nas formações acadêmicas pós-graduadas até 2002 – a graduação em Saúde Coletiva contribui para reascender um debate sobre o cenário complexo-conjuntural da situação e estruturação dos sistemas de saúde no âmbito das reorientações das formações em saúde. (FERLA; CECCIM, 2013).

² Helicoidal é o movimento de um objeto ou de uma força que gira em torno de si mesmo.

No âmbito sociológico, no entanto, a definição de uma profissão supõe a configuração de um corpo de conhecimentos e um elenco de valores que fornecem identidade para a ação dos sujeitos. E sem dúvida a SC brasileira já dispõe de um conjunto de conhecimentos produzidos, habilidades e competências, além de um “ideal de serviços” em defesa do direito à saúde e da cidadania. Na realidade, a identidade de uma profissão não é algo que se concede, mas deve ser tomada como construção e reconstrução social. (PAIM; PINTO, 2013. p. 19).

Atrelando a saúde coletiva para além de um campo somente científico, pode-se asseverar que os sujeitos formados nestes cursos têm realizado ações além das tradicionais práxis de profissionais da saúde – fechadas em caixas – e incorporando vivências, experiências, escolhas político-ideológicas, concepções sobre modelos de sociedade, práticas intersetoriais e ações multiprofissionais em saúde. (PAIM, 2013; SANTOS, 2014; SANTANA, 2013).

A ideia de se realizar esta pesquisa partiu das premissas apontadas juntamente com as experiências que tive como graduando em Saúde Coletiva na UNILA. Foi através de minha participação na Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (CONESC), por exemplo, que notei nas discussões dos acadêmicos que há uma evidente necessidade de se construir a identidade deste novo profissional, socializando-a a comunidade – para além da científica – e elencando de forma coesa as potencialidades e limitações que o mesmo poderá vir a ter em suas funções cotidianas na saúde pública em uma ótica de possibilidades e cenários que o debate sobre a formação em saúde tem se encontrado na atualidade, reconhecendo, neste aspecto, as recentes mudanças em seu estado da arte.

Uma ideia nova geralmente produz certo desconforto. Numa área como saúde em que se verifica a hegemonia do modelo biomédico e profissões consolidadas como medicina, odontologia, farmácia, enfermagem e nutrição, entre outras, a proposta de criação de CGSC produziu várias indagações e apreensões. Ao contrário dessas posições, é possível argumentar que a SC, enquanto campo científico e âmbito de práticas em construção, suporta a existência de uma específica profissão de saúde não subordinada ao modelo biomédico, permitindo, atualmente, sustentar um processo de profissionalização de novos sujeitos em novas bases. (PAIM, PINTO, 2013, p. 18).

Conforme relatado, as inquietações pessoais em pesquisar os CGSC iniciaram logo no início da minha formação acadêmica no curso de Saúde Coletiva da UNILA em 2012. Apesar dos CGSC possuírem um movimento estudantil estruturado, pode-se perceber com uma breve análise a ausência de protagonismo discente na elaboração de produção científica sobre este, o que, às vezes, tem aberto margem a pesquisas sobre os CGSC de pesquisadores distantes da realidade diária destes cursos.

No ano de 2013, como organizador local do Segundo Encontro Regional dos Estudantes de Saúde Coletiva (II ERESC), sediado na UNILA, identificaram-se durante os dias de evento que existem diferentes e múltiplas compreensões sobre a necessidade de popularização de informações sobre a existência das graduações em saúde coletiva e de Sanitaristas graduados: de um lado, há os que dizem que o processo de inserção e reconhecimento de um novo profissional de saúde é feito através de processos institucionalizados de organização profissional. Seria, nesse caso, necessário criar e amadurecer a ideia da formulação de um conselho profissional que iria atuar com funções semelhantes às demais organizações dos profissionais de saúde. De outro, há os que dizem que o reconhecimento do Sanitarista virá com a inserção no cenário da saúde pública e com a legitimação social da importância deste para a dinâmica do mundo da vida e da saúde, através da melhora do status situacional de saúde da população.

Após este evento, que reuniu cerca de cento e vinte estudantes de saúde coletiva, coube-me um rompimento seguido de diversas reflexões, na qual, entre elas, destaco a seguinte: o *ser-fazer* Sanitarista não é recente e o debate sobre o reconhecimento profissional passou por intensos amadurecimentos desde o surgimento das pós-graduações na área. Há vários caminhos possíveis, mas o ponto de partida seria a pergunta se queremos *ser* novos Sanitaristas ou reproduzirmos as conhecidas práticas da saúde pública institucionalizada e verticalizada? Sabemos que há espelhos *fazer* do Sanitarista ao longo da historicidade latino-americana e, no intento de impulsionar as hélices das diferenças entre saúde pública e saúde coletiva, um fato é que, apesar dos distintos momentos e conjunturas de época, além dos modelos educacionais de formação, as práticas dos Sanitaristas em meados do século XX tiveram aspirações e atuações

diferenciadas nas políticas sociais e nas ações de saúde em relação aos Sanitaristas da década de 1970.

Nesta conjuntura, na atualidade das formações nas graduações em saúde coletiva, somam-se as perspectivas singulares dos docentes formadores com titulações diversificadas de formações acadêmicas *stricto e latu senso*. Os CGSC possuem, neste momento, de forma saudável à esta construção, docentes de diversas áreas do conhecimento, advindos da assistência social, enfermagem, medicina, biomedicina, educação física, fisioterapia, direito, ciências sociais, antropologia, estatística, matemática, física, química, biologia, farmácia, odontologia, etc. Paradoxalmente, ainda não há Sanitaristas graduados no exercício da docência, seja pelo tempo de formação ainda insuficiente para esta experiência ou pelas exigências das seleções públicas de contratação de professores – que tem solicitado na maioria dos casos a titulação mínima de doutorado acadêmico. Dessa maneira e logicamente, surgem contrastes nos posicionamentos do que é o *ser-fazer* do Bacharel em Saúde Coletiva nas formalizações pedagógicas das universidades.

É na força da eminência das contradições observáveis na construção e reconstrução dos CGSC na formação deste novo profissional para a saúde pública latino-americana que advém a inspiração política e a vontade humana de realizar esta pesquisa, afinal e se for preciso, são “as porcelanas mais resistentes que vão ao forno mais vezes”.

3. COSTURANDO A LITERATURA DO ESTUDO

Neste capítulo, são apresentados os principais temas que serviram de alicerce e unidade para a costura da literatura do estudo. Dessa maneira, temos uma breve análise sobre as influências do mercado e do Estado na constituição e manutenção da educação superior nas universidades brasileiras. São referenciados os conflitos da educação na saúde e nos cursos de graduação da área da saúde com os principais temas conceituais das concepções vigentes hoje nos ambientes internos das instituições de educação.

Além disso, costurasse a constituição do campo científico e de prática social denominado Saúde Coletiva e sua trajetória na América Latina. Tal perspectiva chega por fim na construção dos bacharelados em saúde coletiva e caracteriza suas criações no âmbito da história, pontecendo suas contradições e as especificidades do campo profissional

3.1. A educação no ensino superior no Brasil

Abordar a educação no ensino superior no Brasil é uma tarefa complexa e que demanda uma análise reflexiva, considerando o território brasileiro como periférico e o modelo de desenvolvimento – economicista e neoliberal – adotado nas últimas décadas. Dessa maneira, é emblemático obter uma compreensão amplamente aceitável sobre o processo educacional no terceiro nível e suas relações com a sociedade. Neste sentido, a globalização tem feito fortes pressões sobre as universidades, seja contribuindo para mercantilizar o tripé estrutural ensino-pesquisa-extensão ou induzindo nas fragmentações dos saberes que circulam e são produzidos nestes espaços. (SOARES, 2008; CAMPOS, 2007).

Os desafios da universidade no mundo contemporâneo assumem papéis centrais na perspectiva da formação de profissionais – capazes de *agir e pensar* no mundo do trabalho. Conquanto a isso, as transformações sociais e culturais geradas pelo processo de aldeamento global nos direcionam para outro caminho nas formações: o da competitividade, individualidade e tecnicismo (TORRES, 2006). Seriam os currículos rígidos e a especialização em ilhas de conhecimentos os responsáveis pela perda de legitimidade das universidades na atualidade? Qual a influência da lógica reprodutivista de conhecimento numa abordagem tecnocentrada, agravada, ainda, pelo processo de colonialidade do saber? Tem-se

pensado a educação superior nos países periféricos com uma visão de mundo de países centrais? Age-se no mundo do conhecimento da microestrutura universitária de países periféricos de forma operacional e mantenedora das ordens globais? Alguns alertas para *onde* e *como* seguirá a educação superior no futuro são fundamentais para o aprofundamento da análise (assumindo-se que a educação é uma ferramenta transformadora) no imbricamento da sociedade que se deseja, especialmente no caso América Latina e Caribe.

Com todas as pressões e influências que vem passando a universidade hoje, não perder sua vocação crítica e sua capacidade de visão de conjunto é muito importante – sem que isso signifique auto-referenciação. A universidade faz parte da totalidade da vida social e a globalização invade todos os cantos do mundo, sejam as microdimensões do cotidiano ou as grandes manifestações cada vez mais multiculturais das sociedades, influencia as novas configurações societais, altera as velhas noções de espaço e tempo na comunicação, expande as estruturas de informação, potencializa a mobilidade, imprime novos perfis no mundo do trabalho, impulsiona o acúmulo exponencial dos conhecimentos, gera mudanças nos campos das ciências e das tecnologias, produz o declínio das certezas, aumenta a complexidade nas relações humanas e na vida em geral. (SOBRINHO, 2005. p. 165).

Neste sentido, buscou-se realizar um levantamento e análise da última sinopse da educação superior no Brasil, publicada em 2013 pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP-MEC). Através dos dados, percebe-se de forma clara uma grande desigualdade entre matrículas de cursos de graduação em instituições públicas e matrículas em instituições privadas.

Quadro 1 – Matrículas em cursos de Graduação Presenciais e a Distância, 2013.

	Total Geral				
	Total	Bacharelado	Licenciatura	Tecnólogo	Não Aplicável
Brasil	7.305.977	4.912.310	1.374.174	95.746	23.747
Pública	1.932.527	1.166.489	599.718	43.169	23.151
Federal	1.137.851	735.407	328.694	61.975	11.775

	Estadual	604.517	287.712	238.106	67.323	11.376
	Municipal	190.159	143.370	32.918	13.871	-
	Privada	5.373.450	3.745.821	774.456	52.577	596

Fonte: Elaborado pelo autor através de dados do INEP, 2013.

Além da disparidade entre as matrículas em IES públicas e privadas, há também iniquidades escalares no acesso e permanência no ensino superior brasileiro. Todavia, houve uma recente conquista neste ponto, na qual, buscando uma reorientação no acesso ao ensino público, houve um esforço do governo federal para a sanção da Lei de nº 12.711 de 2012, que garante que ao menos 50% das vagas serão reservadas para estudantes em vulnerabilidade econômica e estudantes de escola pública até 2016.

No quadro a seguir, é possível examinar a distribuição dos cursos de graduação no Brasil, tanto no âmbito público quanto no âmbito privado. Novamente, identifica-se uma escala de oferta do mercado maior que a oferta de cursos pelo Estado.

Quadro 2 - Cursos de graduação no Brasil registrados no MEC, 2013.

Cursos	Modalidade				
	Total	Bacharelado	Licenciatura	Tecnólogo	Não Aplicável
Número de Cursos	32.049	17.905	7.920	6.224	-
Pública	10.850	5.339	4.365	1.146	-
Federal	5.968	3.259	2.118	591	-
Estadual	3.656	1.365	1.874	417	-
Municipal	1.226	715	373	138	-
Privada	21.199	12.566	3.555	5.078	-

Fonte: Elaborado pelo autor através de dados do INEP, 2013.

O número total de cursos de graduação na rede privada é maior que o dobro da oferta pelo Estado. Há um destaque para a grande oferta de cursos tecnológicos e bacharelados no âmbito de instituições privadas de ensino. Somente na modalidade de licenciaturas o Estado se sobrepõe as empresas educacionais.

Nesta perspectiva, Sobrinho (2005) reflete sobre os perigos do processo de privatização da educação:

O estreito vínculo do conhecimento com a economia gera uma pesada tendência de comercialização e privatização da educação superior, que se manifesta na cultura empresarial, no aparecimento de novos provedores privados, no desdobramento espacial das instituições, na redução do estudante ao estatuto de cliente e consumidor, na diminuição dos financiamentos do Estado, na transnacionalização, na lógica da competição, na hegemonia do quantitativo, da rentabilidade e do lucro, nas práticas gerencialistas, no uso privado dos espaços públicos. (SOBRINHO, 2005, p. 168).

A sondagem desta realidade permite identificar o status da situação da educação no ensino superior no Brasil na atualidade que, mesmo com o esforço de expansão da educação pública pelo governo federal, ainda encontra-se desigual em uma escala totalmente desproporcional. Há de se considerar, no entanto, que a inversão da lógica de mercado para a Estatal na educação superior ocorre além de números de cursos e matrículas, mas, também, no perfil dos egressos e nas atuações profissionais.

Segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), promulgada em 1996 no Brasil, a educação em todos os níveis é uma tarefa de responsabilidade das famílias e do Estado brasileiro. De acordo com esta lei, ainda se permite a vinculação de oferta da educação em todos os níveis no âmbito privado, sendo o Estado o responsável por assegurar sua regulação, fiscalização e controle. É no capítulo IV da LDB que os temas referentes à educação superior estão postos. De acordo com a lei, a educação superior no Brasil tem por finalidade:

“I - estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo; II - formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua; III - incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da

cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive; IV - promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem patrimônio da humanidade e comunicar o saber através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação; V - suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração; VI - estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade; VII - promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição. (BRASIL, 1996).

Nesta acepção, a educação no âmbito universitário caracteriza-se pelo estímulo na busca de soluções dos problemas das sociedades e determina que o conhecimento científico deva ser central nesta instigação. Cabe, portanto, às universidades formarem profissionais habilitados com atitudes que respondam às necessidades sociais, sejam elas advindas da saúde, das tecnologias, da educação ou de outro setor.

3.2. As formações das graduações na área da saúde: um debate necessário

*“O estudo da medicina deve ser centrado na doença
de forma individual
e concreta.”*

Abraham Flexner, 1910.

O debate em torno das formações em saúde possui uma historicidade permeada por contradições e conflitos. A epígrafe deste subcapítulo traduz um dos núcleos centrais destes emblemas no que tange a educação médica no início do século XX – até os dias atuais.

Produzido em 1910 por Abraham Flexner, o relatório flexner trouxe contribuições e influências estruturais na pedagogia e formação médica do mundo. A ideia deste relatório, baseado em críticas ao modelo de ensino médico postulado nos EUA e Canadá na época, foi reconstruir o ensino e a formação de médicos. O modelo flexneriano de ensino propôs que a formação médica deveria ser dividida em duas etapas: na primeira, de dois anos, os estudantes de medicina teriam um ciclo básico de formação nos laboratórios das universidades e, no segundo, mais dois anos de formação em hospitais, por considerar este espaço estrutural no estudo das enfermidades. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; DE MARCO, 2008).

PAGLIOSA e DA ROS (2008) refletem sobre as potentes influências deste relatório no mundo das formações médicas e alocam duas perspectivas:

Se, por um lado – para o bem –, o trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal –, desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto. O grande mérito – para o bem – da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época. Mas, ao focar toda a sua atenção neste aspecto, desconsiderou – para o mal – outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 895).

O modelo biomédico flexneriano de atenção à saúde ainda hoje permeia fortemente os sistemas de ensino e de serviços de saúde. (PAGLIOSA, 2008). Seriam os currículos centrados nas doenças e em conceituações biopatológicas os catalisadores das fragmentações dos conhecimentos em saúde? O processo de institucionalização do ensino em saúde na corrente científica potencializou o reducionismo dos sujeitos e suas complexidades a objetos?

As idéias propostas pelo relatório de flexner ainda estimularam mudanças em outras formações assistenciais da saúde. (TESTA, 2007). Somente em 1970 um novo paradigma surge e reconsidera o trilhar das formações na área da saúde: o modelo biopsicossocial. A perspectiva que tem como referencia o modelo

biopsicossocial tem se afirmado progressivamente, proporcionando uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psíquica e social, contribuindo para um vínculo adequado e uma comunicação efetiva. (DE MARCO, 2008, p 65.)

Nas formações atuais dos cursos da área da saúde, há um confronto entre estes dois ideais, onde o modelo biopsicossocial tenta superar a visão e ação reducionista em saúde através de uma compreensão integral e integrada do ser humano no caminhar da vida. Ressalta-se, ainda, que a literatura científica ainda tem apontado para a dificuldade das escolas formadoras em superar este paradigma, seja pela dificuldade dos docentes ou pela própria estrutura consolidada de universidade.

Seguindo com a reflexão teórica, registra-se que o ano de 2015 foi marcado pelo 27º aniversário do SUS no Brasil. Desde sua criação, são intensas e diversas as tentativas de reorientar as formações em saúde para a nova ótica de prática em saúde pública vislumbrada pelo processo da reforma sanitária, onde se assume o direito à saúde na centralidade do debate, considera-se o controle social como impulsionador das políticas públicas de saúde, além da configuração da identidade e a linha tênue de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.

No Brasil as mudanças nas formações em saúde começam a ocorrer por volta da década de 80. DIAS et al (2013) ao analisarem a política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS contextualizam profundamente as iniciativas do Estado e elaboram um quadro com a historicidade e características destas.

Quadro 3 - Principais momentos da trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde, dos anos 1980 a 2010. (DIAS et al, 2013, p. 1620-1621)

Momento	Antecedentes		
	Anos 80 e 90		2002
Período/ano	IDA	UNI	PROMED
Programas e projetos prioritários			
Objetos da política	Integração docente assistencial	Multiprofissionalidade Currículo de graduação Ensino-serviço-comunidade	Formação médica para o SUS Reforma curricular
Atores e organizações mobilizados	Universidades e serviços de saúde	Docentes e estudantes universitários Universidades, Serviços de Saúde e comunidade	Estudantes e docentes de medicina Universidades
Estratégias e instrumentos	Projetos para inserção na prática do cuidado Rede IDA-Brasil	Estágios na comunidade Ênfase em disciplinas como a epidemiologia Rede UNIDA	Cooperação técnica às reformas curriculares Incentivos a estágios
Evidências de implementação	86 projetos 9 redes de programas na América Latina Limites: baixa participação docente, foco na assistência e segmentação	6 projetos UNI desenvolvidos envolvendo 9 graduações de saúde	Implantado em 19 escolas médicas brasileiras 8 milhões de reais empregados Implantação apenas em cursos de medicina

Fonte: (DIAS et al, 2013, p. 1620)

Momento	Política nacional de reorientação da formação profissional em saúde	
	Passos iniciais de institucionalização	Ampliação e aprimoramento
Período/ano	2005 e 2006	2007 a2010
Programas e projetos prioritários	PRÓ-SAÚDE I	PRÓ-SAÚDE II PET-SAÚDE
Objetos da política	Integração ensino-serviço Atenção integral à saúde Atenção Básica	Integração ensino-serviço-comunidade Aprendizagem tutorial Capacitação docente Produção acadêmica - necessidades dos serviços
Atores e organizações mobilizados	Estudantes e docentes Universidades, Secretarias e Serviços de Saúde	Estudantes, docentes, profissionais de saúde Universidades, Secretarias e Serviços de Saúde Instâncias colegiadas do SUS: CIB, CGR e CIES
Estratégias e instrumentos	Adesão por meio de projetos Comissão assessora e executiva Conselho consultivo Incentivos financeiros Acompanhamento e avaliação por instâncias nacionais	Adesão por meio de projetos Instâncias nacionais, regionais e locais de acompanhamento e avaliação Pagamentos de bolsas SIG-PET-SAÚDE Núcleos de Excelência Clínica na Atenção Básica
Evidências de implementação	Restrito aos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia Protagonismo universitário Foco nos aspectos estruturais e administrativos da implantação	Ampliação para as demais profissões de saúde Valorização das instâncias decisórias do SUS e da função de tutoria e preceptoria Incremento nos incentivos financeiros Valorização das instâncias de condução local/regional

Fonte: (DIAS et al, 2013, p. 1621)

Há de se reconhecer e pontuar outros avanços que impulsionaram a busca por uma formação centrada na integralidade do cuidado à saúde nos últimos anos, como por exemplo, o Plano Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS Brasil), Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Residências Multiprofissionais em Saúde, Universidade Aberta do SUS (UNASUS), Pacto pela Saúde, dentre outros.

A imersão nos cenários da saúde coletiva propostas pelas iniciativas elencadas prepara o estudante para a prática profissional e traz perspectivas singulares, seja na compreensão da estrutura e funcionamento organizacional do SUS, que é complexa, como na construção do conhecimento. Conhecer a realidade de um modo absolutamente estranho ao da universidade (em seu sistema acadêmico) tende às aprendizagens inovadoras, por estranhamento e surpresa,

mobilizando o corpo, o afeto e o pensamento de tal forma que o retorno aos modos da universidade cause novo estranhamento e, portanto, um novo padrão de exigência de aprendizados. (CECCIM, 2002, p. 16).

A articulação e vivências acadêmicas no SUS desde o início dos estudos nas graduações são importantes, assumindo-se que ainda hoje as práticas profissionais da saúde são centradas na média e alta complexidade e o aprendizado nas formações é centrado na técnica e nas tecnologias duras. (MEHRY, 2002). Outro desafio apresentado nas formações em saúde é perceber o usuário do SUS como sujeito e não como objeto de intervenção e, para isso, a mudança e o entendimento de modelos educacionais com metodologias ativas e inovadoras – que estão em curso – precisam ser consolidadas. Um conceito chave do modelo pedagógico inovador é o de aprender fazendo, que pressupõe a inversão da sequência clássica teoria/prática na produção do conhecimento e assume que ele ocorre de forma dinâmica através da ação/reflexão/ação. (BRASIL, 2002).

Trabalhar pedagogicamente com metodologias ativas, como propõe hoje a PNEPs, significa um enorme desafio para todos que atuam no SUS, exigindo mudanças institucionais, profissionais e pessoais difíceis, lentas, conflituosas e complexas (CECCIM, FEUERWEKER, 2004). Existe, neste sentido, um recente movimento de transformação crítica e profunda das diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área da saúde e há um apontamento para uma ressignificação da forma de pensar e fazer saúde nas graduações. Formar profissionais de saúde habilitados para compreender de forma reflexiva a complexidade do *mundo da vida* e das disputas político-ideológicas do setor saúde parece ser um caminho difícil e, além disso, de rupturas que necessariamente precisam dialogar com a criticidade do agir na perspectiva profissional.

Conquanto, a atitude crítica não é suficiente (querer um mundo diferente não é suficiente para transformá-lo), e deve ser complementada com a capacidade crítica (como pensar), isto é, a capacidade adquirida para examinar cuidadosamente os fatos da realidade para delas extrair as conclusões necessárias e gerar ações correspondentes. (TESTA, Mario, 2007, p. 248).

Testa (2007), desenvolve um diagrama interessante para analisar e compreender algumas costuras sobre as práticas e identidades profissionais da saúde:

Diagrama 1 – Actitud y Aptitud crítica, 2007.

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

Fonte: (TESTA, 2007, p. 249).

Considerando que nas formações dos cursos da área da saúde estão em processo de mudanças, o diagrama nos faz refletir sobre as possibilidades de características dos profissionais formados para atuar na atual complexidade do setor saúde. Os recém egressos dos cursos da área da saúde serão profissionais que se somarão ao movimento da reforma sanitária, ainda em curso? Serão profissionais que refletem sobre as pressões que o mercado vem fazendo sobre a saúde pública? As ações destes profissionais buscarão a integralidade e a humanização do cuidado e da atenção à saúde? São perguntas que impulsionam inquietações e as respostas que se tem no momento não são claras e evidentes. Aos companheiros Sanitaristas graduados e graduandos: como somos e como estaremos no futuro? Aos docentes dos CGSC, onde queremos chegar com esse novo profissional?

3.3. A constituição do campo e as formações em Saúde Coletiva: ponteando uma história recente.

Em meados da década de cinquenta, o campo científico em Saúde Coletiva estava muito próximo ao projeto de medicina preventiva. Desde essa época, intelectuais brasileiros em conjunto com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) discutiam a crise do modelo biomédico flexneriano a nível pedagógico e suas dimensões. Houve a criação de departamentos de medicina social nas escolas médicas e implantação de disciplinas que extrapolavam a dimensão biológica da atenção à saúde. No início década seguinte, o enfoque na discussão ficou em torno da necessidade em se repensar o planejamento em saúde, ainda que através de uma visão economicista relativa ao custo e benefício da atenção médica. (BRASIL, 2004; NUNES, 2006).

Entretanto, no decorrer da década de 60, em relação à saúde, a OPAS e algumas fundações norte-americanas finalmente voltaram-se para a análise dos pressupostos econômicos que poderiam interferir na adoção de medidas de saúde pública e na formulação de metodologia para o planejamento em saúde. (NUNES, 2006, p. 66).

Em 1970 iniciou-se a estrutura formal do campo científico da Saúde Coletiva. Inaugurou-se, assim, em 1974, o primeiro curso de pós-graduação em medicina social na cidade do Rio de Janeiro com significativo avanço na formação de recursos humanos com parcial fundamentação nas ciências sociais e humanas em saúde. A partir dos anos oitenta, o debate sobre o direito à saúde popularizou-se assim como a necessidade da reestruturação da organização do sistema de saúde. (NUNES, 2006).

Por conseguinte, a Saúde Pública e medicina social criadas na década de setenta, em nível de pós-graduação serão, posteriormente, enquadradas no campo das ciências da saúde com denominação Saúde Coletiva.

Dessa forma, **o processo de institucionalização das ciências sociais em saúde articulou-se ao processo de institucionalização do campo da saúde coletiva, via cursos de pós-graduação e projetos**, com apoio da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), especialmente nos anos 80. (NUNES, 2006, p. 67, grifo meu).

A denominação Saúde Coletiva está vinculada tanto com a construção de um campo de saber científico, cultural, social e profissional, quanto ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Desde a década de setenta se vem discutindo uma nova formulação na pedagogia dos cursos da área da saúde, com visão epidemiológica e social que vá de encontro com soluções para mudanças gerais do cenário da saúde trazidas pelo capitalismo ou corrente *neoliberalista*.

No caso específico da América Latina, a emergência nos últimos vinte anos de um campo que se designou como Saúde Coletiva permite a identificação de pontos de encontro com os movimentos de renovação da saúde pública institucionalizada, seja como **campo científico**, seja como **âmbito de práticas**, e mesmo como **atividade profissional**. (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998, grifo meu).

O Brasil, dentre os países considerados periféricos segundo o modelo econômico vigente, foi o primeiro país a implantar uma reforma democrática na área da saúde. Com o tema Saúde e Democracia, o debate acerca de uma reforma sanitária estruturou-se dentro e fora das universidades, baseada em experiências regionais de organização dos serviços de saúde. Anteriormente à Constituição Cidadã, já havia em algumas poucas regiões do país conselhos municipais de saúde (CMS), órgão colegiado deliberativo composto por parcelas paritárias de segmentos da sociedade. (BRASIL, 2006). Estas organizações civis juntamente com alguns movimentos sindicais foram os principais protagonistas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Tal conferência é considerada histórica, pois contou, pela primeira vez, com a participação de mais de cinco mil atores sociais dispostos a discutir um novo rumo de modelo de saúde para o Brasil. (ABRASCO, 2015).

Trabalhadoras e trabalhadores organizados em atuação conjunta com atores sociais do controle social foram os responsáveis por garantir, por meio de uma emenda popular, o direito à saúde para todo e qualquer cidadão brasileiro, independente de vínculo empregatício, da questão econômica, religiosa, sexual, étnica e racial, assegurando, constitucionalmente, que esse pleito é um dever do Estado.

É no capítulo II da Constituição Federal Brasileira³ (CFB) que se assegura os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Porém, nota-se, no que tange os direitos sociais, governos que desde 1988 tem se mostrando parcialmente inconstitucionais ao não cumprimento pleno, na prática, de tais gozos civis. Há discursos na saúde coletiva que afirmam que o não cumprimento da lei ocorre devido à descentralização das ações da saúde pública institucionalizada ao terceiro setor, com evidentes práticas de terceirização. Outros discursos afirmam que isso tem ocorrido devido aos modelos de gestão reconfigurados e flexíveis, que adentram ao campo da estrutura de mercado com o conhecido direito privado. Ainda há os que dizem que o problema central ocorre pelo fato da fragmentação das responsabilizações tripartite – no campo do financiamento, no campo da gestão e na formação de profissionais compromissados com os princípios do SUS.

Adentrando na literatura científica sobre as graduações em SC, sabe-se que o primeiro CGSC foi aberto após intensos debates e diálogos dentro de organizações políticas e sociais, na Universidade Federal do Acre (UFAC), no primeiro semestre de 2008. Não se pode afirmar, no entanto, a ideia de que Ufac tenha sido protagonista na mobilização inicial para a instalação da graduação, questão esta que advém de diversos fóruns de discussões e mobilizações pré-instalação das graduações nas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) brasileiras.

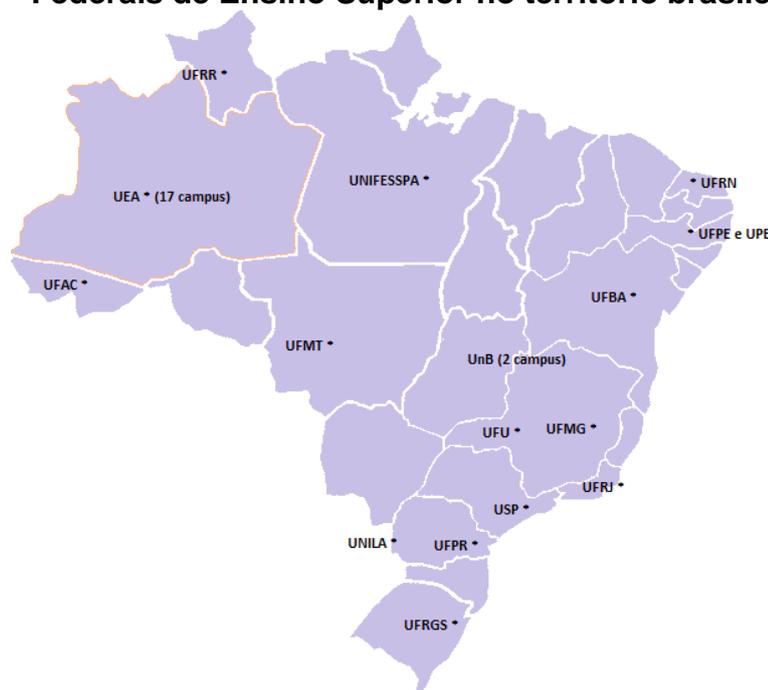
Neste contexto, pode-se citar que com a crescente mobilização para a criação das graduações em Saúde Coletiva, o Programa de Apoio a Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) foi o agente facilitador para a criação dos cursos nas IFES (PAIM, 2013). Este mesmo facilitador que foi um dos principais agentes catalisadores do “boom” de criação de diversos outros cursos de graduação é também um dos principais agentes influenciadores na qualidade estrutural de muitas universidades brasileiras na atualidade. Ainda, o REUNI favoreceu uma fragmentação político-ideológica-regionalizada, na mobilização para abertura dos CGSC, onde alguns pólos formadores, localizados, trouxeram contribuições diversas e contraditórias na elaboração de matrizes curriculares e projetos pedagógicos de curso (PPCs).

³ A CFB é o resultado concreto da Assembléia Nacional Constituinte de 1988. O capítulo II da CFB aborda os direitos e garantias fundamentais bem como os deveres individuais e coletivos dos cidadãos brasileiros ou residentes.

Foram diversas as iniciativas e, desse modo, a distinção entre Saúde Coletiva e Saúde Pública não é apenas uma questão de nomes, pois as palavras não são inocentes. Ou melhor, não é só uma questão de nomes, uma vez que há noções vinculadas a ideologias e conceitos articulados a teorias. Essas ideologias e teorias, portanto, precisam ser explicitadas e debatidas a partir da crítica. (PAIM, 2006, p. 18).

Nessa seqüência, criaram-se graduações na *área* da Saúde Coletiva específicas, como, por exemplo, a graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, a graduação em Gestão em Saúde Ambiental da Universidade de Uberlândia, a graduação em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e a graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais.

Mapa 2 – Levantamento dos cursos da área da Saúde Coletiva nas Instituições Federais de Ensino Superior no território brasileiro, 2015.



Fonte: Informações acessadas pelo Sistema de Regulação do Ensino Superior (e-MEC) do Ministério da Educação. Brasil, 10 de julho de 2015. (<http://emec.mec.gov.br/>)

Os CGSC estão, na atualidade, bem distribuídos no território nacional, sendo possível encontrar ao menos uma graduação por região do país. Existem experiências bem interessantes para se assinalar neste sentido, como o caso do curso de gestão em saúde coletiva indígena da Universidade Federal de Rorãima e o curso de Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Amazonas, que possui

dezessete campus descentralizados no território amazonense. Segundo o FGSC da ABRASCO, no ano de 2013 os CGSC no Brasil contavam com cerca de 1.775 estudantes e cerca de 259 egressos, com destaque para a Universidade de Brasília – campus Ceilândia com cerca de 88 egressos e para a Universidade Federal do Rio Grande do Norte com cerca de 65 egressos. No sul do Brasil em 2013 as graduações contavam com aproximadamente 439 estudantes e cerca de 38 egressos.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

*Era uma vez um planeta mecânico
Lógico, onde ninguém tinha dúvidas.
Havia nome pra tudo e para tudo uma explicação
Até o pôr do sol sobre o mar era um gráfico
Adivinhar o futuro não era coisa de mágico
Era um hábito burocrático, sempre igual.
Explicar emoções não era coisa ridícula
Havia críticos e métodos práticos
“Fábula”
Engenheiros do Hawaii*

4.1. Tipo de Estudo

Tratou-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com natureza e abordagem qualitativa, apoiada principalmente nas reflexões sobre a fenomenologia descrita por Triviños (1987). A metodologia baseou-se em procedimentos de pesquisa documental e entrevista semi-estruturada com discentes e docentes coordenadores dos CGSC do Sul do Brasil, sendo realizado nas Instituições de Ensino Superior (IFES), a saber: Universidade Federal da Integração Latino-Americana - Paraná, Universidade Federal do Paraná – Paraná e Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Rio Grande do Sul.

4.2. A escolha dos sujeitos participantes

Os Objetos de estudo desta pesquisa são caracterizados em dois tipos:

- 1) pesquisa documental de literatura científica na área dos CGSC;
- 2) a visão/percepção/concepção/olhar de discentes e docentes coordenadores dos CGSC do Sul do Brasil.

No processo de escolha dos informantes-chave/participantes da pesquisa, para se garantir a transparência da técnica da amostragem e reduzir a proximidade do objeto de estudo de percepções pessoais como pesquisador, o procedimento ocorreu conforme apontado por Triviños (1987), onde se buscou representatividade do sujeito sobre o tema ou população de amostra. O autor aponta quatro condições importantes e que foram levadas em consideração:

- a) Antiguidade na comunidade e envolvimento desde o começo do fenômeno que se quer estudar;

- b) Conhecimento amplo e detalhado das circunstâncias que tem envolvido o foco da análise;
- c) Disponibilidade adequada de tempo para participar no desenrolar das entrevistas e encontros;
- d) Capacidade para expressar especialmente o essencial do fenômeno e o detalhe vital que enriquece a compreensão do mesmo.

Dessa forma, a seleção da amostra do estudo ocorreu da seguinte maneira:

1) quanto ao segmento discente, foi entrevistado 01 estudante por IFES, sendo ele participante ou representante de alguma organização estudantil e estando com mais de 60% do currículo integralizado

2) quanto ao segmento docente coordenador, foi entrevistado 01 por IFES, sendo ele caracterizado como coordenador atual do curso no momento da entrevista. O contato prévio para agendar as visitas ocorreu via correio eletrônico com confirmação de disponibilidade através de ligação telefônica.

4.3. Locais de Realização da Pesquisa

A coleta de informações através das entrevistas propostas pelo estudo ocorreu em três períodos e locais diferentes. Os três locais que foram realizadas as entrevistas são os seguintes: na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, localizada na Rua São Manoel, nº 963, bairro Rio Branco, Porto Alegre, na Câmara de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral localizada na Rua R. Jaguariaíva, nº 512, bairro Caiobá, Matinhos e no Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, localizado na Avenida Tancredo Neves, 6731, Vila C, Foz do Iguaçu.

4.4. Desenvolvimento, Instrumentos de coleta, estratégias de aplicação, processamento, análise e apresentação.

Os instrumentos utilizados para a coleta de informações, bem como a estratégia de aplicação, processamento, representação e apresentação dos dados, estão baseados fundamentalmente na metodologia qualitativa apontada por Minayo (2008).

Na dimensão das visões de atores sociais envolvidos com a consolidação dos CGSC, a utilização proposta por esta pesquisa foi na modalidade de entrevista semi-estruturada audiogravada com transcrição na íntegra, e justifica-se pela facilidade de se conduzir o procedimento de forma sequencial. Minayo (1992) nos aponta que a entrevista semi-aberta auxilia o pesquisador na abordagem e assegura aos investigadores menos experientes que suas hipóteses ou seus pressupostos sejam cobertos durante o diálogo.

As reflexões sobre os dados coletados seguiram na corrente filosófica da fenomenologia. Triviños (1987) afirma que na pesquisa educacional o contexto cultural onde se apresentam os fenômenos permite, através da interpretação deles, estabelecer questionamentos, discussões dos pressupostos e uma busca dos significados da intencionalidade do sujeito frente à realidade.

Na dimensão da pesquisa documental de literatura científica no campo dos CGSC, foram utilizadas duas plataformas eletrônicas: Scientific Electronic Library Online⁴ (SciELO) e o Portal de Periódicos⁵ da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) através de descritores como “Graduação em Saúde Coletiva”, “Saúde Coletiva” e “Sanitaristas”, antecipadamente legitimados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde⁶ (BIREME).

Ainda, para a construção dos mapas que estão representando no transcorrer deste trabalho, foram utilizadas informações e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com posterior edição, todas realizadas pelo autor.

Foi assegurado a todos os sujeitos participantes o sigilo das respostas do questionário. Foi solicitado aos mesmos no momento das entrevistas que expressassem suas visões e percepções sobre os CGSC e o processo formativo com transparência e fidelidade no que pensam ser o mais saudável nesta construção.

⁴ A Scientific Electronic Library Online é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros e conta com artigos científicos de diversos campos do conhecimento.

⁵ O Portal de Periódicos, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), é uma biblioteca virtual que reúne e disponibiliza a instituições de ensino e pesquisa no Brasil produções científicas nacionais e internacionais.

⁶ BIREME é um centro especializado da Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde para a cooperação técnica em informação e comunicação científica em saúde na Região das Américas.

Para complementar e potencializar a análise, foram utilizadas as transcrições das entrevistas na íntegra e sistematizadas no *software livre* TaGuL, que nos permite criar uma nuvem de palavras de acordo com a ocorrência das mesmas nas falas. O *software* TaGul é gratuito e pode ser acessado através de plataforma eletrônica.

4.5. Aspectos éticos da pesquisa

Os aspectos éticos do presente estudo atendem a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de número 466/12. Inicialmente a proposta da pesquisa se tratava somente de análise de documentos públicos – matrizes dos CGSC, PPCs, artigos científicos na área, portarias e documentos dos fóruns de discussões. Após rever as possibilidades de aprofundamento das pesquisas, optou-se por realizar entrevistas semi-estruturadas para se identificar as narrativas sobre o processo formativo destas graduações no intento de costurar o que diz o script e a realidade. Dessa maneira, foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) na qual consta nos anexos deste trabalho e, ainda, foi solicitado aos responsáveis pelos campos de estudo uma autorização institucional para a coleta das informações. O trabalho não envolveu qualquer risco aos sujeitos participantes já que os registros foram anônimos, garantindo total sigilo das respostas do questionário elaborado pelos pesquisadores. A pesquisa foi cadastrada no conselho de ética nacional sob o número 4925371590000107/2015.

4.6. CODIFICAÇÃO E ANONIMATO DOS PARTICIPANTES: nas subjetividades das primaveras.

Para manter o anonimato dos participantes da presente pesquisa, utilizou-se uma codificação dos nomes dos entrevistados. Na produção de subjetividades e reflexões durante a análise de conteúdo, buscou-se algo em comum que identificasse os atores sociais envolvidos. Optou-se por nomenclaturas de flores, a saber: Azaléia, Antúrio, Rosa Amarela, Tulipa, Frésia e Narciso.

Nas convicções e visões sobre o processo formativo do sanitarista graduado, foi notável que os entrevistados possuem um grande desejo de primavera na saúde pública e apostam na atuação deste profissional como elo que faltava na rede de

atenção à saúde. Há uma forte vontade de ver o florescimento concreto de um sistema de saúde que não possui mais forma de broto, mas que precisa ser regado com afeto na qualificação profissional para seu fortalecimento.

Relacionando-se com um imbricamento poético, por vezes, os bulbos de algumas flores precisam de locais frios para germinarem, como no caso das flores Frésia. Assimila-se neste ponto o ambiente acadêmico moderno, que tem se direcionado em busca de uma objetividade fertilizada por competições, enquanto que, a realidade viva, se apresenta em folhas e pétalas não tão lineares assim.

No cultivo das flores Antúrio, por exemplo, é aconselhável que quando se faça seu plantio, o faça com mudas já maduras. Isso porque o momento do transplante pode impactar seu crescimento. Apesar de precisar de um solo úmido, é preciso cuidado para não encharcá-lo, pois isso poderá trazer a proliferação de fungos que o consomem pouco a pouco. Assim como os cuidados que tem se dado à construção e reconstrução das matrizes curriculares das graduações em saúde coletiva. Tirou-se um pouco de terra dali, colocou-se ao sol em seguida e o processo atual é uma exposição à chuva de ideias.

Assim como a malícia das Rosas Amarelas traz consigo espinhos que aparecem no decorrer do seu crescimento, a caminhada desta profissão nova adocicou-se no pólen de Narcisos, que garantem a ressignificação de um grupo de belas espécies que produzem flores de inúmeros formatos e combinações de cores. E ao que tudo indica o que parece estar na floricultura é a construção de uma identidade profissional.

Fazer o jogo *“bem me quer mau me quer”* com as Azaleias pode não ser uma boa escolha. Estas são símbolos da resistência e preferem solos ácidos para crescerem. Mas também gostam de sol e, dele, retiram a energia para a luta com as *moscas minadoras*.

Por certo, flores podem ajudar a preencher os favos de mel vazios da realidade socio sanitária da América Latina e Caribe. Elas sempre refletiram bem o que são as quase imperfeitas dicotomias entre bem e mal, amor e ódio, formação e prática, vontade e necessidade.

5.0. ANÁLISES E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentadas as análises das visões dos atores sociais entrevistados na presente pesquisa. Buscou-se costurar as visões dos discentes e docentes coordenadores com o que os Projetos Pedagógicos de Curso (PPCs) postulam para o processo formativo dos Bacharéis em SC dos CGSC do Sul do Brasil.

Nesse sentido, emergiram núcleos subjetivos das falas na qual postulei duas grandes categorias transitivas. A primeira trata sobre a **emergência da saúde coletiva e a formação de um novo sujeito para a saúde pública**, na qual existem fortes ligações das visões dos atores sociais entrevistados com as faces da integralidade da formação de profissionais de saúde. Nesta acepção, a integralidade além de ter papel balizador no processo educativo e ser uma doutrina do sistema de saúde brasileiro, também tem se evidenciado nas costuras conceituais de autores como princípio articulador da atenção à saúde dos indivíduos e coletividades, seja no âmbito das práticas teóricas ou no âmbito da reorientação do modelo de atenção à saúde. (BATISTA, GOLÇANVEL, 2011; CAMPOS, 2007).

A segunda categoria na qual foram postuladas as percepções dos atores trata sobre **a visão sobre o currículo de formação do sanitaria graduado nos CGSC do Sul do Brasil**. Como eixo norteador, as falas direcionaram para acreditações pessoais sobre os módulos formativos dos cursos, sobre os desafios das práticas interdisciplinares e sobre o quadrilátero da formação profissional em saúde, realocando a necessidade de discussão de paradigmas do modelo disciplinar pedagógico e da superação do cartesianismo nas concepções sobre o currículo formativo. (CECCIM, 2004; TORRES, 2006).

Neste caminho, tentei realizar uma costura dialógica entre o que emerge dos PPCs e como os atores sociais vêem o trilha da formação dos sanitaristas. Não se tentou, no entanto, buscar um esgotamento das discussões. Isto porque as visões são mutáveis e se reconstroem de acordo com múltiplos fatores, sendo, portanto, necessário partir do pressuposto de que as análises comparativas necessitaram levar em consideração o contexto local dos municípios, das necessidades de saúde e das diferentes formas de entendimento do processo educacional no nível superior.

Considerando os movimentos históricos que levaram a institucionalização da saúde coletiva, faz-se necessário compreender as bases que sustentam este campo científico e de práticas sociais. Os conflitos de identidade e as lutas internas demonstram que o pulsar da saúde coletiva enquanto corrente ideológica tem encaminhado as discussões conceituais e metodológicas para um giro decolonial e um rompimento com as sedutoras teorias clássicas ocidentais. (NUNES, 1994; MINAYO, 1994). O desafio do conhecimento na atualidade nos exige mudanças em nossas posturas acadêmicas e nos faz refletir sobre como devemos superar, na América Latina e Caribe, a fragmentação do saber em saúde. (MINAYO, 1994).

No caso da América Latina e Caribe, um obstáculo à superação dos paradigmas capitalistas no âmbito do ensino é o aprisionamento dos Estados nacionais feito pelo ultraliberalismo econômico. Nesta acepção, um território dominado economicamente pelas potências centrais do ultraliberalismo causa grande influência, de maneira quase escalar e de grandes proporções, no ensino e na pesquisa acadêmica das universidades da periferia global. (COHN, 1995; GUADILLA, 2013).

Constituída inicialmente como campo científico contra-hegemônico às ordens capitalistas, a saúde coletiva busca romper estruturas e gerar novos paradigmas. (NUNES, 1994). No entanto, há de se reconhecer que a incorporação da mesma como prática social tem ocorrido na estrutura de mercado e de maneira que nos faz repensar os caminhos já trilhados. Sabe-se que já estavam postuladas, no início das construções das pós-graduações em SC, as concepções de inserção dos profissionais formados no âmbito privado. Se analisado por esta ótica, as graduações em SC também apresentam uma aderência ao mercado, principalmente como espaço de possibilidade de atuação dos profissionais formados.

Direcionando a discussão para o foco da pesquisa, as aberturas dos CGSC no Sul do Brasil ocorreram em momentos distintos, sendo da UFRGS a primeira turma de SC do Sul, no ano de 2009. Posteriormente houve a abertura do curso da UFPR em 2010 e por último a graduação da UNILA que iniciou em 2012. A média das cargas horárias da formação das três IES é de aproximadamente 3.466 horas, distribuídas entre disciplinas teóricas e práticas obrigatórias, além de disciplina

eletivas/optativas. O CGSC da UFRGS é ofertado no período noturno, o da UFPR no período matutino e o curso da UNILA em período integral.

Quadro 4 - Características institucionais dos CGSC do Sul do Brasil, 2015.

IES	Cidade/Estado	Turno	Modalidade	Carga Horária Total	Início do curso	Periodicidade
UFRGS	Porto Alegre/RS	Noturno	Presencial	3180 horas	01/03/2009	08 semestres
UNILA	Foz do Iguaçu/PR	Integral	Presencial	4020 horas	27/02/2012	08 semestres
UFPR	Matinhos/PR	Matutino	Presencial	3200 horas	27/07/2009	08 semestres

Fonte: Elaborado pelo autor através de consulta pública no portal do MEC. <<http://emec.mec.gov.br/emec>>. Acesso em: novembro de 2015.

Contextualizando a realidade dos territórios, segundo o IBGE o Estado do Rio Grande do Sul (RS) conta com uma população estimada em 2015 de aproximadamente 11.250.000 pessoas sendo que, dessas, cerca de 1.475.000 vivem na capital Porto Alegre. Já no Estado do Paraná (PR) a estimativa é que a população total esteja em 11.165.000, sendo que dessas 256.000 vivem em Foz do Iguaçu e 36.000 na cidade de Matinhos.

A emergência de se ter profissionais em SC nos municípios já vem sendo apontada em estudos acadêmicos recentes. No RS e no PR são 896 municípios. Necessitaria, se pensarmos em ao menos dois Sanitaristas por rede municipal de atenção à saúde, mais de 1.700 profissionais formados. Se ainda pensarmos nas

necessidades das secretarias estaduais de saúde e suas regiões de saúde, este número poderia chegar facilmente em 10.000 profissionais que os sistemas e serviços de saúde necessitam.

O setor público de saúde será o principal empregador destes futuros profissionais. Seja pela própria concepção conceitual de constituição da SCB ou pelas necessidades de saúde da população. No caso do Sul, no entanto, que é predominantemente um território marcado pelo forte impacto colonialista, se faz necessário também repensar necessidades específicas para além do serviço de saúde constituído em si. (GUADILLA, 2013; CECCIM, 2009). Do território emergem potências e conflitos e a prática social da saúde coletiva não deve perder sua principal característica de posição social neste mundo científico que se auto-afirma neutro e nas arestas das instituições que negligenciam as iniquidades sociais e econômicas.

Neste sentido e no ideário das discussões referentes à formação em saúde, *“[...] cabe à saúde coletiva propor outros modos de pensar a formação e a educação em saúde [...] contribuindo para que tomemos posse dos saberes e práticas que podem potencializar a mudança do quadro atual predominante [...] nos impulsionando para a construção de projetos de vida, de liberdade e felicidade, com viabilização dos sonhos pessoais e profissionais por saúde. (CECCIM, CARVALHO 2014, p. 138). CECCIM E CARVALHO (2014) ainda afirmam que “não somos formados para mudar, somos educados para conservar, manter, estabilizar, assentar [...] Qualquer possibilidade de modificar padrões e modelos causa desconforto, medo e resistência”. (CECCIM, CARVALHO, 2014, p. 166).*

É justamente esta perspectiva conservante de ordens que tem impulsionado as principais discussões referentes ao processo de formação de profissionais para a saúde. Com o sistema de saúde vigente que tem em seu núcleo práticas institucionalizantes, hospitalocêntricas e médico-centradas, a formação em SC na graduação deve se antecipar no âmbito de sua própria reconstrução em si mesma e possibilitar que as turbulências fluam e conduzam o processo em relações mais que dialógicas: é necessário incorporar a decolonialidade, o afeto, a escutatória e a construção coletiva no prisma das mudanças. Os CGSC também estão sujeitos às interferências e pressões e deve-se atentar para onde estamos caminhando.

5.1. SEMELHANÇAS: o perfil do egresso e o trans-ver sobre a emergência dos CGSC

*“ Há flores cobrindo o telhado
Embaixo do meu travesseiro
Há flores por todos os lados
Há flores em tudo o que eu vejo.”*

Flores – Titãs

Nesta profundidade da análise, apresenta-se a discussão conceitual e teórica da primeira categoria que emergiu das falas dos atores sociais entrevistados. As distâncias entre o que dizem as teorizações da SCB com a realidade do estado arte da formação em SC na graduação tem atraído poucos estudiosos na atualidade. Compreende-se que o movimento da SC nas outras formações em saúde requer esforços, entretanto, para além de regar as plantas dos jardins das formações em saúde, faz-se necessário colocar as mãos na terra e cuidar também das sementes que, neste caso, representam os CGSC.

Através da compreensão da estrutura pedagógica, podemos afirmar que os PPCs das graduações em saúde coletiva do Sul do Brasil são singulares e trazem, sobretudo, um conjunto de problemas do território local e as necessidades regionais dos serviços e sistemas de saúde. Nessa perspectiva, destaca-se o perfil do egresso destes cursos.

Na ótica do PPC, o egresso do curso da UFRGS:

“[...] tem competência para avaliar, organizar, dirigir e implementar atividades referentes à formulação e execução de processos institucionais no campo do planejamento, gestão e avaliação em saúde nas organizações públicas e privadas, governamentais e não governamentais, bem como participar de ações de promoção, vigilância e educação da saúde, tendo em vista a saúde coletiva, com capacidade de adequação às **complexidades locais e regionais** (no âmbito do Sistema Único de Saúde e intersetorialmente), e às mudanças que ocorrem continuamente. O profissional formado em Saúde Coletiva atende às funções de

analista no amplo setor de saúde (sanitarista), por isso o nome proposto ao curso de graduação abrange políticas (da concepção à avaliação e meta-avaliação) e sistemas (ações, serviços e modelo assistencial). O profissional, sanitaria, é pensado no âmbito da condução e regulação, onde se inclui “planejamento, gestão e avaliação em saúde” e que atua também com as ações coletivas de proteção à saúde: “educação, promoção e vigilância em saúde”, além das ações sociais de participação popular e conteúdo social em saúde.” (Projeto Pedagógico de Curso, UFRGS. 2015, grifo meu).

Quanto ao bacharel em SC egresso da UNILA, o PPC define que:

“[...] terá uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Será qualificado para o exercício de atividades do campo da Saúde Coletiva relativas à análise e à intervenção em políticas e sistemas de saúde, pesquisa em serviço, no âmbito público e privado. Este profissional será capaz de **problematizar as situações de saúde em nível local, regional, nacional e internacional**, em todos os níveis de gestão e atenção à saúde; atuando em promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida humana, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural, política e econômica do seu meio, com base no rigor científico e intelectual, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade”. (Projeto Pedagógico de Curso, UNILA, 2015, pág 22, grifo meu).

Já o PPC da UFPR – Setor Litoral define que o bacharel em SC formado naquela instituição:

“[...] deve ser um profissional com visão cultural ampla, com vistas à alteridade; competente no relacionamento interpessoal; flexível; hábil na comunicação oral e escrita, motivado para situações de adversidades e contrariedades; de formação generalista, crítica, reflexiva e humanista, atuante de forma criativa e interdisciplinar nos níveis de atenção à saúde. É preparado para liderança; para compreensão de sistemas complexos; para, em equipe, formular, implantar, organizar, monitorar e avaliar políticas, planos, programas, projetos e serviços no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apresenta postura ética fundamentada em valores como felicidade, cooperação, honestidade, respeito, humildade e tolerância. Comprometido politicamente com a valorização e a defesa da vida, a preservação do ambiente e a cidadania no atendimento às situações de saúde. (Projeto Pedagógico de Curso, UFPR – Litoral, 2015, pág 20).

É possível perceber temas de responsabilidade sociocultural em saúde no devir dos Sanitaristas formados nas três instituições. A formação orientada para práticas profissionais que sigam em contramão ao modelo assistencial médico-privatista postulado hoje na saúde coletiva brasileira sugere uma reflexão a cerca do rol progressista na reorientação das práticas destes profissionais. (PAIM, 2008). Este rol progressista de orientação da formação dialoga com as principais necessidades da SCB hoje no que tange as perspectivas de busca da integralidade da formação profissional em saúde. É de conhecimento amplo que o ensino na saúde e em saúde hoje ainda permeia uma fragmentação na visão dos corpos e das ações da SC.

Os conhecimentos advindos do núcleo de saber do planejamento, avaliação e regulação em saúde se faz presente nos cursos. Ainda, há grandes espaços para a produção de criatividade e curiosidade no caminhar do processo pedagógico do estudante. Esta caracterização disposta nos PPCs aloca uma discussão da idéia de integração e interação dos saberes nestas graduações, tanto no âmbito da atenção à saúde quanto no âmbito de educação em saúde e na gestão em saúde. É de fundamental importância, ainda, reconhecer que o perfil do egresso destes cursos não enfatiza uma ou outra habilidade, mas sim se configura e tem uma um caráter social e de base científica que serve de alicerce nas pontes transversais que balizam as características deste profissional.

A atuação organizada em múltiplas possibilidades de espaços das práticas sociais da SCB evidencia ainda que este profissional terá um perfil muito diferente das demais profissões da área da saúde de hoje. Por não ser um curso assistencial – neste caso clínico – a interação dos saberes e a interação conceitual e metodológica dos domínios de estudos da SC possibilita visualizar e materializar um ganho para todo o sistema de saúde. (SANTOS, 2014). É no trabalho

multiprofissional em saúde, que ainda hoje se direciona para um biologismo, que a potência deste egresso também pode encontrar espaço para as modificações dos dinamismos estruturais e engessados da gestão do trabalho e da educação na saúde. (SANTOS, 2014; PAIM e PINTO, 2013).

Os autores Ceccim e Carvalho (2014) discorrem sobre a formação e educação em saúde nas perspectivas de contribuição dos aprendizados da saúde coletiva. Segundo eles, *“para a saúde coletiva, uma formação profissional em saúde não será adequada se não trabalhar pela implicação dos estudantes com seu objeto de trabalho”* e afirmam que deve haver uma interação entre trabalho e educação já durante a formação, que direcionem as ações para *“[...] práticas cuidadoras, práticas de afirmação da vida e práticas de participação e solidariedade que tenham projetos de democracia, cidadania e direitos sociais”* (CECCIM; CARVALHO, 2014, p. 143).

Nesta acepção da educação e do trabalho em SC, os autores Paim e Pinto (2013) afirmam que *“o trabalho em SC apresenta dimensões técnica, econômica, política e ideológica quando os valores de solidariedade, igualdade, justiça e democracia são centrais”* e pontuam que, com esse conjunto de dimensões, é possível realizar uma ruptura com *sanitarismo institucional* tradicionalmente ligado à saúde pública brasileira. Nesse sentido, as visões dos sujeitos participantes desta pesquisa sobre o sanitarista graduado e a necessária antecipação desta formação imbricam polissemias, mas também encontram:

“[...] vejo a formação básica, a graduação, importante. Para ela formar o profissional, **porque é diferente** você pegar um médico e ensina-lo a fazer saúde pública e coletiva do que tu pegar um jovem que não tem bagagem e ensina-lo a fazer um outro tipo de saúde. Você realmente forma um novo profissional[.]” (Azaléia - entrevista).

A percepção de Azaléia evidencia que existem *vícios* nas formações tradicionais de saúde e que estas ainda permeiam uma concepção desigual do conflito entre produção de saúde no *mundo da vida* e na prática profissional no âmbito da formação acadêmica. Segundo Ceccim e Carvalho (2014), *“é freqüente nos cursos de formação em saúde que as disciplinas biológicas sejam as primeiras*

dos currículos – e isso tem um significado com duras conseqüências na formação”. Segundo eles, é no estudo da fisiologia e anatomia que há um microespaço de deformação acadêmica: *“não temos referência a respeito daquele corpo para além de sua dimensão física [...] lidamos, estudamos e tocamos o corpo morto [...] muitos dos cursos passam a maior parte do tempo apresentando, lidando e formando com um olhar voltado para o corpo morto em detrimento de sua dinâmica, seus estados e seus afetos.* (CECCIM; CARVALHO, 2014, p. 159).

Sobre a emergência da SC no âmbito da formação graduada, Liliana Santos, em sua tese de doutorado do Instituto de Saúde Coletiva da Bahia, aponta considerações importantes para refletirmos:

“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.” (SANTOS, 2014, p.84-85)

Outros argumentos que se pode encontrar com facilidade na literatura científica é a necessidade de antecipar a formação. Neste sentido e relacionando com as narrativas dos atores sociais entrevistados na pesquisa, há um discurso coletivo sobre o tempo de espera para a formação do profissional Sanitarista e quanto ao aprofundamento científico nas questões da SCB que as graduações proporcionam, conforme evidenciam as visões de Tulipa, Narciso e Antúrio:

“Antes se formavam os sanitaristas em dois momentos ou em três momentos: lá na especialização, no mestrado e no doutorado. **Demorava muito tempo e isto é custo.** Então porque demorar tanto se podemos de primeira formação ter um Sanitarista preenchendo já a necessidade.” (Tulipa – entrevista, grifo meu).

“A graduação em Saúde Coletiva tem todo um conjunto de disciplinas e conteúdos e uma **diversidade de saberes** dentro destas disciplinas **que muitas vezes não se consegue abordar na pós-graduação, mesmo no mestrado e no doutorado em saúde coletiva**. Eu vejo que é um progresso. Forma-se um profissional que pode ter uma grande importância para a consolidação do Sistema Único de Saúde”. (Narciso – entrevista, grifo meu).

“Se nós ficarmos esperando somente os pós-graduados, irá ser muito demorado o processo de consolidação do SUS. O graduado também faz um trabalho de base, simples muitas vezes. **Há também a possibilidade de se fazer uma discussão mais aprofundada de questões fundamentais da saúde coletiva**. Eu acho uma grande vantagem para o SUS e estamos abrindo e construindo um campo novo de trabalho e que tem trabalho e possibilidade de inserção na saúde pública”]. (Antúrio – entrevista, grifo meu).

A visão de Tulipa declara que o custo-efetividade para a manutenção de uma formação em SC no ensino da pós graduação é mais alto que formar Sanitaristas no terceiro nível. A visão de Narciso liga-se à de Tulipa e aponta que as formações na pós-graduação possuem limites no que tange a abordagem da SCB. Nesta perspectiva, deve-se considerar um conflito existente sobre as pós-graduações em SC, no qual talvez estas formações não tenham respondido os resultados pretendidos, deixando, dessa maneira, lacunas em aberto no sistema de saúde.

Ainda nesta acepção, a percepção de Antúrio reflete que os CGSC trazem um aprofundamento de temas centrais e transversais da saúde coletiva. As três visões se encontram quando elucidam e direcionam que o Bacharel em SC apresenta-se como *necessidade* dos sistemas de saúde. As visões de Narciso e Antúrio possuem semelhanças ao pontuarem o processo de consolidação do SUS como sistema universal, integral e de qualidade e que os Sanitaristas formados nestas graduações devem ser agentes relevantes no *caminhar* do movimento da RS e de consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

A emergência dos CGSC também encontra argumentos na necessidade de se rever as práticas profissionais em saúde, que hoje, dispostas de forma individual, dificultam a transformação e a invenção do produzir saúde. Ceccim e Carvalho contextualizam esta afirmação:

A saúde coletiva critica e questiona a ordem vigente nos sistemas e serviços de saúde, interrogando pela sua correspondência às necessidades de saúde da população, essa é a mesma interrogação a ser lançada sobre a relevância da formação das novas gerações de profissionais de saúde. Nosso país precisa de profissionais com capacidade de gerir sistemas e serviços de saúde, não porque se especializam em administração, mas porque dominam o seu campo de trabalho ao final da graduação; profissionais com capacidade de escuta ampliada no que se refere aos problemas de saúde, não porque se especializam em planejamento, mas porque sabem o que é um projeto terapêutico singular. (CECCIM; CARVALHO, 2014, p. 165-166).

Os CGSC pesquisados problematizam a especialização em SC em sua concepção e demonstram que não possuem características especializantes nos núcleos de saber, mas buscam um diálogo e interação entre a vigilância em saúde, gestão em saúde, atenção e educação em saúde na perspectiva de comunicação e complementação dos saberes dispostos no transcorrer da formação. Trata-se, neste sentido, de uma graduação de saúde complexa que neste momento tem assumido, mesmo que timidamente, a centralidade do debate das formações em saúde.

Dessa maneira, afirma-se que existe um diálogo postulante de semelhanças entre o que emerge da concepção dos PPCs e o que emerge das percepções dos atores sociais entrevistados. Este diálogo, subjetivo e objetivo ao mesmo tempo, traz significações importantes para trans-vermos a totalidade do processo, sendo a emergência deste profissional como necessidade para o setor saúde e seus campos de aderência a discussão central que transborda as percepções similares dos encontros no âmbito da formação em SC graduada.

5.2. A reforma sanitária e a identidade do Bacharel em Saúde Coletiva

A reforma sanitária surge no Brasil num momento de crises sociais e econômicas, estando o sistema de saúde e o sistema político ligado a uma cidadania “regulada”. Por volta da década de 70, durante a ditadura militar, movimentos sociais, trabalhadores da saúde e pesquisadores das universidades iniciaram um *movimento* que consistia principalmente na necessidade de modificação da estrutura do sistema de saúde.

Houve uma importância fundamental de Sanitaristas neste processo que, também compreendendo a saúde como fenômeno social, contribuíram no debate e participaram nas deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) na década de 80. Desde então, o direito à saúde pode ser compreendido como direito de cidadania, onde o Estado é responsável por, além de ofertar serviços de saúde, promover políticas sociais que contribuam com a produção de saúde de forma individual e coletiva. (BRASIL, 2009).

Nesta acepção, a visão de Tulipa contextualiza as raízes dos CGSC e problematiza a construção e busca da identidade profissional do Bacharel em SC:

Eu vejo que está havendo esse processo, esse desejo e essa tendência, mas não existe identidade ainda ainda. Tanto que os cursos começaram com varias nomenclaturas e alguns eram nitidamente um curso de desenvolvimento ambiental voltado para a questão do ambiente e saneamento, outros na área das ciências sociais, outros em educação e promoção da saúde e outros bem quantitativos e bem epidemiológicos. **Os sanitaristas brasileiros lutam por essa identidade profissional, até mesmo a partir da reforma sanitária.** E a proposta do curso de saúde coletiva tem origem desde a oitava conferência nacional de saúde. A própria constituição apontou para um novo modelo de atenção à saúde, não tão medico centrado, não medicalizado, não hospitalocêntrico. Será que as universidades entenderam? As universidades entenderam. Mas os ministérios não entenderam e não colocaram em prática. Será uma luta. (Tulipa – entrevista, grifo meu).

A relação plural entre ensino e o que se pretende com os CGSC na concepção das universidades é evidenciada na visão da Rosa Amarela e Narciso:

Estamos sendo formados para o SUS. Nosso lugar é dentro do SUS, mas todos os cursos são diferentes. Trata-se da relação das universidades e cada uma tem um estilo de ensino diferenciado. (Rosa Amarela – entrevista).

Eu acredito que existam algumas **similaridades** e algumas **diferenças** nas identidades profissionais, que são focadas principalmente no perfil que a universidade quer formar [...] A questão da reforma sanitária eu penso que o currículo contempla toda a questão de construção histórica do sistema único de saúde e sua consolidação. Não apenas do ponto de vista filosófico, mas também do ponto de vista prático. (Narciso – entrevista, grifo meu).

Ainda neste contexto, é necessário refletir sobre a construção da identidade profissional do Bacharel em SC no atual cenário de contradição política e social. Tal processo não está apenas sendo construído no Sul do Brasil, mas em todo o território nacional. PAIM e PINTO (2013) debatem este processo e afirmam que a consolidação de uma identidade profissional *“não se trata de uma evolução tranquila e linear, mas de um processo incerto, descontínuo, contraditório e dialético no qual os sujeitos são potencialmente capazes de incidirem sobre estruturas consolidadas”*.

A identidade do sanitário no Brasil é atravessada por inúmeras divisões e diferenças – sejam marcadas por fatores internos ou externos –, e também não está livre de contradições internas e de diferenças sobrepostas. (SILVA E PINTO, 2014, p. 165). Considerando que o graduado em SC ainda não é reconhecido como profissional de saúde – movimento este em curso – Antúrio afirma que esta construção de identidade está atrelada a um cenário de absorção destes profissionais no sistema de saúde e que o controle social tem papel fundamental no processo legitimador:

Isso é uma construção. Esse novo profissional precisa passar por uma fase de inserção de fato. **Temos de lutar para que o conselho nacional de saúde insira o sanitário graduado como mais um**

profissional de saúde. Tem o mote de gestão, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de vigilância ambiental e na investigação. Isso é uma construção. (Antúrio – entrevista, grifo meu).

Silva e Pinto (2014) afirmam que *“a SC é o espaço no qual muitos atores vivem suas identidades profissionais. É também o lugar em que os agentes vivem as representações das práticas e do fazer que produzem determinadas identidades”*. Nesta perspectiva, devemos, enquanto Sanitaristas graduados e atores dos CGSC, estar atentos a este debate. Os CGSC não passaram a ser “os detentores” do processo formativo na SCB e deve-se reconhecer a importância fundamental de outros profissionais na atuação em SC. A individualidade bem definida de atuação, uma das principais bases que atribui uma identidade profissional, no caso da SC, parece ser insuficiente para a análise deste cenário.

Existe hoje uma polifonia de identidades de Sanitaristas pós-graduados, tanto nos serviços de saúde quanto das universidades, podendo-se encontrar, sem dificuldades, dentistas sanitaristas, enfermeiros sanitaristas, médicos sanitaristas, arquitetos sanitaristas, engenheiros sanitaristas, biólogos sanitaristas, etc. Tal qual, esta diversidade evidencia a riqueza multiprofissional que constitui hoje a SCB. E neste momento em que a SCB também conta com uma graduação, alerta-se que as pós-graduações possivelmente irão passar por reformulações.

Conquanto, pontua-se que existem diferenças entre o fazer SC de Sanitaristas graduados e pós-graduados, expressas, principalmente, pelas especializações em áreas de pesquisa, campos de domínio e linhas de estudo do ensino dos mestrados e doutorados. Os PPCs dos CGSC do Sul do Brasil evidenciam uma identidade generalista ao Sanitarista graduado e, nesta profundidade da reflexão, pode-se considerar também que a modelagem de identidade profissional é influenciada pelo desenvolvimento de competências e habilidades durante o processo formativo. Nos quadros a seguir, elaborados de acordo com informações dos PPCs dos cursos, apresenta-se as possibilidades de atuação dos Bacharéis em SC.

Quadro 5 - Habilidades e competências do egresso do CGSC da UNILA.

I – Identificar e categorizar problemas da realidade em saúde com enfoque biológico, social, cultural e político, analisando-os e validando-os com informação confiável, apropriando-se das ferramentas da vigilância ambiental/epidemiológica/sanitária no alcance da solução de problemas de saúde pública com juízo crítico e atitude ética;

II – Desenhar, programar e avaliar ações e projetos de educação e promoção da saúde com abordagens socioculturais para identificar demandas de saúde respeitando as diferenças étnicas, culturais, sociais e de gênero, utilizando as múltiplas ferramentas da comunicação social, oral ou escrita;

III – Realizar a gestão social intercultural dos programas de saúde coletiva com base na legislação, políticas, estratégias em saúde para alcançar o desenvolvimento integral das comunidades, atuando com ética profissional e respeito à diversidade cultural dos povos;

IV – Aplicar os conceitos e modelos de gestão nos serviços de saúde em instituições governamentais e da sociedade civil;

V – Analisar e aplicar o marco regulador dos serviços de saúde coletiva nos níveis municipais, estaduais/provinciais ou nacionais, atuando em conformidade com os princípios da equidade, da ética profissional e do compromisso social;

VI – Avaliar o acesso aos serviços de saúde com base nos sistemas de informação em saúde, nas análises geográficas, socioculturais e econômicas para realizar a gestão, organização e funcionamento de sistemas de saúde em cenário social dos mesmos;

VII – Identificar e selecionar os meios tecnológicos e as bases de informações científicas mais apropriados para facilitar a comunicação social e a investigação por meio de programas de computação e ferramentas virtuais, atuando de acordo com os valores da honestidade e do respeito para com os seus interlocutores;

VIII – Planejar, implementar e avaliar programas educativos para o processo de

formação e educação permanente de profissionais em instituições de saúde, fazendo uso da intersetorialidade e da interdisciplinaridade;

IX – Identificar e analisar os fatores ambientais como determinantes do processo saúde-doença para coordenar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças/danos e de intervenção em situações de risco e/ou vulnerabilidade, atuando coletivamente e com responsabilidade;

X – Identificar e atuar em diferentes sistemas de saúde e de proteção social, públicos ou privados, com base no conhecimento de origem dos povos e das diretrizes dos sistemas de saúde;

XI – Organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde, identificando seus fluxos, interdisciplinaridade e intersetorialidade e observando o impacto da organização sobre a saúde do trabalhador;

XII – Realizar atividades de auditoria, assessoria e consultoria no campo da saúde coletiva.

Fonte: Elaborado pelo autor através de consulta ao PPC do curso de Saúde Coletiva da UNILA, 2015.

Quadro 6 - Habilidades e competências específicas do egresso do CGSC da UFRGS.

- I – atuar profissionalmente, compreendendo a saúde coletiva em suas dimensões e expressões e suas áreas de domínio no conhecimento específico de saúde, orientando-se pela subárea da Saúde Pública;
- II – compreender o setor da saúde no contexto das políticas e das práticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológico, demográfico e cultural das populações;
- III – estabelecer relações de análise e implicação ética com o controle social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;
- IV – reconhecer a saúde como direito a condições dignas de vida e atuar de forma a garantir acesso às ações e serviços de saúde, integralidade da atenção e resolutividade das práticas de proteção da saúde;
- V – ser capaz de analisar situações de saúde; organizar, dirigir e implementar atividades referentes à formulação e execução de políticas institucionais de planejamento, gestão e avaliação em saúde e políticas protetoras de promoção, vigilância e educação da saúde;
- VI – atuar nos diferentes cenários de prática do planejamento, gestão e avaliação e de promoção, vigilância e educação da saúde, considerando os pressupostos da abordagem em saúde coletiva;
- VII – identificar necessidades em saúde, seus determinantes e condicionamentos, segundo os padrões epidemiológicos, demográficos, culturais e socioeconômicos;
- VIII – implementar atividades de planejamento, gestão e avaliação de ações, programas, serviços, sistemas e redes de saúde;
- IX – implementar atividades de planejamento financeiro; elaboração e execução orçamentária; controle da situação financeira e patrimonial; controle contábil-

financeiro; liberação de recursos; análise e aprovação de prestações de contas;

X – implementar atividades de gestão do trabalho e do desenvolvimento de trabalhadores da saúde;

XI – implementar atividades de gestão de materiais, de recursos informatizados e do processo produtivo;

XII – implementar atividades de organização e realização de licitações;

XIII – implementar atividades de realização de pesquisas de mercado e de impacto à saúde;

XIV – implementar atividades de apoio no desenvolvimento mercadológico de novos programas e de resposta às necessidades em saúde;

XV – implementar atividades de divulgação e promoção dos programas e atividades dos sistemas e serviços de saúde;

XVI – participar da composição das estruturas-meio, consultivas e deliberativas do sistema de saúde e das estruturas-fim de atenção à saúde segundo a subárea de conhecimento da Saúde Pública;

XVII – assessorar órgãos, empresas e instituições em planejamento de saúde;

XVIII – conhecer os princípios de metodologia científica na subárea da Saúde Pública, possibilitando-lhe a leitura crítica da informação técnico-científica e a participação na produção de conhecimento;

XIX – desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;

XX – lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas

de saúde;

XXI – interferir na dinâmica do trabalho institucional, reconhecendo-se como agente crítico e ativo deste processo;

XXII – assumir compromisso ético, político e social com o trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde;

XXIII – implementar atividades de comunicação interna e externa que viabilizem o direito à informação às pessoas, organizações e movimentos populares sobre a saúde individual e coletiva, bem como viabilizarem a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;

XXIV - interferir na pesquisa, desenvolvimento e tecnologia em defesa do compromisso da ciência, tecnologia e inovação com o direito à saúde e qualidade de vida;

XXV - implementar atividade de saúde ambiental dando consequência ao desenvolvimento da interface saúde e ambiente, saúde e moradia, saúde e trabalho e saúde e desenvolvimento local;

XXVI – executar demais atividades definidas em normas dos sistemas e serviços de saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor através de consulta ao PPC do curso de Saúde Coletiva da UFRGS, 2015.

Quadro 7 - Habilidades e competências do egresso do CGSC da UFPR.

- I – Fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos no campo da saúde;
- II – Fomentar a concepção ampliada e positiva de saúde nas instituições públicas e privadas;
- III – Fomentar mudanças das relações nas práticas de produção do cuidado (humanização);
- IV – Formular estratégias de intervenção nos diferentes modelos de atenção à saúde valorizando a intersectorialidade e a interdisciplinaridade;
- V – Fomentar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;
- VI – Atuar em equipes multiprofissionais e mediar, sempre que possível, conflitos relacionados ao campo da saúde coletiva;
- VII – Promover a integração efetiva das instituições relacionadas a área da saúde públicas e privadas, organizações não governamentais, comunidade e universidade;
- VIII – Atuar na análise dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença;
- IX – Fomentar a qualificação da gestão pública do SUS, buscando respostas com maior eficácia, eficiência e efetividade;
- X – Atuar na formulação, administração, gestão, planejamento, avaliação, controle e auditoria dos sistemas e serviços de saúde;
- XI – Atuar na formulação de políticas e execução de ações de vigilância em saúde;
- XII – Atuar na formação e capacitação de recursos humanos na área da saúde;

XIII – Atuar de maneira pautada em valores e princípios éticos.

Fonte: Elaborado pelo autor através de consulta ao PPC do curso de Saúde Coletiva da UFPR, 2015.

Com a análise dos três quadros anteriores, percebe-se atributos como “multi-profissionalidade, interprofissionalidade, interdisciplinariedade, intersetorialidade” na práxis identitárias dos bacharéis em SC. Há um direcionamento generalista de atuação, onde a identidade em si tem base na constituição de um profissional multifuncional e polivalente que também constrói e reconstrói sua identidade de acordo com a individualidade, a organização e o coletivo no qual estará inserido. (BENITO, 2012, p.176)

Contudo, o atributo da criticidade ao mercado de trabalho parece ser uma alocação chave para distinção entre um profissional generalista e gerencialista. Pelo exposto, as intencionalidades não partem do princípio de formar um profissional de saúde apenas técnico – seja em gestão, epidemiologia ou ciência e tecnologia – mas um profissional capaz de extrapolar as próprias configurações que alocam a identidade profissional em conflito com o trabalho flexível. Conflitante a isso, nos quadros há diversas citações referenciando o âmbito privado como campo de atuação do Sanitarista graduado. Um questionamento importante para essa pontuação seria se este referenciamento é uma herança das pós-graduações em SC ou seriam exigências mercadológicas imbricadas e pressionadas no processo formativo, como ocorre tradicionalmente nos cursos da área da saúde. (SANTOS, 2014; CECCIM, 2004; PAIM, 2008).

A participação política dos graduandos e egressos de SC dentro das instituições do controle social, das instituições de saúde, das instituições de ensino, plenárias e fóruns demonstram que esta questão pode ser apenas uma falsa profecia. Há um evidente discurso coletivo em defesa do SUS público, capaz de entender as diversas complexidades postuladas. Especialmente discursos advindos do movimento estudantil em SC, que também tem compreendido de maneira ampla o processo de flexibilização dos modelos de gestão.

Apesar de estar evidente a escolha política pelos PPC's na polissemia entre o âmbito público e privado (neste ultimo caso as Organizações não governamentais, Fundações e Organizações sociais), os graduandos e egressos afirmam que vieram para questionar estruturas, conforme evidencia uma publicação feita pela CONESC em 2013:

Não é fácil construir processos coletivos, participativos e democráticos. **Nossa emergência no cenário nacional coloca em novos termos a construção da identidade do Sanitarista.** A formação, a carreira, a profissão, os rumos desse novo profissional estão sendo construídos por todos nós, antigos e novos sanitарistas, no presente momento. A discussão está sendo feita de forma nacional buscando-se, entretanto, compreender a peculiaridade de cada estado e/ou região. **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 sanitарista de graduação pretende contribuir para dar novos rumos à história da Saúde Coletiva brasileira. (BEZERRA et al, 2013, p. 61, grifo meu).

É necessário reconhecer o papel importante do protagonismo discente e de egressos que tem construído um movimento de soma à RSB. Parece ser sensata a afirmação de que a construção da identidade deste profissional está imbricada de forma inerente aos ideários da RSB e, dessa maneira, os discursos que anunciam uma identidade de “sanitaristas de terceira via” aos Sanitaristas graduados parecem intencionais, principalmente pelo desconhecer *in loco* das movimentações sociais e políticas dos atores sociais deste processo.

5.3. Os currículos em questão: os eixos e o desafio da prática interdisciplinar

A complexidade da atenção à saúde impõe considerar o trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar na busca de soluções compartilhadas para a integralidade da assistência em saúde, e com o propósito de superar as fronteiras disciplinares. (LOURENÇÃO; BENITO, 2009, p.95). Assim, conhecer e compreender como estão estruturadas as matrizes curriculares dos CGSC do Sul do Brasil se faz importante para contribuir com a análise do processo formativo do Bacharel em SC. Alerta-se para a quase inexistência de estudos científicos que examinem os currículos no ensino da graduação em SC e poucos são os estudos que trabalham com a questão curricular na pós-graduação em SC. Neste aspecto, entende-se que abordar a questão curricular é adentrar um dos aspectos mais destacados do campo da educação, independente dos níveis em que ocorra o processo pedagógico. (NUNES, 2010, p. 1936).

Historicamente, a formação de profissionais de saúde foi construída sobre a fragmentação e especialização do conhecimento. Em paralelo, a tendência dos currículos rígidos e um privilégio no estudo das tecnologias duras (de procedimentos mecanicistas, de equipamentos e de utilização de maquinário) também caracterizam os postulados curriculares na grande área das ciências da saúde. Segundo Albuquerque et al (2009, p.264) “... a maior parte dos currículos dos cursos de graduação na área da saúde se organiza, ainda hoje, em uma estrutura disciplinar, na qual os ciclos básicos e profissionais são completamente separados”. Ainda complementam e afirmam que “... as disciplinas são fragmentadas e estanques e, geralmente, incapazes de aproveitar as referências correlatas entre algumas delas”.

O conhecimento disciplinar, disposto em ilhas do saber que não possuem comunicatividade, atrelados ainda em relações de poder hierárquicas entre campos científicos, molda uma das principais características das graduações na área da saúde hoje: com foco no processo patológico, reducionista de complexidades e minimizador da amplitude da atenção à saúde.

Almeida Filho (2005) aprofunda uma análise sobre o paradigma pós-disciplinar na saúde. Para ele a transdisciplinariedade e o paradigma da complexidade contribuem para uma superação do cartesianismo científico:

Cada vez mais o processo de produção do conhecimento científico será social, político-institucional, matricial, amplificado. Nesse cenário, a produção competente da ciência viabilizará abordagens totalizantes, apesar de parciais e provisórias, sínteses transdisciplinares dos objetos da complexidade [...] Dessa maneira, fará mais sentido assinalar o caráter instrumental da transdisciplinaridade como prática de transformação da “ciência normal” em ciência “revolucionária”, para respeitar a terminologia kuhniana, **na emergência de novos paradigmas no campo científico e de novas estratégias de ação no campo da prática social**. Será que dessa maneira seremos obrigados a superar o paradigma das disciplinas? Isto implicará a emergência de uma ciência pós-disciplinar? (ALMEIDA FILHO, 2005, p.47, grifo meu)

Albuquerque et al (2009) alertam que *“a proposta inter/transdisciplinar não significa negar cegamente as disciplinas, nem ser contrário às especializações.”* E afirma que a centralidade propositiva é *“transmutar o especialista fechado na especialidade, transformá-lo num construtor de pontes, consciente da dinâmica do ‘todo’ e das ‘partes’, que seja capaz, além de fracionar, de vincular e de restaurar”* (ALBUQUERQUE et al, 2009, p.266).

Adentrando nas modelagens pedagógicas dos currículos dos CGSC do Sul do Brasil, identificam-se duas ou mais propostas mescladas e dialógicas. Uma delas, postulada nos CGSC da UNILA e da UFRGS, é realizar a formação profissional do estudante através de eixos formativos. Entretanto, há diferenças singulares entre as mesmas, principalmente no que tange o fluxo e concepção do processo formativo. Na UFRGS, por exemplo, há dois grandes eixos formativos que são organizados transversalmente em Unidades de Produção Pedagógicas (UPPs). Na UNILA, existem onze eixos parcialmente equilibrados entre si na distribuição da carga horária.

Noutra, postulada no CGSC da UFPR, aposta-se no método de educação emancipatória, caracterizada principalmente por áreas integradas nas quais há três momentos no decorrer da formação: conhecer e compreender; compreender e propor e por último propor e agir, na qual há transversalidade entre saber conhecer, saber ser, saber fazer e saber viver.

Nos quadros apresentados a seguir, pode-se visualizar melhor como estão estruturados os componentes curriculares do processo formativo dos três CGSC. Atenta-se que tal análise e construção foi baseada nos PPC's disponibilizados de forma online, sendo desconhecido, portanto, reformulações feitas e não publicizadas.

Quadro 8 - Eixos formativos com carga horária do CGSC da UNILA.

Eixo Formativo	Créditos/Carga Horária Total
Ciências da Vida	16/240 horas
Ciências Humanas e Sociais	42/630 horas
Epidemiologia, Bioestatística e Sistemas de Informação em Saúde	38/570 horas
Políticas Públicas, Planejamento e Gestão em Saúde	34/510 horas
Práticas Interdisciplinares	24/360 horas
Estágio Supervisionado Curricular	30/450 horas
Ciclo Comum	30/450 horas
Iniciação Científica/TCC	08/120 horas
Atividades Acadêmicas Complementares	12/180 horas
Disciplinas Optativas	04/60 horas *mínimo
Disciplinas Livres	04/60 horas *mínimo

Fonte: elaborado pelo autor através do PPCSC da UNILA

Quadro 9 - Eixos formativos e Unidades de Produção Pedagógica com carga horária do CGSC da UFRGS.

Eixos e UPPs	Crédito/Carga Horária
Eixo I: Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde	
Eixo II: Promoção, Vigilância em Saúde e Educação em Saúde	
Unidade de Produção Pedagógica: Políticas Públicas e Sistemas de Saúde	16/255 horas
Unidade de Produção Pedagógica: Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde	22/330 horas
Unidade de Produção Pedagógica: Saúde, Sociedade e Humanidades	09/125 horas
Unidade de Produção Pedagógica: Análise da Situação de Saúde e Vigilância	22/330 horas
Unidade de Produção Pedagógica: Pesquisa em Saúde e Bioestatística	21/360 horas
Unidade de Produção Pedagógica: Promoção e Educação da Saúde	17/285 horas
Unidade de Produção Pedagógica: Tópicos Integradores em Saúde Coletiva	30/450 horas
Unidade de Produção Pedagógica: Tutoria	06/ 90 horas
Estágio Curricular APS I e II: 600 horas Trabalho de Conclusão de Curso APS: 30 horas Créditos Obrigatórios: 158 Créditos Complementares: 12	

Fonte: elaborado pelo autor através do PPCSC da UFRGS

Quadro 10 - Módulos formativos e áreas integradas em Saúde do CGSC da UFPR - Setor Litoral.

Áreas Integradas em Saúde e projetos modulares	Carga horária
<i>Fase I – Conhecer e Compreender: duração de 02 semestres.</i>	800 horas
Complexidade e Interdisciplinariedade I e II	80 horas
Conceitos e Paradigmas em Saúde Coletiva I e II	80 horas
Tópicos Especiais em Saúde Coletiva I e II	80 horas
Ciências Sociais e Humanas I e II	80 horas
Políticas Públicas I e II	80 horas
Gestão, Administração e Planejamento I e II	80 horas
Interações Culturais e Humanísticas I e II	160 horas
Projetos de Aprendizagem I e II	160 horas
<i>Fase II – Compreender e Propor: duração de 04 semestres</i>	1.600 horas
Complexidade e Interdisciplinariedade III, IV, V e VI	160 horas
Conceitos e Paradigmas em Saúde Coletiva III, IV, V e VI	160 horas
Tópicos Especiais em Saúde Coletiva III, IV, V e VI	160 horas
Ciências Sociais e Humanas III, IV, V e VI	160 horas
Políticas Públicas III, IV, V e VI	160 horas
Gestão, Administração e Planejamento III, IV, V e VI	160 horas

Interações Culturais e Humanísticas III, IV, V e VI	320 horas
Projetos de Aprendizagem III, IV, V e VI	320 horas
<i>Fase III – Propor e agir: duração de 02 semestres</i>	800 horas
Complexidade e Interdisciplinariedade VII e VIII	80 horas
Conceitos e Paradigmas em Saúde Coletiva VII e VIII	80 horas
Tópicos Especiais em Saúde Coletiva VII e VIII	80 horas
Ciências Sociais e Humanas VII e VIII	80 horas
Políticas Públicas VII e VIII	80 horas
Gestão, Administração e Planejamento VII e VIII	80 horas
Interações Culturais e Humanísticas VII e VIII	160 horas
Projetos de Aprendizagem VII e VIII	160 horas
Fundamentos Teórico-Práticos: 1840 horas Interação Cultural Humanística: 640 horas Projetos de Aprendizagem: 640 horas Optativas: 80 horas *mínimo Atividades formativas e complementares: 160 horas *mínimo Carga horária total: 3.360 horas	

Fonte: elaborado pelo autor através do PPCSC da UFPR – Setor Litoral

Na somatória total de cargas horárias dos eixos e módulos formativos, se destaca algumas considerações sobre as diferenças entre os cursos. Na UFRGS, o eixo de estágio tem somatória total de 600 horas, distribuídas em dois semestres (os dois últimos) de imersão no cenário prático da atenção à saúde. Já no curso da UNILA, o estágio apresenta-se no último semestre da graduação e tem carga horária total de 450 horas de imersão, sendo que o estudante deve cumprir aproximadamente 06 horas diárias durante os dias letivos do calendário acadêmico da universidade no espaço do serviço de saúde. No curso da UFPR, antes de se

realizar a análise, não se identificou a figura do estágio curricular obrigatório e o PPC justifica tal ausência pela não existência de diretrizes curriculares nacionais, além da modelagem inicial do curso indicar o período noturno, o que caracteriza o perfil do estudante como trabalhadores e trabalhadoras (o período de oferta do curso hoje encontra-se na modalidade matutino).

Segundo a minuta de DCN proposta pelo FGSC, todos os cursos deverão ter no mínimo 600 horas de estágio obrigatório podendo o estudante, ainda, realizar outros estágios durante o seu percurso na graduação. (BRASIL, 2015). Dessa maneira, sinaliza-se que o único curso que está em total consonância com tal proposta de DCN é o da UFRGS e, assim, a UNILA deverá ampliar em cerca de 150 horas o componente de estágio e, a UFPR, criá-lo.

Ainda na proposta das DCN para os CGSC, tal documento postula três grandes núcleos para os CGSC: gestão em saúde, atenção à saúde e educação em saúde. O núcleo de gestão em saúde deve se estruturar em cinco competências: análise de políticas públicas relacionadas à saúde; planejamento, gestão e avaliação em sistemas e serviços de saúde; participação social em saúde; gestão do trabalho na saúde e regulação setorial e fiscalização em saúde. O núcleo de atenção à saúde estrutura-se em três competências: organização da atenção integral à saúde; vigilância em saúde e saúde ambiental e promoção da saúde individual e coletiva e práticas coletivas de orientação e intervenção em saúde. Por fim, o núcleo de educação em saúde estrutura-se em três competências: educação permanente em saúde e práticas pedagógicas em serviços de saúde; educação popular em saúde e ativismo comunitário e investigação e docência na saúde. (BRASIL, 2015).

A proposta de minuta de DCN parece levar em consideração a totalidade do processo articulador de saberes do campo da saúde coletiva. Referenciando aos PPCs e ao módulos formativos, ainda destaca-se a forte presença das Ciências Humanas e Sociais nos cursos: Na UNILA tal módulo conta com 630 horas (sem contabilizar o módulo UNILA), na UFRGS a presença das humanidades no curso conta com 125 horas e na UFPR com 420 horas. Ainda, o(s) eixo(s) formativo(s) em política, planejamento, avaliação, regulação e gestão em saúde estão inseridos nas três formações e com grande destaque. Na UFRGS a unidade é dividida em duas unidades de produção pedagógica e tem carga horária total de 585 horas em

somatória. No CGSC da UNILA este eixo tem somatória de 510 horas e na UFPR o módulo está estruturado em 560 horas.

Ainda no prisma comparativo entre os PPCs das graduações, o trabalho de conclusão de curso apresenta-se de forma diferenciada: na UFPR, o estudante inicia seu trabalho de conclusão no início da graduação e se debruça nele durante os quatro anos de formação. Tal perspectiva é inovadora, pois o acadêmico consegue amadurecer suas proposições e hipóteses e, ainda, realizar um trabalho profundo e contextualizado de acordo com o acúmulo de suas vivências e experiências no decorrer do curso. Já na UFRGS e na UNILA o acadêmico deve realizar seu trabalho nos últimos períodos do curso, sendo na UFRGS cerca de 30 horas distribuídas nos dois últimos semestres e na UNILA 90 horas distribuídas equitativamente nos três últimos semestres.

Os estudantes têm a possibilidade de apresentar e elaborar seus trabalhos de diversas maneiras: no CGSC da UFRGS tem-se autonomia de escolha entre sete dispositivos, sendo o trabalho de conclusão de curso apresentado como informe científico, protótipo, performance, programa de ação, revisão bibliográfica, artigo científico ou monografia (BRASIL, 2009). No curso da UNILA, o estudante deve elaborar uma monografia, podendo ela estar acompanhada de outros produtos como curta-metragem, hipertexto ou software. (BRASIL, 2014). Já na graduação da UFPR, o estudante deve elaborar seu projeto de aprendizagem, onde o mesmo deve narrar de forma reflexiva sua trajetória acadêmica. Consiste na elaboração de um relato circunstanciado, minucioso e analítico das atividades desenvolvidas durante a realização de seu projeto de aprendizagem. No final do curso, ainda, o estudante deve elaborar um produto final que caracteriza o movimento sintético do conhecimento construído, sendo dada a possibilidade de realização de mostra fotográfica, produção de documentário, escrita de monografia, redação de artigo científico, organização de fóruns de discussão com as comunidades do litoral do Paraná e outros. (BRASIL, 2009).

De maneira geral, os três cursos possuem equilíbrios entre os módulos formativos e existem novidades estruturais que encaminham a discussão para a inter/transdisciplinariedade. No caso da UNILA, por exemplo, a inovação parte de um módulo comum de estudos à todos os cursos da universidade. Denominado

módulo UNILA, os conteúdos que transitam entre filosofia, pensamento científico, linguagens (português para hispano-hablantes e espanhol para brasileiros), história e geografia da América latina caracterizam o processo formativo como bilíngüe e dinamizador. Entretanto, ainda identifica-se uma estrutura disciplinar semi-oculta, ao que se refere à quase ausência de módulos contínuos (compreendendo que o conhecimento não é linear e estático). (ALMEIDA FILHO, 2005.)

No processo formativo da UFPR – Litoral, vislumbra-se uma inovação pedagógica, caracterizada especialmente pelo processo em módulo e pelas Interações Culturais Humanísticas (ICH). Tal proposta é caracterizada pela interação entre todas as áreas de conhecimento da universidade e comunidade externa. Nessas Interações, construídas simétrica e dialogicamente entre estudantes, comunidades e servidores, são valorizados os diferentes saberes e lugares culturais que compõem a vida social. Os saberes são problematizados, fortalecendo compromissos éticos e políticos, visando à vivência e o adensamento de relações autogestionárias. (BRASIL, 2015).

No CGSC da UFRGS, também há inovações refletem na busca pela emancipação da educação e do *ser-fazer* profissional. As unidades de produção pedagógica, em diálogo com os dois grandes eixos formativos, possibilitam o redirecionamento da formação em saúde no prisma da educação e da totalidade do processo de formação de trabalhadores de saúde coletiva. Neste sentido, Ferla (2009) contextualiza:

As Unidades de Produção Pedagógica (UPP) são articuladas de forma longitudinal e seqüencial na proposta de currículo integrado para o **desenvolvimento e produção de um conhecimento interdisciplinar**. Essa proposta de organização curricular se estrutura a partir do pressuposto da educação permanente em saúde, nos termos em que se tornou política pública no Sistema Único de Saúde, e pretende ser agregadora de áreas e unidades acadêmicas dentro da universidade. A integração deve se dar com os departamentos gestores das cargas horárias dos Docentes que atuarão no curso. **Cada UPP corresponde a um agregado dos conteúdos e práticas (núcleo de saberes) de domínio do profissional da saúde pública** no exercício da análise de políticas e

sistemas de saúde (exercício das funções profissionais em saúde pública). Assim cada UPP corresponde, também, à gestão docente colegiada desse agregado de conteúdos e práticas. Isto quer dizer que a gestão do curso se assenta principalmente sobre a sua produção pedagógica junto aos alunos e não sobre a gestão administrativa da educação (gestão das cargas horárias, número de créditos, distribuição dos encargos etc). (FERLA, 2009, p.4, grifo meu).

Costurando o que diz as modelagens pedagógicas às percepções dos atores sociais dos CGSC, evidencia-se um processo de construção e reconstrução sobre a concepção curricular dos cursos:

Nós fizemos agora uma reforma curricular e nessa reforma definimos conhecimentos básicos próprios da saúde coletiva onde **introducimos noções de anatomia, patologia e fisiologia**. São fundamentais e dão suporte para eixos maiores como gestão, os eixos das vigilâncias e o eixo da educação em saúde. (Tulipa – entrevista, grifo meu).

A visão de Tulipa consegue compreender o formato amplo e necessário da formação em saúde coletiva. Nesta perspectiva de visão, entende-se que os conhecimentos biológicos são necessários para a formação dos bacharéis em saúde coletiva e há o entendimento de que este conhecimento deve ser apenas uma base ou noção introdutória ao complexo campo da saúde coletiva.

Conforme anuncia os quadros anteriores, as óticas de análise dos sujeitos consideram que o equilíbrio na distribuição entre os campos de conhecimento auxiliam na busca por uma formação inter/transdisciplinar.

O nosso curso é bem sanitarista. Temos cinco eixos bem equilibrados: um eixo de políticas, um eixo de planejamento e gestão, um eixo de promoção da saúde, um eixo de vigilância e análise de situação de saúde e depois tem outro eixo que é pesquisa e bioestatística. (Antúrio – entrevista, grifo meu).

Ainda, existe a preocupação com as necessidades atuais do sistema de saúde na perspectiva do capital humano em saúde. Na análise de Frésia “o eixo mais importante é política, planejamento e gestão, esta faz muita diferença na graduação. É o que mais tem carência de profissional no SUS hoje”. Frésia ainda faz uma boa interlocução com o foco dos outros cursos da saúde “[...] as graduações da saúde estão hoje voltadas para o mercado, justamente por uma concepção de doença de ver o corpo em processo patológico e ver como algo que possa vir a ser lucrativo”.

Se a inter/transdisciplinariedade parece interessante nas narrativas dos projetos pedagógicos, no seu *fazer*, caracterizado pelas “disciplinas” de práticas dos cursos, existem muitas complexidades e desafios. A visão de Antúrio evidencia alguns problemas enfrentados:

Temos essa disciplina e ela é um dos calcanhares de Aquiles do nosso curso e eu gostaria muito de poder resolver isso. **A idéia era que a cada semestre a prática integradora pegasse os conteúdos do semestre anterior e costurasse, mas nós não conseguimos fazer isso. Hora por dificuldade dos professores sabe... acabou o modelo.** A idéia é boa, mas a questão é que teríamos que ter **um pulo de professores para fazer isso**. Nós estamos com quatorze, mas seriam necessários dezesseis e é pouca gente. (Antúrio – entrevista, grifo meu).

Narciso também aponta dificuldades sobre as práticas interdisciplinares e afirma que há um esvaziamento de docentes no curso:

Temos disciplinas oficiais no currículo. São as chamadas práticas interdisciplinares em saúde coletiva. Nós poderíamos ter um desenvolvimento melhor dessas práticas, até porque precisamos fazer com que as divergências ocorram porque é muito importante o choque de ideias. **E é assim que a vida funciona, a vida não é um documento.** É preciso entender como é complexo o sistema de saúde e a gente até pede desculpas para os alunos, **porque estamos aprendendo ainda a construir e a gente precisa ter adesão dos professores. Então nós tivéssemos uma quantidade de professores, uns vinte, nós poderíamos ter um desenvolvimento melhor dessas práticas** até para que os alunos

tenham experiências com professores diferentes. (Narciso – entrevista, grifo meu).

As visões de Antúrio e Narciso apontam que a quantidade de docentes nos CGSC são insuficientes e esta ausência também dificulta o processo de realização de práticas transversais e interdisciplinares em SC. Koifman e Gomes (2008) alertavam que “[...] especificamente no ensino médico, corre-se o risco de, após tantos anos de discussão que desembocou na construção das diretrizes, perder espaço teórico em decorrência do deslocamento de professores para essa graduação(graduação em SC)”. Após sete anos desta publicação, de acordo com as visões de Antúrio e Narciso, no Sul do Brasil tal alerta não se concretizou. Segundo as narrativas, os CGSC na atualidade também possuem um esvaziamento docente-especializado em SC. Dessa maneira, é importante refletir sobre esta necessidade atual – de mais docentes – com formação em SC nas práticas de ensino nos CGSC, para que, assim, se organize estratégias de incorporação de novos docentes.

De acordo com os PPCs, o curso da UFRGS possui, entre docentes específicos e colaboradores de outras graduações, cerca de 57 docentes atuantes. A graduação da UNILA conta com 07 docentes específicos, não sendo disponibilizado no projeto pedagógico o quantitativo de colaboradores de outros institutos latino-americanos da universidade. No CGSC da UFPR são cerca de 23 docentes, entre específicos e colaboradores de outros cursos da universidade.

Sobre este esvaziamento docente dos CGSC, o PPC da UNILA prevê que quando o curso contar com as quatro turmas completas, o curso necessite de 20 docentes específicos para o curso. Alerta-se nesta perspectiva, considerando-se que o ano de 2016 a graduação contará com as quatro turmas, que a graduação necessita de cerca de 14 docentes para o seu completo desenvolvimento. Alerta-se ainda que tal consideração leva em conta os aspectos pedagógicos para a qualidade do curso, considerando que a única graduação do Sul do Brasil que ainda não avaliada pelo Ministério da Educação é a da UNILA, sendo o CGSC da UFRGS avaliado com nota máxima (05) e o da UFPR com nota 04/05.

6.0. Palavras e nuvens

Apresenta-se, neste capítulo, as nuvens de palavras que foram mais utilizadas pelos segmentos entrevistados nesta pesquisa. Foi utilizado um *software livre* (TaGuL) que permite criar uma nuvem de palavras a partir da maior frequência em que as mesmas aparecem num determinado *texto*. Dessa maneira, utilizaram-se as entrevistas transcritas na íntegra para a elaboração da nuvem, a partir das respostas dos discentes e docentes coordenadores dos CGSC, retirando-se apenas as preposições, conjunções, advérbios, pronomes e nexos conectivos.

7.0. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu identificar que a consolidação dos cursos de Saúde Coletiva está em processo nas três universidades. A proposta dessas graduações apresenta-se como semente no contexto das recentes propostas de reorientação da formação profissional em saúde e o processo continuado de construção já floresce, na medida em que os sistemas e serviços de saúde incorporam em seus planos de cargos e carreiras este novo profissional. Nesse aspecto, os CGSC da UFRGS e da UFPR já possuem egressos e experiências de inserção profissional no Estado do Rio Grande do Sul e no município de Matinhos. A UNILA formará sua primeira turma de Sanitaristas latino-americanos no segundo semestre de 2015 e a projeção de inserção profissional tem como possibilidades de atuação os sistemas de saúde pública latino-americanos, além das organizações e organismos internacionais de saúde. Sinaliza-se que as costuras e reformulações nas matrizes e projetos pedagógicos de curso precisam levar em consideração as experiências profissionais dos egressos destas graduações além das orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Saúde Coletiva que tão logo em breve estarão consolidadas.

A produção científica sobre os cursos de saúde coletiva ainda apresenta-se de maneira tímida, tendo um espaço amplo para futuros estudos e publicações. Vislumbra-se que o aprofundamento dos estudos sobre estes cursos terá maior adesão de pesquisadores na medida em que o mundo do trabalho incorpora os bacharéis em SC, além das sinalizações de mudanças nas estruturas dos sistemas de saúde que os mesmos poderão realizar. A acreditação destes novos sujeitos da saúde pública poderá passar por caminhos complexos, especialmente devido ao movimento que se escolha como estratégico para organização profissional, sabendo-se que o debate atual sobre os cursos têm perpassado por questões identitárias-profissionais e pelas necessidades e possibilidades do mundo do trabalho em saúde.

De acordo com as narrativas dos atores sociais envolvidos no processo formativo das graduações, nota-se que os três cursos tem tido êxito, dentro de seus limites e possibilidades, na articulação ensino-serviço-comunidade e que o reconhecimento da necessidade deste profissional já foi feito pelas instancias de

regulação da educação superior no país – neste caso o MEC e MS – e os Estados, municípios e Universidades tem se articulado e dialogado para a inserção deste novo sujeito (neste caso a UFPR e a UFRGS).

Através do processo formativo, tema central que impulsionou este estudo, identifica-se inovações pedagógicas no que tange a nova concepção da formação em saúde, onde os estudantes também são sujeitos protagonistas do processo de produção do saber. Ainda, os rompimentos com o conhecimento e a formação disciplinarizadora, como destacado em diversos momentos da análise e reflexão deste estudo, parece estar pulsando nas costuras da concepção formativa destas graduações (característica que também está presente na constituição do campo científico da SC). (ALMEIDA FILHO, 2005). As subjetividades presente nos discursos dos entrevistados permitem classificar a formação dos Sanitaristas graduados como soma a um movimento amplo que aloca o direito à saúde na centralidade da construção, entende a integralidade do cuidado como base e a participação popular em saúde como sustentação deste processo.

Como se trata de uma construção de processo ativo e mutável, se alerta para como serão conduzidas as re-construções das concepções destes cursos. Segundo as autoras Silva e Benito (2015, p.185) “*O imediatismo se sobrepõe aos pensamentos reflexivos e questionadores, e os interesses individuais superam os interesses coletivos*. E é neste sentido com o qual deve-se tomar cuidado na condução destas graduações, que nascem de esforços coletivos e foram construídas com identidades sólidas advindas do campo da saúde coletiva.

Este estudo não pretendeu buscar o esgotamento sobre as discussões referentes à formação de bacharéis em SC no Sul do Brasil. Por se tratar de uma pesquisa que analisa um processo educacional em construção, buscou-se identificar e caracterizar as principais pontes e conexões que ligam o início de um florescimento à “colheita de flores”. Com licença poética, o estudo não teve a intenção de teorizar ainda mais o campo da SCB com girassóis que nunca encontram de fato a luz do sol, mas, sim, o intento da busca de se compreender melhor e de uma forma mais profunda o que se tem feito nos jardins da SC, neste momento importante de consolidação institucional.

Aspirou-se gerar conhecimentos iniciais para as futuras análises sobre os CGSC, assumindo o processo de formação de profissionais de saúde como uma infinita re-construção. Tal re-construção, no entanto, não pode ser feita em si mesma e sob uma mesma ótica de análise, e, dessa maneira, assinala-se a necessidade da abertura de espaços para que o protagonismo dos egressos possa fluir e ser levado em consideração nas futuras reformulações e concepções pedagógicas. Nessa perspectiva, indica-se também que os profissionais que atuam no sistema de saúde também contribuam de forma efetiva no transcorrer da consolidação desta formação, assumindo-se que a graduação em SC é um espaço potencial de produção de novidade para os sistemas e serviços de saúde.

Nas perspectivas sobre os estágios curriculares, considera-se sua incorporação no currículo como fundamental para o conhecimento e descobrimento das práxis dos Sanitaristas ainda na formação. Concorda-se com Benito *et al* (2012) quando afirmam que *“é de suma importância a vivência do ECS pelo acadêmico, a fim de que o processo de trabalho do campo de estágio lhe permita adquirir uma identidade na sua atuação [...] levando-o a se mostrar, cada dia mais preparado e competente; conforme vai lidando com as situações [...]”* (BENITO *et al*, 2012, p. 177).

Sobre os currículos, fica evidente que as análises dos mesmos não podem ser centralizadas no contexto de cargas horárias e quantidade de componentes. Como refletido no caminhar do trabalho, o mercado tem aprisionado as formações de saúde e há intenções claras de fragmentar e especializar o conhecimento em saúde. Conquanto a isso, estruturar de maneira qualificada e estratégica os CGSC necessita de esforços que mudem o próprio entendimento sobre o que é saúde.

No âmbito das contribuições pessoais e profissionais, pude resgatar e compreender de maneira ampla minha própria formação acadêmica através de um espelho durante a realização da pesquisa. O mergulho científico nas subjetividades que emergiram no transcorrer dos estudos foi um escorregador de desruptura que marcavam os transbordamentos das minhas de-formações estáticas e estéticas feitas pela SC.

Por fim, compreende-se que a formação de sujeitos produtores de saúde, socialmente e politicamente ativos, emancipados e críticos para o sistema de saúde

é uma característica que transita nas três formações analisadas. Para além de um romantismo, pontua-se que também existem problemas, tanto nas perspectivas que se referem ao quantitativo de docentes, na articulação das práticas durante o curso quanto às múltiplas compreensões sobre o entendimento dos devires dos Sanitaristas graduados.

*“Me caí pero me levanté en la primavera
Como se levantan las flores
Sin rasguños se hace pequeño el universo
Cuando levanto mis puños
Le dije a mi coraje
Antes de que te de calambre
Cocíname las ganas que mis sueños tienen hambre
Y los deseos me vieron”
Me Vieron Cruzar – Calle Trece*

8.0. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 30-50, 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONCALVES, Otilia Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BELISARIO, Soraya Almeida et al. **Implantação do curso de graduação em saúde coletiva: a visão dos coordenadores**. Ciênc. saúde coletiva, vol.18, n.6, 2013.

BENITO, Gladys Amélia Velez; ARENHART, Carlos Guilherme Meister; LUZ, Larissa Dejanilda Parra; GAMARRA, Carmem Justina. Práticas interdisciplinares em curso de graduação em saúde coletiva: um desafio em construção. **In: II Congresso Paranaense de Saúde Pública**. Curitiba. Educação permanente, educação continuada e integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade. Londrina: Espaço para a Saúde, 2014. v. 15, 2014.

BENITO, Gladys Amélia Velez *et al* . Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 1, p. 172-178, 2012 .

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. Problematization and Problem-Based Learning: different words or different ways? **Interface e Comunicação**, Saúde, Educação, v.2, n.2, 1998.

BEZERRA, Aline Patrícia dos Santos et al. **A percepção do graduando em saúde coletiva sobre o estágio supervisionado**. Tempus: Actas de Saúde Coletiva, v 7, 2013.

BEZERRA, Aline Patrícia Santos et al. **Quem são os novos sanitaristas e qual seu papel?**. Tempus: Actas de Saúde Coletiva, v. 7, 2013.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PAIM, Jairnilson da Silva. **Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário**. Cad. Saúde Pública, vol.25, n.2, 2009.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PAIM, Jairnilson Silva. **Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional**. Ciênc. saúde coletiva, vol.15, n.4, 2010.

BRASIL. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 6023**: informação e documentação: referência – elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)**, Regimento Interno da Associação de Saúde Coletiva. 2014.

BRASIL. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, Página Virtual do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organização de Alexandre de Moraes. 16. Ed. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva 2012/2013, **“Saúde é o nosso foco, coletividade é o nosso lema!”** – Relato de experiência do movimento estudantil de graduação em saúde coletiva In Conferências Rede Unida, 10º Congresso Internacional da Rede Unida, 2012.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Lei número 9394**, 20 de dezembro de 1996.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Há pedras no meio do caminho do SUS!** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.2, 2007.

CARDOSO, AJC; SOUSA, MF. **Bacharel em Saúde Coletiva: um Elo que faltava na Rede**. Tempus: Actas de Saúde Coletiva, v 7, 2013.

CECCIM, R.B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Boletim da saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 9-38, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de sus. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COHN, Amélia. **Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil**. In: Laurell, Asa Cristina. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo. 1995.

DIAS SOBRINHO, José. Educação superior, globalização e democratização: qual universidade?. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 164-173, 2005.

DIAS, Henrique Sant’Anna et al. **A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2013.

GUADILLA, Carmen Garcia. Cátedra Andrés Bello. **Educación Superior Comparada**. Instituto Mercosul de Estudos Avançados, Universidade Federal da Integração Latino-Americana. IMEA – Unila, Paraná, 2013.

KOIFMAN, L; GOMES, L.N. A Graduação em Saúde Coletiva: um Debate ou uma Realidade? **Rev. Bras. Educação Médica**, v.32, n4, p. 417-418, 2008.

LEMOS, C.L.S.; FONSECA, S.G. Knowledge and curricular practices: an analysis on a university-level healthcare course. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.57-69, 2009.

MEHRY, E.E. **Saúde: Cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEHRY, E. E ; Feuerwerker, L.C.M.; Ceccim, R.B. . **Educación Permanente en Salud. Salud Colectiva**, v. 2, p. 147-160, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo. 1992.

MOTA, E; SANTOS, L. **O que se pode alcançar com a Graduação em Saúde Coletiva no Brasil?** Tempus: Actas de Saúde Coletiva, v 7, 2013.

NUNES, Everardo Duarte. **A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, Ciências Sociais: revisão. 2006.

NUNES, Everardo Duarte. **Saúde Coletiva: a história de uma ideia e de um conceito**. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo. 1994.

NUNES, Everardo Duarte; NASCIMENTO, Juliana Luporini do; BARROS, Nelson Filice de. A questão curricular para o plano de formação em Saúde Coletiva: aspectos teóricos. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.15, n.4, 2010.

NUNES, Everardo Duarte; NASCIMENTO, Juliana Luporini do; BARROS, Nelson Filice de. A questão curricular para o plano de formação em Saúde Coletiva: aspectos teóricos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 1935-1943, 2010.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 32, n. 4, 1998.

PAIM, JS; PINTO, ICM. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v 7, 2013.

SANTANA, PR et al. "Bacharelado em Saúde Coletiva: Preenchendo lacunas e formando competências para o SUS". **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v 7, 2013.

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**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Bahia. 2014.

SILVA, Bela Feiman Sapiertein *et al.* . A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 104, p. 183-196, 2015.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América**. Tese (Doutorado em Economia). Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo. 1998.

STELLA, RCR., and PUCCINI, RF. **A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina**. In PUCCINI, RF, SAMPAIO, LO., and BATISTA, NA., orgs. *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social*. São Paulo: Editora Unifesp, 2008.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 7, n. 13, 2003.

TORRES, Ricardo Romo; CASTANEDA, Manuel Moreno; AGUIRRE, Maria del Sol Orozco. **Educação em rede: uma visão emancipadora**. Rev. Bras. Educ., Rio de Janeiro , v. 11, n. 31, 2006.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

ANEXOS

ANEXO I- INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA:

Sexo:

Idade:

Tempo de docência:

Ocupação:

Formação acadêmica:

Vínculo com a universidade:

Nacionalidade:

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA COM OS DISCENTES, DOCENTES E COORDENADORES DOS CGSC DO SUL DO BRASIL.

- 1) Em sua visão, porque foi necessário antecipar a formação do Sanitarista? Em que isso contribui efetivamente na qualificação profissional da Saúde?
- 2) Em sua concepção, existe um perfil e identidade profissional para os Sanitaristas formados em nível de graduação? Qual?
- 3) Em sua opinião, o movimento da reforma sanitária é compreendido na práxis dos Sanitaristas graduados? De que forma?
- 4) Quais os eixos temáticos que você identifica como indispensáveis para a formação do graduado em saúde coletiva?
- 5) Que campos de atuação você identifica para o graduado em saúde coletiva?
- 6) Existem práticas/ações/atividades interdisciplinares que contribuem com a formação deste profissional? Quais? De que forma?
- 7) Como este profissional está sendo inserido no mundo do trabalho e no contexto educacional e qualificação profissional? Você conhece algumas experiências, quais?

- 8) Quais as potencialidades que você enxerga na atuação deste profissional no sistema de saúde brasileiro e dos países de América Latina?

ANEXO II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Os aspectos éticos do presente estudo atendem a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12. Por se tratar de análise de documentos públicos e entrevistas, foi estruturado um termo de consentimento livre e esclarecido, contemplando todas as informações sobre a pesquisa e descrito da seguinte forma:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Contato dos pesquisadores:

Gladys Velez Amélia Benito

gladys.benito@unila.edu.br

Telefone: (45)98255500

Carlos Guilherme Meister Arenhart

carlos.arenhart@aluno.unila.edu.br

Telefone: (51) 81252551

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: UM NOVO PROFISSIONAL DE SAÚDE PÚBLICA NA AMÉRICA LATINA: A visão de atores sociais envolvidos com a consolidação de cursos de graduação em Saúde Coletiva no Sul do Brasil.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar o CGSC ocorre através do entendimento da formação em saúde coletiva na graduação como fato e a necessidade de se compartilhar as visões dos atores destas graduações na região Sul do Brasil. O objetivo desse projeto é analisar a visão dos atores sociais envolvidos na consolidação dos CGSC das Instituições e Ensino Superior do Sul do Brasil. O procedimento de coleta de dados será através de entrevista com base em roteiro pré-estruturado e análise de conteúdo.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Não há riscos previsíveis ou desconfortos para você que aceitar participar desta entrevista, pois trabalharemos com total anonimato dos depoimentos dos participantes. A participação nesta pesquisa não será remunerada.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE

SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Integração Latino-Americana e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR

EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA

PARTICIPANTE: Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

**ANEXO III – Proposta de Minuta das Diretrizes Curriculares Nacionais dos
CGSC**

ANEXO IV – Norma Técnica 013/2015 – Classificação Brasileira de Ocupações**Solicitação de inclusão do Sanitarista**

ANEXO IV – Autorizações dos responsáveis pelos campos da pesquisa