

Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo

Jairnilson Silva Paim¹

Isabela C.M. Pinto²

Muito que aprender por aí
Muito que aprontar por aí.
(Gonzaguinha)

RESUMO

A graduação em Saúde Coletiva surge de um campo de saber e práticas, distinto da saúde pública institucionalizada, e coloca em debate várias questões. Atualmente, o debate tem girado em torno da carreira do sanitarista, da regulamentação da profissão e da sua inserção no mercado de trabalho. Com o objetivo promover uma discussão sobre tais questões, incluindo a identidade profissional, a formação de sujeitos e os campos de estágio, o presente artigo analisa, criticamente, a construção desse campo científico e âmbito de práticas e suas relações com a constituição de sujeitos transformadores, comprometidos com a Reforma Sanitária Brasileira e com a consolidação do SUS. Argumenta que a identidade profissional é construída em processos contraditórios, não lineares, e que o mercado de trabalho não é dado *a priori*, mas é o resultado de lutas e da correlação de forças políticas e ideológicas que disputam o poder no âmbito da saúde. Reconhece que a Saúde Coletiva já dispõe de um acúmulo científico, histórico, conceitual, teórico,

epistemológico, metodológico, técnico e operacional para sustentar um processo de profissionalização, mas problematiza a criação de um conselho específico. Ressalta que o trabalho do profissional de Saúde Coletiva apresenta dimensões técnica, econômica, política e ideológica radicadas em valores de solidariedade, emancipação, igualdade, justiça e democracia, distintos da Saúde Pública subalterna aos centros hegemônicos. Assumindo a centralidade da crítica, conclui que a Saúde Coletiva pode reorientar a sua práxis para além do sanitarismo, como resultado da radicalidade do próprio campo.

Palavras-chave: Recursos Humanos em Saúde; Profissões de Saúde; Ensino de Saúde Coletiva; Graduação em Saúde Coletiva ou Saúde Pública

ABSTRACT

Graduation in Collective Health or Public Health emerges from a field of knowledge and practices, different from the institutionalized public health, and puts debate on various issues. Currently, the debate has revolved around career sanitarian, the regulation of the profession and their insertion in the labor market. In order to promote a discussion of such issues, including professional identity, the formation of subjects and fields of stages, this article examines critically the construction of this scientific field and scope of practice and their relationships with the constitution of subjects transformers, committed to Sanitary

1 Professor Titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

2 Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Coordenadora do GT de Trabalho e Educação na Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Reform and the consolidation of Unified Health System (SUS). Argues that professional identity is constructed in contradictory processes, nonlinear, and that the labor market is not given a priori, but the result of struggles and the correlation of political and ideological forces vying for power in health. Recognizes that the Collective Health in Brazil already has a backlog scientific, historical, conceptual, theoretical, epistemological, methodological, technical and operational support for a process of professionalization, but discusses the creation of specific advice. The values presented by a public health Professional are rooted in solidarity, empowerment, equality, justice and democracy and not subordinate to hegemonic centers. Assuming the centrality of criticism, concludes that Collective Health can refocus its practice beyond sanitarianism, due to the radical nature of the field.

Kew words: Health Human Resources; Health Professionals; Public Health Learning; Graduation in Collective Health or Public Health

RESUMEN

Graduación en Salud Coletiva se desprende de un campo de conocimientos y prácticas, diferentes de los de la salud pública institucionalizada, y pone en debate diversas temas. Actualmente, el debate ha girado en torno a la carrera del sanitarista, la regulación de la profesión y su inserción en el mercado laboral. Con el objetivo de promover un debate sobre estos temas, incluida la identidad profesional, la formación de los sujetos y los campos de prácticas, este artículo examina críticamente la construcción de este campo científico y el alcance de las

prácticas y su relación con la constitución de sujetos transformadores, comprometidos con la reforma sanitaria brasileña y con la consolidación del Sistema Único de Salud (SUS). Sostiene que la identidad profesional se construye en procesos contradictorios, no lineales, y el mercado de trabajo no se da a priori, sino como resultado de las luchas y de la correlación de fuerzas políticas e ideológicas que compiten por el poder en el ámbito de la salud. Reconoce que la Salud Colectiva ya tiene una acumulación científico, histórico, teórico y conceptual, epistemológico, metodológico, técnico y operacional para sostener un proceso de profesionalización, pero analiza la creación de un Consejo. Señala que el trabajo del profesional de Salud Coletiva presenta aspectos técnicos, económicos, políticos e ideológicos fundados en los valores de la solidaridad, la emancipación, la igualdad, la justicia y la democracia, diferente de la Salud Pública subordinada a centros hegemónicos. Asumiendo la centralidad de la crítica, se concluye que la Salud Colectiva puede reorientar su praxis más allá sanitarianismo, como resultado de la radicalidad del propio campo.

Palabras Clave: Recursos humanos en salud; Profesiones de la salud; Educación para la salud colectiva; Graduación en salud colectiva o salud pública

INTRODUÇÃO

A criação de cursos de graduação em Saúde Coletiva (CGSC) no Brasil passou por um longo processo de amadurecimento a partir de várias décadas de redefinição da formação dos profissionais de saúde. Uma breve resenha poderia enumerar um conjunto de iniciativas nesse sentido: crítica ao ensino *flexneriano*

e instalação de residências médicas (década de 50); movimento da Medicina Preventiva (década de 60); Saúde Comunitária, ensino em Centros de Saúde e Medicina Familiar (década de 70); Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA), I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde e Constituição da República, definindo a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) para ordenar a formação dos recursos humanos em saúde (década de 80); adoção do enfoque *Problem Based Learning* (PBL), implementação do Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa Ensino, Serviço e Comunidade), difusão da *Medicina Baseada em Evidências*, criação da Rede Unida, aprovação da Lei das Diretrizes e Bases (LDB) e o estabelecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (década de 90); e, mais recentemente, a instalação do Promed e do Pró-Saúde, Política de Educação Permanente, estágios de vivência no SUS (VER-SUS), PET-Saúde, Universidade Aberta do SUS (UNASUS), Tele-saúde e graduação em Saúde Coletiva^{1,2,3}.

A graduação em Saúde Coletiva surge como uma *ideia* em função do reconhecimento do desenvolvimento deste novo campo de saber e práticas, distinto da saúde pública institucionalizada e resultante da crítica a movimentos ideológicos que lhe precederam, a exemplo da Medicina Preventiva, da Saúde Comunitária e da Medicina Familiar. Evolui como uma *proposta* decorrente da criação de Institutos de Saúde Coletiva e similares em universidades públicas, comprometidos com o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e com a implementação do SUS. E transforma-se num *projeto* que identificava a necessidade de formação de novos sujeitos com ideais ético-

políticos bem definidos e com um corpo de conhecimentos e de práticas passíveis de serem assimilados desde a graduação, cuja pertinência era admitida por diversos professores da Saúde Coletiva e dirigentes do Ministério da Saúde e da representação brasileira da Organização Pan-Americana de Saúde⁴.

Assim, a criação dessa nova graduação colocou em debate um conjunto de questões envolvendo a constituição e os desdobramentos da profissão de sanitarista. Inicialmente, a discussão girava em torno da pertinência do curso, da profissionalização da área e das conseqüências para o ensino de Saúde Coletiva (SC) nos demais cursos de graduação da área de saúde e, mesmo na sua pós-graduação. Este *projeto* foi debatido em seminários e congressos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e da Rede Unida, bem como em publicações desde 2002, e submetido à apreciação de órgãos superiores de universidades federais, ao tempo em que era formulado o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), instituído pelo Decreto No. 6096/2007, que serviu como “janela de oportunidade” para a sua implantação a partir de 2009. Atualmente existem 16 cursos em 14 universidades públicas, sendo dois na UnB e um em faculdade privada, com a formatura das seis primeiras turmas, o que estimula a reflexão e a discussão sobre as expectativas de inserção desses novos sujeitos na estrutura das práticas de saúde.

Presentemente, quando os cursos se tornaram realidade e encontram-se em pleno crescimento, o debate tem girado em torno da carreira do sanitarista, da regulamentação da profissão e da inserção no mercado de

trabalho desses novos profissionais. De fato, o tema vem suscitando um intenso debate nos meios acadêmicos, nos serviços de saúde e nas instâncias colegiadas dos gestores do SUS, gerando um conjunto de argumentações em defesa e em oposição ao ingresso dos “novos sanitaristas” nas carreiras do SUS. Entretanto, cabe ressaltar que a criação dos CGSC foi uma decisão ancorada, principalmente, no atendimento a uma demanda reprimida por parte dos gestores do SUS de preencher os vazios de profissionais em muitas localidades e serviços. Essa realidade vinha sendo problematizada há muito tempo pelo Ministério da Saúde, juntamente com os gestores dos Estados e Municípios. Portanto, antecipar a formação do sanitarista é considerado uma estratégia importante para a mudança do modelo de atenção a saúde no país e criação de um novo ator em defesa da RSB e do SUS:

O SUS precisa de um graduado em Saúde Coletiva, com perfil profissional que o qualifique como *um ator estratégico* e com identidade específica não garantida por outras graduações disponíveis. Portanto, longe de se sobrepor aos demais integrantes da equipe de saúde, esse novo ator vem se associar de modo orgânico aos trabalhadores em Saúde Coletiva⁵.

O egresso do CGSC é um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificado para o exercício das práticas que compõem o campo da SC, ancorado nos saberes provenientes da Epidemiologia, da Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Essa formação o qualifica para o exercício de atividades em todos os níveis

de gestão e de atenção à saúde, no âmbito dos sistemas e serviços de saúde, públicos ou privados, assim como em outros espaços onde podem ser desenvolvidas atividades do campo da SC. Nesse sentido, o graduado em SC vem se integrar ao conjunto das profissões de saúde, ocupando espaços estratégicos para a consolidação do SUS, somando na superação de desafios crônicos da organização dos processos de trabalho em saúde.

Assim, o objetivo do presente texto-base é propiciar um debate atualizado sobre a identidade profissional, o mercado de trabalho, a necessidade de regulamentação da profissão, a formação de sujeitos e os campos de práticas ou estágios em SC.

NO INÍCIO ERA A CRÍTICA...

Antes de empreender uma reflexão sobre a identidade desse profissional e a sua inserção na estrutura das práticas de saúde cabe destacar que, desde as suas origens, o que marca a constituição da SC é a crítica, ou seja:

Avaliação racional para discernir entre verdade e ilusão, a liberdade e a servidão, investigando as causas e condições dos preconceitos individuais e coletivos, das ilusões e enganos das teorias e práticas científicas, políticas e artísticas, dos preconceitos religiosos e sociais, da presença e difusão de formas de irracionalidade contrárias ao exercício do pensamento, da linguagem e da liberdade⁶.

Ainda que em tempos de pós-modernismo possam ser identificados traços iluministas nessa definição, não há como negar que a

tentativa de superação de enganos, auto-enganos, ilusões, ideologias e ameaças ao pensamento e à liberdade nas sociedades capitalistas encontrava-se na emergência da SC.

Inicialmente, desenvolveu-se uma crítica à educação médica e das demais profissões de saúde que se estendeu ao modelo econômico concentrador, à piora das condições de vida, ao recrudescimento das epidemias e endemias e às políticas de saúde privatizantes durante o autoritarismo. E no âmbito acadêmico a crítica passou pelas ciências sociais hegemônicas pelo funcionalismo norte-americano, pelo planejamento normativo e gestão tecnocrática e autoritária, bem como pela epidemiologia dos fatores de risco.

Assim, a SC partiu da crítica à Medicina Preventiva e à Saúde Pública institucionalizada, realizando aproximações com a Medicina Social⁷, construída nos movimentos revolucionários europeus do século XIX⁸. Fundamentou as articulações entre academia e movimentos sociais no período da ditadura militar no Brasil, propiciando novas proposições do movimento sanitário⁹. Sua natureza essencialmente crítica e marxiana de origem¹⁰ expressava-se no triângulo saber-ideologia-prática¹¹. Portanto, a crítica ao “dilema preventivista”¹² e o desenvolvimento de uma prática teórica e de uma prática política na constituição da SC possibilitaram construir os pilares desse campo nas ciências sociais e humanas, na epidemiologia e na política, planificação e gestão em novas bases teóricas e epistemológicas, além da formulação do projeto da RSB e do SUS^{9,13}.

E o que conferiu identidade à produção

científica da SC?

Foi o objetivo de construir um marco teórico-metodológico que fosse além do campo conceitual de ciências biológicas e das ciências médicas na compreensão do processo saúde-doença e da realidade sanitária brasileira, através do desenvolvimento de estudos que trabalhassem para mediação entre teoria social e saúde, dentro de uma proposta multidisciplinar de organização do trabalho científico [e]

A intenção de promover um movimento político progressista em prol da reorganização da ação estatal no campo sanitário, de orientação inversa ao caráter privatista, medicalizador e excludente que caracterizava o perfil assistencial do sistema de saúde brasileiro¹⁴.

Mas por que a denominação Saúde Coletiva, em vez de Saúde Pública? Embora tal pergunta pareça irrelevante para alguns e impertinente para outros, tem sido objeto de reflexão e de pesquisa¹⁵. No momento, poder-se-ia antecipar uma resposta sugerindo que, talvez, se pretendesse produzir algo novo, crítico, alternativo, contra-hegemônico e orgânico a um projeto de reforma social. E assim foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), em 1976, e a então Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em setembro de 1979^{11,16}. Nas primeiras reflexões teóricas e epistemológicas sobre a SC já se apontavam suas especificidades:

Aposição ocupada pela Saúde Coletiva no contexto das práticas sanitárias

brasileiras se expressa atualmente em um conjunto de tendências de ampliação e recomposição de seu espaço de intervenção ou, correspondentemente, de seu campo de saber e de prática¹⁷.

E avançavam no sentido de apontar para particularidades das práticas de SC e para as distinções em relação às ciências naturais, especialmente na articulação biológico-social para além do estabelecido pelo saber biomédico:

Ao tomar como objeto o ‘coletivo’, essas práticas tornam-se também tributárias de outros campos do saber que não se subordinam ao estatuto de cientificidade próprio das ciências naturais¹⁷.

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 crítica¹⁰.

IDENTIDADE PROFISSIONAL

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. Em primeiro lugar pelo fato de a tradição indicar a formação pós-graduada como o espaço reconhecido para a qualificação desses sujeitos. Em segundo lugar porque muitos dos conteúdos

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

A partir dessas considerações não haveria uma identidade para o profissional da SC. A identidade seria daquelas profissões consolidadas e formalmente reconhecidas, uma vez que muitos dos especialistas, mestres e doutores continuavam se identificando como dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais etc.

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:

São necessários jovens profissionais em início de carreira, que demarcarão suas trajetórias delineando sua identidade na

experiência de ser um sujeito-agente da Saúde Coletiva, sem se submeter a uma “regradação” ou “desconstrução”¹⁸.

Aposta-se que esses sujeitos atuem na construção social dessa identidade em contextos de incerteza, com clareza estratégica e ação política, em parceria com outros atores sociais que lutam pela RSB e para a consolidação do SUS público, universal e de qualidade^{19,20,21}.

Sociologicamente, 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 “o que implica, evidentemente, relações de poder em um dado momento histórico”¹⁸.

Basta considerar a historicidade das profissões estabelecidas, inclusive a emblemática medicina, para se concluir que suas identidades se reconstruíram e se redefiniram para que se tornassem o que hoje se apresentam com diferentes denominações ou rótulos. Entretanto, não se trata de uma evolução tranqüila e linear, mas de um processo incerto, descontínuo, contraditório e dialético no qual os sujeitos são potencialmente capazes de incidirem sobre estruturas consolidadas:

Parece prudente não negligenciar a própria participação do corpo discente e dos futuros egressos, como atores centrais e protagonistas na criação da carreira e no

avanço do processo de profissionalização (...), o que substitui profecias pela ação histórica, que é sempre um devir¹⁸.

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

Mercado de trabalho

Necessidades de determinados agentes de práticas de saúde para uma dada sociedade não podem ser reduzidas às demandas conjunturais de um suposto mercado de trabalho. Este pressuposto diverge de duas posições dominantes acerca das relações entre os chamados aparelho formador e aparelho utilizador de recursos humanos em saúde. A primeira admite que a universidade, enquanto aparelho formador, seria capaz de realizar mudanças nos serviços de saúde (aparelho utilizador) através de novos profissionais resultantes de reformas curriculares modernizantes e da adoção de propostas pedagógicas inovadoras. A segunda valoriza a auto-regulação do mercado que demandaria

da universidade os profissionais capazes de serem absorvidos pelo mesmo, sinalizando com o desemprego quando houvesse plethora de determinados recursos humanos. No primeiro caso trata-se da estratégia privilegiada por vários movimentos ideológicos que atravessaram a educação médica e de outros profissionais de saúde tais como o preventivismo, a Medicina Comunitária, as reformas curriculares e, mais recentemente, a Integração Docente-Assistencial (IDA) e os projetos UNI. No segundo caso concebe-se a universidade como uma fábrica de recursos humanos que devem estar em permanente sintonia com o mercado, mediante pesquisas e prospecções sobre o mesmo, de modo a estabelecer um planejamento de curto, médio e longo prazos, capaz de satisfazer as suas exigências.

Um pressuposto alternativo postula que o mercado de trabalho pode ser alterado por um conjunto de políticas públicas, não obstante reconheça que ele seja expressão de interesses do capital acumulado pelas indústrias de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos utilizados como meios de trabalho nas práticas de saúde, bem como influenciado por ideologias dominantes no âmbito da saúde, sejam as ocupacionais²², sejam as das classes dirigentes nas instituições e demais aparelhos de Estado. Entende a universidade como aparelho de hegemonia e, enquanto tal, lócus de lutas teóricas, políticas e ideológicas entre sujeitos vinculados a diferentes projetos em disputa na sociedade e no Estado.

Nessa perspectiva, ainda que a formação dos sujeitos das práticas de saúde seja determinada, em última análise, pelos interesses do capital e dos seus representantes

no Estado e nas instituições da sociedade civil, ela é condicionada pelas forças que se movem nas instituições de ensino, seja no sentido da reprodução ou da transformação do sistema de serviços de saúde. Essas forças no âmbito da academia, por sua vez, podem se articular com aquelas que pretendem reproduzir o *status quo* na sociedade e nos serviços de saúde, ou com outras que apostam na transformação social e na reorientação das políticas públicas para a garantia do direito à saúde.

Desse modo, o mercado de trabalho para os agentes da SC não seria algo dado *a priori*, mas o resultado sempre dinâmico da correlação de forças políticas e ideológicas que investem em projetos do porte da RSB e do SUS. As indicações e prospecções sobre a realidade do SUS representam apenas pequenos sinais para orientar o pensamento estratégico com vistas à ação política necessária à ampliação dos horizontes do possível.

Comefeito, viabilizar a inserção desses novos profissionais e garantir o direito ao trabalho têm configurado, também, responsabilidades conjuntas de instituições formadoras, gestores e instâncias colegiadas do SUS:

O primeiro compromisso de um novo curso com os jovens alunos deve ser o de possibilitar trabalho ao final da graduação, pois o Brasil não pode continuar se dando ao luxo de formar profissionais para que o mercado de trabalho os desqualifique num círculo de ferro de enorme desperdício de recursos sociais e, porque não dizer, de talentos individuais e das melhores esperanças de uma juventude socialmente generosa e

engajada na construção de uma sociedade menos desigual²³.

Desse modo surgem novas pautas em torno da regulamentação da profissão e da abertura de postos de trabalho, do acolhimento aos “novos sanitaristas”, das carreiras profissionais. Há um debate e uma expectativa em torno dessa questão em diferentes aspectos: a) inserção desses profissionais no mercado de trabalho; b) divulgação de informação acerca do fazer desse profissional; c) reestruturação da carreira de sanitarista; e d) pertinência de conselho corporativo para a categoria.

No que tange às indagações acerca do lugar a ser ocupado por esses profissionais no mercado de trabalho, acredita-se ser o setor público, o SUS, um de seus principais lócus de atuação, acompanhado do setor privado (na administração de sistemas e serviços de saúde) e também no terceiro setor (organizações não governamentais). No entanto, para assegurar a inserção no mercado de trabalho impõe-se o cumprimento de protocolos e de requisitos necessários à formalização da profissão. Nesse sentido, o reconhecimento e a regulamentação da profissão de sanitarista tem sido objeto de inúmeros debates promovidos pelas coordenações dos cursos, pelo Fórum de Graduação em Saúde Coletiva e pelo GT Trabalho e Educação na Saúde da Abrasco, buscando viabilizar a construção de alternativas para a regulamentação da profissão.

Na Bahia, com a entrada em cena dos egressos da graduação em SC e a necessária antecipação da formação de sanitaristas, foi encaminhado ao Secretário Estadual de Saúde uma solicitação de revisão do Plano de Cargos e Carreiras no sentido de incluir os novos

profissionais. Assim, o processo de negociação com os gestores da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) foi iniciado em 2011 pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFBA) com a participação de docentes e estudantes. Para a construção da proposta de incorporação dos egressos dos CGSC na carreira de sanitarista, em 2012, constituiu-se um Grupo de Trabalho (GT), no âmbito da SESAB, cuja composição envolvia membros da equipe dirigente da Superintendência de Recursos Humanos da SESAB, docentes e representantes estudantis do CGSC (ISC/UFBA).

No processo de discussão e elaboração do documento que reestruturava a carreira surgiu, surpreendentemente, um movimento de resistência de parte dos sanitaristas que compõem o quadro da SESAB, muitos deles inclusive egressos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do ISC-UFBA. Essa reação pautava-se na alegação do mérito em função do título de pós-graduação, argüindo que os sanitaristas graduados não deveriam iniciar no mesmo nível da carreira, enquanto alguns chegavam a propor duas carreiras de sanitaristas, uma para os bacharéis em Saúde Coletiva e outra para os pós-graduados.

No entanto, para analisar a reação corporativa que vem ocorrendo na experiência baiana, a primeira questão a considerar é a singularidade que envolve a carreira de sanitarista: até recentemente, os profissionais que atuavam como sanitaristas eram formados exclusivamente através de cursos de pós-graduação, ofertados em diversas modalidades: especializações, mestrados e doutorados que tomam por referência a SC ou mesmo a Saúde Pública. Nesse contexto, não bastam

apelos a uma suposta “solidariedade de classe” entre sanitaristas nem a uma generosidade dos mesmos em relação aos jovens, mas sim reconhecer tratar-se de um processo político e como tal buscar alternativas e negociações.

Esse processo político-institucional que talvez se reproduza em outros estados aponta que podem ser explorados, pelo menos, dois caminhos. O primeiro procuraria defender que os bacharéis em SC entrassem na carreira pública no mesmo nível que os profissionais de outras áreas da saúde com diplomas de pós-graduação em SC ou Saúde Pública. O segundo assume como premissa fundamental que todos egressos de cursos de graduação e de pós-graduação podem exercer o mesmo tipo de atuação profissional, devendo integrar uma mesma carreira ainda que guardem especificidades em termos de formação que seriam reconhecidas mediante títulos acadêmicos específicos para fins remuneratórios e de progressão na carreira.

A negociação em curso com a SESAB segue o segundo caminho para garantir o ingresso na carreira, viabilizando a integração dos egressos de cursos de graduação e de pós-graduação em SC em uma mesma carreira, embora com reconhecimento de diferenças de titularidade. No momento atual a proposta de reestruturação da carreira encontra-se em análise na Secretaria de Administração do Estado da Bahia.

REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO

A cultura cartorial prevalecente no Brasil, bem como a defesa de interesses corporativos, tem priorizado a regulação das profissões de saúde mediante a constituição de conselhos profissionais como autarquias vinculadas ao Estado. Estes, embora instituídos através de

leis, gozam de certa autonomia que muitas vezes se contrapõe ao interesse público.

Mas o que é e qual a importância desses expedientes para o profissional? Regular significa definir os contornos do exercício de determinada profissão através de lei, estabelecer regras e direitos para os respectivos trabalhadores. Sua importância reside no fato de que a partir do estatuto legal, a categoria passaria a dispor de condições para a conquista de direitos, assim como ganharia destaque e reconhecimento pelo Estado e pela sociedade. Além disso, o Poder Judiciário passa a dispor de normas mais específicas para aplicar aos casos concretos que envolvam trabalhadores daquele segmento.

Ocorre que os estudiosos da sociologia das profissões apontam outros caminhos para o estabelecimento de uma profissão^{24,25}, assim definida:

uma ocupação auto-regulada, que exerce uma atividade especializada, fundamentada numa capacitação ou formação específica, com forte orientação para o ideal de servir à comunidade, norteadas por princípios ético-profissionais definidos por ela mesma. Portanto, a noção de profissão está intrinsecamente vinculada à idéia de uma atividade humana que, mediante conhecimento especializado, atua em determinado ‘fim social’²⁴.

Entre os critérios para o estabelecimento de uma profissão pode se destacar um *corpo “esotérico” de conhecimentos*, enquanto conjunto de habilidades e conhecimentos referentes a um segmento do saber, e uma

orientação para um ideal de serviços com base num elenco de valores que fornece identidade cultural para a ação de sujeitos. Dessa forma, para legitimar a autoridade profissional colocam-se três prerrogativas: primeiro, que o conhecimento e a competência do profissional tenham sido acordados por uma comunidade de pares; segundo, que esse saber e essa competência tenham por base fundamentos racionais e científicos; terceiro, que o juízo e o conselho profissionais estejam orientados por um conjunto de valores essenciais. Esses aspectos da legitimidade correspondem aos atributos - profissionais, cognitivos e morais²⁵.

Já entre os fatores que colaboram para a emergência de um novo âmbito profissional podem ser considerados os seguintes: avanço do conhecimento científico, progresso tecnológico, identificação de problemas, necessidades e agendas, novas políticas públicas, mercados de bens e serviços, estrutura do complexo de organizações prestadoras de serviços, divisão social e técnica do trabalho, entre outros. Nesse sentido, alguns passos podem ser identificados no processo de profissionalização: a) o trabalho torna-se uma ocupação de tempo integral; b) criam-se escolas quando a transmissão de conhecimentos é feita de modo sistematizado para os aspirantes por pares experientes; c) forma-se a associação profissional, quando se definem os perfis profissionais que fornecerão identidade ao grupo; d) a profissão é regulamentada; e) adota-se um código de ética e estabelecem-se normas e regras profissionais²⁶. No caso da SC, a maioria daquelas condições, fatores e passos já foram concretizados.

Entretanto, na tradição jurídica brasileira a regulamentação profissional pressupõe a

criação de conselhos profissionais que passam a se constituir como uma condição para o reconhecimento de determinada profissão, uma vez que o Estado delegou a regulamentação de muitas profissões aos conselhos corporativos. Assim, a criação e o funcionamento dos conselhos de fiscalização das profissões no Brasil têm origem nos anos 1950, quando o Estado passou a regulamentar profissões e ofícios considerados liberais. Nesse patamar legal, os conselhos têm caráter basicamente corporativo, com função controladora e burocrática. São entidades criadas para exercerem o controle político do Estado sobre os profissionais, num contexto de regulação estatal sobre o exercício do trabalho. Assim, diversas categorias de profissionais de saúde já estão devidamente regulamentadas²⁷.

A supervalorização dessas instâncias supondo facilidade de obtenção de emprego ou defesa de interesses corporativos muitas vezes negligencia o fato de que o trabalho do profissional de SC é exercido, fundamentalmente, no setor público e que nesse caso pode bastar a realização de concursos públicos e a criação de carreiras para a incorporação dessa força de trabalho no SUS. Não custa lembrar o fato de que os sanitaristas pós-graduados sempre atuaram na carreira sem uma regulamentação específica, apenas utilizando a inscrição nos conselhos corporativos da formação graduada como Conselho Regional de Enfermagem (COREN), Conselho Regional de Medicina (CRM), Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) etc.

Essas considerações não propõem abdicar da criação de um conselho específico para a SC, mas problematizar tal opção e a

pertinência de concentrar energias nessa luta, quando poderiam ser buscados caminhos mais consentâneos com a natureza do campo.

CAMPO DE ESTÁGIO

A discussão de alternativas para campo de estágio nos CGSC requer preliminarmente uma reflexão sobre práticas de saúde e sobre a natureza do processo de trabalho em SC. Isto significa avançar para além do senso comum de entendimento de prática como oposto à teoria, considerando que não há prática em geral, mas práticas distintas:

Todos os níveis de existência social são os lugares de distintas práticas: a prática econômica, a prática política, a prática técnica, e a prática científica (ou teórica)²⁸.

Como se afirmou anteriormente, a SC assentou-se num triedro articulando Saber, Ideologia e Prática¹¹, cabendo examinar as teorias e ideologias acerca de práticas específicas desse campo em constituição. Nesse sentido faz-se necessária uma revisita aos nossos clássicos que reconheceram a Medicina e a Saúde Pública como práticas sociais, não livres das determinações que a estrutura social faz incidir sobre essas práticas de saúde^{29,12}. Assim, a análise do *Dilema Preventivista* ressaltava suas limitações enquanto prática ideológica, sugerindo a sua superação mediante o desenvolvimento de uma prática política e uma prática científica (teórica), além das práticas técnicas¹². Desse modo, foi formulado o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, articulado ao campo científico da Saúde Coletiva^{9,13}.

Para tanto se fez necessário ultrapassar

as necessidades de saúde como “objeto ingênuo”²⁹, procedendo-se a uma crítica ao sanitarismo institucional e a sua noção de população. Com base no estudo da articulação entre as práticas da SC e a totalidade social³⁰ seria possível conceber um vínculo orgânico entre um saber renovado e práticas políticas. Portanto, a SC é um campo estruturado de práticas, articulado ao conjunto das práticas sociais, em que se realiza uma aplicação científica e tecnológica. Trata-se de uma prática técnica, cientificamente fundada, com duas dimensões fundamentais: *política-gerencial-organizacional* e *epidemiológica-social*⁴.

Portanto, na construção do campo da SC tem-se entendido *prática* como um processo de transformação. Desse modo, identificam-se três componentes ou “momentos”: objeto, meios de trabalho e trabalho propriamente dito ou atividades³¹. Busca-se uma certa reconceitualização do objeto dessa prática, uma crítica a “produtos” e finalidade, incluindo a discussão dos meios de trabalho e das tecnologias acionadas no processo de trabalho³². Este trabalho teórico possibilita uma reflexão sobre atividades (prática reflexiva) e o questionamento das relações técnicas e sociais sob as quais é realizado o trabalho em organizações de saúde, incluindo a sua “cultura organizacional”³⁴.

Procurando superar uma visão inocente de *prática* como o oposto à *teoria*, a SC tem revisitado um conjunto de teorias da ação no seu *pensar*, bem como diferentes tipos de *agir* (instrumental, estratégico e comunicativo). Além da sua matriz marxista original^{33,30}, a SC tem utilizado amplamente o referencial da filosofia da práxis e as contribuições weberiana, habermasiana e bourdieusiana^{34,35,36,37,38,39,40}.

Tende a articular o pensamento estratégico na política, planificação e gestão⁴¹ com a intervenção técnica e ético-política no âmbito dos direitos humanos em torno das ações de saúde de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Este pensamento estratégico, na realidade, é um pensamento sobre o poder, pois política concerne a tudo que está relacionado com a distribuição, deslocamento ou conservação do poder^{42,43}. E, ao se conceber poder para além de *recurso* ou *capacidade*, cabe destacar a sua dimensão processual-relacional. Nessa dimensão, poder significa “qualquer relação social regulada por uma troca desigual”⁴⁴, seja de bens, serviços, símbolos, valores, aptidões, interesses, identidades, meios, recursos, etc. Para este sociólogo português seria possível identificar numa dada relação social a expressão do poder:

O que faz uma relação social um exercício de poder é o grau com que são

desigualmente tratados os interesses das partes na relação, ou o grau com que A afeta B de uma maneira contrária aos interesses de B⁴⁴.

Diferentemente de certas concepções sobre o poder que o vêem presente em todas as relações, independente da ação dos sujeitos, essas reflexões podem ajudar a atuar técnica e politicamente no SUS e na educação dos profissionais de SC para mudar as práticas de saúde. Uma via a ser utilizada pode partir de um mapeamento da Saúde Pública institucionalizada no atual desenvolvimento do SUS, gerando novas questões postas pela graduação em SC. Nessa perspectiva, pode explorar um conjunto de possibilidades de campos de práticas e estágios inclusive no sanitarismo convencional e em suas práticas “ausentes” ou “equivalentes”.

Os cursos podem optar pela reprodução ou restauração da Saúde Pública convencional ou inovar a partir de acordos de grupos

Quadro 1. Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) segundo OMS/OPAS/CDC⁴⁵

- Incentivo à promoção da saúde;
- Promoção do respeito à vida e à participação;
- Democratização do acesso e uso da informação em saúde;
- Garantir acesso universal a serviços integrais;
- Regulação da produção e comercialização de bens e serviços vinculados à saúde;
- Garantir equidade, eficácia e idoneidade de intervenções em saúde;
- Proteger a população frente a epidemias e catástrofes;
- Garantir segurança dos insumos.
- Monitoramento e análise da situação de saúde da população;
- Vigilância epidemiológica, investigação e controle de danos e riscos;
- Promoção da saúde;
- Participação social e reforço do poder [*empowerment*] dos cidadãos em saúde;
- Desenvolvimento de políticas e planos de saúde;
- Regulação e fiscalização;
- Avaliação e promoção do acesso aos serviços de saúde;
- Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública;
- Avaliação de tecnologias sanitárias e garantia da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos;
- Investigação de novas tecnologias e soluções inovadoras em saúde pública;
- Gestão em saúde pública;
- Ação frente à situação de emergência e controle de desastres⁴⁵.

construídos em torno das *Funções Essenciais de Saúde Pública*, conforme os Quadros 1 e 2^{45,46}. Nesses campos de estágios os alunos devem ser estimulados a se envolver, também, com funções de direção, planejamento, administração, gerência, supervisão, controle, auditoria, assessoria, consultoria, pesquisa e avaliação de práticas nos sistemas, serviços e unidades de saúde, dentre outras.

Para além das FESP, os CGSC podem apostar em práticas de SC que incidam sobre a distribuição dos poderes técnico, administrativo e político nos serviços, instituições e setor saúde, aproximando-se de uma região de práticas distintas. Isto significaria uma ruptura com a Saúde Pública institucionalizada e uma radicalização do processo da Reforma Sanitária Brasileira, tal como sugerem algumas reflexões contemporâneas^{4,10}. Assim, a participação em

Quadro 2. Práticas em Saúde Coletiva a partir das FESP validadas pelo CONASS

1. Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde;
2. Vigilância, investigação e controle de determinantes sociais, riscos e danos à saúde;
3. Promoção da saúde;
4. Mobilização, participação e controle social em saúde;
5. Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde;
6. Regulação, fiscalização, controle, auditoria e ouvidoria em saúde;
7. Promoção, organização e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços e ações de saúde, especialmente de caráter coletivo;
8. Administração, desenvolvimento e formação de recursos humanos em saúde ou Gestão do trabalho e da educação em saúde;
9. Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde;
10. Pesquisa, avaliação e incorporação tecnológica em saúde;
11. Comunicação e educação em saúde;
12. Planificação, gestão, monitoramento e avaliação de políticas, sistemas, programas e serviços de saúde;
13. Redução do impacto de emergências e desastres em saúde e controle ambiental⁴⁶.

movimentos sociais e entidades como Cebes, Abrasco, ONGs, entre outras, poderia ser estimulada e considerada como prática e campo de estágio em SC, reconhecendo créditos e possibilitando avaliação coletiva.

CONSTITUIÇÃO DE SUJEITOS

Os impasses atuais no processo da RSB e na implementação do SUS^{20,47,48,49} exigem mais que investigação, trabalho teórico e metodologias de ensino-aprendizagem. Requerem a constituição e organização de sujeitos individuais e coletivos, considerando as teorias da ação disponíveis, capazes de

recompôr as práticas de SC como uma utopia concreta para além do sanitarismo. Assumindo a centralidade da crítica, a SC pode, nesses termos, revisitar o seu triedro constituinte e

reatualizar a crítica da ciência, das ideologias e das práticas: *negar, construindo; construir, negando*⁵⁰.

Assim, a constituição do sujeito da SC, seja na graduação ou na pós, supõe a articulação da prática teórica e da prática política, bem como o desenvolvimento da *atitude crítica* e de uma *aptidão crítica* no sentido de superar uma consciência mágica ou ingênua e de alcançar consciência crítica que ajude a empreender um

pensamento e um agir estratégico no âmbito da saúde. Enquanto a *atitude crítica* o sujeito pode trazer ou não para a academia e os serviços de saúde em função de sua história pessoal, a aptidão crítica pode ser desenvolvida ou não por tais organizações. Conseqüentemente,

existiriam *seguidores passivos* (Diagrama 1) quando os sujeitos não trouxessem uma atitude crítica nem encontrassem iniciativas de desenvolvimento de uma aptidão crítica nas universidades e no sistema de saúde, ou *sujeitos transformadores* quando se realiza o

Diagrama 1. A crítica na constituição de sujeitos: usos positivos das contradições e conflitos⁵¹.

CRÍTICA		APTIDÃO (objetiva)	
		Sim	Não
A T T I T U D E (subjetiva)	Sim	Sujeitos transformadores	Oposição estéril
	Não	Funcionários de governo	Seguidores passivos

encontro entre atitude crítica (subjetiva) com a aptidão crítica (objetiva). Nesse diagrama, ainda é possível identificar as possibilidades de sujeitos constituídos como *funcionários de governo* e como *oposição estéril*⁵¹.

Já no diagrama 2 podem ser identificados diferentes níveis de organização dos sujeitos individuais e coletivos, considerando as possibilidades de existência de um sujeito potencial ou de um sujeito constituído⁵². Nesse diagrama é possível observar que um sujeito potencial pode atravessar os níveis individual, comunitário, institucional, político e estatal sem passar por um processo de constituição. Assim, apresenta-se como indivíduo, massa, funcionário, consumidor, votante ou população. Já um sujeito constituído pode se transformar em

ator social. Cabe ressaltar, ainda considerando tal diagrama, que a possibilidade de um sujeito potencial passar a categoria de um analisador, militante ou *ator social* estaria presente até o nível institucional. Nos níveis político e estatal de organização, seguindo o esquema já não existiria a possibilidade de o sujeito potencial transformar-se em sujeito constituído.

Nessa perspectiva, *ator social* é aquele capaz de introduzir temas e questões na agenda do Estado. Ou nas palavras desse pensador estratégico:

Podemos agora identificar uma similitude entre atores individuais e coletivos conscientes, no sentido de que sua incorporação como atores sociais

vai depender da busca de um espaço na sociedade política ou na sociedade civil. Essa busca, para o sujeito coletivo é uma luta que se leva a cabo nas condições fixadas pelo Estado ou, quando essas condições estabelecem um bloqueio total, contra o Estado⁴¹.

Desse modo torna-se possível identificar

novos sujeitos da SC. Há os sujeitos individuais tais como profissionais, trabalhadores de saúde, usuários ou cidadãos e os sujeitos coletivos a exemplo de movimentos sociais e organizações. Entre os primeiros cabe destacar o autogoverno na democracia: “complexo processo de aprendizagem que envolve a autoformação e a transformação dos sujeitos”⁵³. Já os sujeitos coletivos, no

Diagrama 2. Constituição e organização de sujeitos (Testa, 2005)⁵²



Testa M. Vida. Señas de identidade (miradas al espejo). Salud Colectiva. 2005; 1(1):33-58.

caso brasileiro, podem ser mencionados os conselhos de saúde, movimento sanitário, entidades, fóruns, organizações como Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde (SES), Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Conass, Conasems, Cebes, Abrasco etc.

FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE

SAÚDE COLETIVA

As reflexões acima convidam repensar o processo ensino-aprendizagem, acentuando uma ênfase no *meio* (estudo como trabalho) e na *finalidade* (do aprender), em vez de privilegiar o ensino e a aprendizagem. Desse modo, outras perguntas surgem para o debate: aprender para que? Para ficar mais sábio ou

sabido? Para fazer diferente ou praticar mais e melhor do mesmo? Aprender para conservar ou para mudar o mundo? Aprender a favor de que e de quem? Aprender contra que e contra quem?

Se essas e outras perguntas estão presentes nos CGSC certamente é possível pensar na educação para além de ensino e *adestramento*. É possível repensar a *formação* do profissional e a *constituição* do sujeito, entendendo a educação como uma forma de não repetir a História. Assim, sinteticamente, encontram-se disponíveis dois grandes grupos de concepções de educação: a *liberal-democrática* e a *marxista*. O primeiro encerra um duplo idealismo: 1) as idéias seriam trazidas pelos educadores que não seriam influenciados pelas circunstâncias; 2) as idéias teriam força para mudar por si o curso das coisas. O segundo parte da tese 3 sobre Feuerbach:

A teoria materialista de que os

homens são produto das circunstâncias e da educação e de que, portanto, homens modificados são produto de circunstâncias diferentes e de educação modificada, esquece que as circunstâncias são modificadas precisamente pelos homens e que o próprio educador precisa ser educado⁵⁴

Além do questionamento do docente em SC, seu trabalho, visões de mundo, compromisso social e ético-político, esta concepção possibilita compreender, também, a educação enquanto prática social, ou seja: processo de transformação de um *objeto-agente-sujeito* em *sujeito-agente-produto* através do trabalho humano de *sujeitos-agentes*, sob determinadas *relações técnicas e sociais*, utilizando *meios de trabalho* específicos¹. Portanto, as profissões de saúde vão além de ciência, aplicação tecnológica e arte. Implicam um *trabalho reflexivo* impresso nas *práticas de saúde* e nas competências gerais do sujeito (Quadro 3):

Quadro 3. Competências gerais do sujeito da Saúde Coletiva

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Capacidade de análise do contexto em relação às práticas que realiza<input type="checkbox"/> Compreensão da organização e gestão do processo de trabalho em saúde<input type="checkbox"/> Exercício de um agir comunicativo ao lado do estratégico<input type="checkbox"/> “Advocacy” ou habilidade para proceder denúncia de situações e convencimento de interlocutores<input type="checkbox"/> Tolerância e diálogo em situações conflitivas<input type="checkbox"/> Atenção a problemas e necessidades de saúde<input type="checkbox"/> Senso crítico quanto a efetividade e ética das intervenções propostas ou realizadas<input type="checkbox"/> Permanente questionamento sobre o significado e o sentido do trabalho e dos projetos de vida⁵⁵.
--

Assim, na constituição de novos *sujeitos-agentes* ético-políticos da SC vários autores têm apontado as seguintes estratégias: privilegiamento do conceito de necessidades

e práticas de saúde; trabalho como princípio educativo; reconhecimento e valorização do mundo da vida dos sujeitos; distinção entre os sujeitos epistêmico, avaliador e público; problematização como enfoque de ensino;

ênfase no estudo e na aprendizagem (aprender a aprender / professor como um guia) e menos no ensino.

No que diz respeito ao ensino, caberia considerar os seguintes passos: a) mapeamento dos sujeitos sociais e atores institucionais; b) identificação de aliados estruturais e conjunturais; c) análise de vantagens/desvantagens de processos instituintes face ao instituído; d) exame de incentivos para mudar e de desincentivos para conservar; e) reeducação dos educadores enquanto *sujeitos dinamizadores* de mudanças e

transformações. No desenho metodológico podem ser explicitados princípios pedagógicos a partir de oficinas especiais onde ocorreriam a formulação de estratégias pedagógicas, planejamento e organização de conteúdos, seleção de bibliografia, etc. Nesse particular, podem ser acionados *momentos de interação pedagógica* (MIP) voltados para análises de situação e elaboração de planos de ação, *momentos de interação com o trabalho* (MIT) quando seriam privilegiadas as intervenções, seja através do *saber operante*, seja mediante o *saber prático* e *momentos de avaliação e perspectivas* (MAP), quando se realizaria o monitoramento e a avaliação do processo de qualificação dos sujeitos, desencadeando novos processos (Paim, 2001)⁵⁵.

COMENTÁRIOS FINAIS

Enquanto texto-base para debate, o presente artigo procurou insinuar várias possibilidades que se abrem com o desencadeamento do processo de implementação da graduação em SC no Brasil. Reconhece que a SC brasileira já dispõe de um acúmulo científico,

histórico, conceitual, teórico, epistemológico, metodológico, técnico e operacional para sustentar um processo de profissionalização para além do sanitarismo.

Ao analisar a prática da SC através da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde e buscando no pensamento estratégico as alternativas para a constituição dos sujeitos o texto sugere alguns cursos de ação. No entanto, novas reflexões se fazem necessárias para responder aos desafios da prática³⁰. Assim, por exemplo, a elaboração de uma Teoria do Sujeito parece de grande relevância para o campo da SC. Poderia ser concebido um sujeito constituído no espaço de confluência de uma multiplicidade de posições de sujeitos, com possibilidades inteiramente novas para a atuação política^{56,53,57}. Nessa perspectiva, a identificação de distintos antagonismos na sociedade contemporânea permite a exploração de novas vias de radicalização da democracia⁵⁸ na construção da contra-hegemonia⁵⁹.

Finalmente, cabe mencionar certos limites e particularidades do sujeito da SC enquanto profissional ou trabalhador de saúde. Cumpre lembrar que ele compõe a força de trabalho em saúde (FTS) que, simultaneamente, representa uma mercadoria essencial ao processo de produção de serviços de saúde, e pode se transformar em *ator social* importante de um setor marcado pelo uso intensivo do trabalho⁶⁰. Essa dupla inserção na estrutura social permite visualizar *elementos objetivos* (econômico e demográfico) e *subjetivos* (cultural e político-ideológico) capazes de se transformarem em consciência crítica e organização política para modificar as circunstâncias. Desse modo, é

possível conceber a valorização, gratificação e realização desse trabalho e dessa pessoa enquanto sujeito não sujeitado, e não apenas FTS.

Como a graduação em SC pretende superar as práticas e identidades profissionais tradicionais da Saúde Pública, a opção pela titulação Bacharel em Saúde Coletiva aponta com mais clareza para uma formação interdisciplinar, com ênfase nas noções de direito à saúde, cidadania e emancipação dos sujeitos. Além disso, o bacharel corresponde a uma titulação acadêmica, não se remetendo diretamente ao campo profissional, o que evita antecipar possíveis dilemas e disputas corporativas a serem enfrentados em outros momentos e espaços.

O trabalho em SC apresenta dimensões técnica, econômica, política e ideológica quando os valores de solidariedade, igualdade, justiça e democracia são centrais. Exibe um componente ético-político comprometido com a emancipação dos seres humanos ⁶¹ e com a preservação do ambiente. Superando o sanitarismo a partir da ruptura com a Saúde Pública subalterna aos centros hegemônicos, esses novos sujeitos poderão responder aos desafios da SC no século XXI, já projetados há três décadas atrás:

A variedade e o caráter frequentemente restrito e restritivo das conceptualizações do coletivo/social não invalidam o fato de que as práticas sanitárias se viram constantemente invadidas pela necessidade de construção do social como objeto de análise e como campo

de intervenção. Nem devem induzir à suposição de que a vida social concreta acabe por tornar-se mero produto dessas opções conceituais. Ela irromperá, certamente, sob outras formas, também, no campo do saber, quando as malhas conceituais e sociais se revelarem estreitas face à concretude dos processos sociais¹⁷.

Para tanto cumpre atentar para as tendências objetivas que se enfrentam no mercado de trabalho, seja para a capitalização e privatização da saúde, seja para o reforço ao sistema público de saúde, com controle social efetivo, mediante a reorientação das políticas públicas. No plano político, cabe observar a composição do bloco no poder e os movimentos das forças liberais-conservadoras, social-democratas e democrático-populares, com seus diferentes projetos para o Brasil:

Satisfazer o que o campo da Saúde Coletiva instaurou, de raiz, como suas próprias necessidades, quando buscou instituir-se com a qualidade de projeto duplamente reformador: quanto à crítica das necessidades em saúde culturalmente dadas e o modelo assistencial vigente de satisfazê-las, na assistência médica (modelo biomédico, liberal e privatizante da produção dos serviços e elitista no acesso) e na saúde pública (modelo da educação sanitária, de cunho liberal-individualizante no que concerne às práticas de prevenção); e quanto à crítica da alienação social e política da face técnico-científica do campo⁶².

A radicalidade e a vitalidade desse campo

em construção ajudam a pensar novos passos para além do sanitarismo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paim JS. Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1994.
2. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778-1797.
3. Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011jun; 377(9782):2042-2053.
4. Paim JS. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006
5. Bosi MLM, Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: Subsídios para um debate necessário. *Cad.Saude Publica*. 2009; 25(2):236-237.
6. Chaui M. Boas-vindas à Filosofia. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2010.p. 35-36.
7. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social Medicine then and now: lessons from Latin America. *Am. j. public health*. 2001; 91(10):1592-1601.
8. Garcia JC. Apresentação: Juan César Garcia entrevista Juan César Garcia. In: Nunes,E. D. (Org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina. Tendências e Perspectivas*. Brasília: OPAS; 1985.
9. Paim JS. Do “Dilema Preventivista” à Saúde Coletiva. In: AroucaAS. *O Dilema Preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.151-6.
10. Paim JS. Contribuições do Marxismo para a Reforma Sanitária Brasileira. In: Pereira MC, Silva MDF. *Recortes do pensamento marxista em saúde*. Brasília: Dreams; 2006.p.29-41.
11. Escorel S. - *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento Sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998.
12. Arouca AS. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
13. Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
14. Ribeiro PT. *A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil [dissertação]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1991.p.132.
15. Paim JS, Almeida-Filho N. *A crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
16. Lima NT, Santana JP (Org.) *Saúde Coletiva como Compromisso: A trajetória da ABRASCO*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2006.

17. Donnangelo MCF. A Pesquisa na Área de Saúde Coletiva no Brasil: a década de 70. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO, PEC/ENSP. 1983;vol. 2. p. 17-35.
18. Bosi MLM, Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(4):2029-2038.
19. Noronha J, Santos I, Pereira T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: Santos NR, Amarante PDC (orgs.). Gestão pública e relação público-privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2011. p.152-79.
20. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: uma promessa não cumprida? In: Sousa MF, Fernandes WR, Mendonça AVM, Cabral JC, Rocha GC. A saúde em construção: das imagens às palavras. Encontro de gerações. Campinas-SP: Saberes Editora; 2011. p.69-79.
21. Ocké-Reis CO. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
22. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.
23. Elias PE. Graduação em Saúde Coletiva: notas para reflexões. Interface comun. saúde educ.2003; 7(13):167-70.
24. Machado MH. et al, Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1997.
25. Starr P. La Transformación Social de la Medicina en los Estados Unidos de América (Tradução de Agustín Bárcena). México: Fondo de Cultura Económica; 1991.
26. Machado MH (org.). Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p.11-33.
27. Girardi SN, Fernandes Junior H, Carvalho CL. A Regulamentação das Profissões de Saúde no Brasil. Espaço Saúde [internet]. 2000 [acesso em 2013 jun 10]; 2(1). Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/RPSB.htm>
28. Althusser L. Prefacio: De “El Capital” a la filosofia de Marx. In: Althusser L, Balibar E. Para leer El Capital. 15.ed.México: SigloVeintiuno editores; 1977.
29. Donnangelo MCF. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976. p.24.
30. Paim JS. Collective Health and the challenges of practice. In: PAHO. The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate. Washington D.C.: PAHO; 1992. p.136-150.
31. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992. (Cadernos CEFOR – Textos, 1).
32. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização das práticas de saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1994.
33. Teixeira SF (Org.) Reforma Sanitária em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989.

34. Bensaïd D. Marx ha vuelto. 1ª. Ed. Buenos Aires: Edhasa; 2011.
35. Renault E, Duménil G, Löwy M. Ler Marx. São Paulo: Editora UNESP; 2011.
36. Coutinho CN (org.). O leitor de Gramsci: escritos escolhidos 1916-1935. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011.
37. Vázquez AS. Filosofia da práxis. 1a. Ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciências Sociales – CLACSO; São Paulo: Expressão Popular; 2007.
38. Coelho MFP, Bandeira L, Menezes ML (org.) Política, ciência e cultura em Max Weber. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado; 2000.
39. Habermas J. Teoria e praxis. Estudios de filosofia social. Madrd: Ed. Tecnos; 1990.
40. Bourdieu P. Razões práticas. Sobre a teoria da ação. Campinas: Papius Editora; 1997.
41. Testa M. Pensamento Estratégico e Lógica de Programação (o caso da saúde). São Paulo-Rio de Janeiro: Editora HUCITEC-Abrasco; 1995.
42. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes médicas/ABRASCO; 1992.
43. Held D. Desigualdades de poder, problemas da democracia. In: Miliband D. Reinventando a esquerda. São Paulo: Fundação Editora UNESP; 1997.p.67-82.
44. Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez; 2000.p.266.
45. CDC/CLAISS/OPS. La salud pública en las Américas. Instrumento para la medición de las funciones esenciales de salud pública. Versión preliminar (documento de trabajo); 2000.
46. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília: CONASS; 2007.
47. Paim JS. O futuro do SUS. Cad. Saúde Pública; 2012;28:612-613.
48. Borges FT, Moimaz SAS, Siqueira CE, Garbin CAS. Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde. O Papel das Organizações Sociais de Saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.
49. Costa AM, Bahia L, Scheffer M. Onde foi parar o sonho do SUS?. Brasil: Le Monde Diplomatique. 2013; 69:30-31.
50. Ayres JRCM. Conceptos y prácticas em salud pública: algunas reflexiones. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2002; 20(2):67-82.
51. Testa M. Decidir en Salud: ¿Quién?, ¿Cómo? Y ¿Porqué?. Salud Colectiva. 2007;3(3):247-257.
52. Testa M. Vida. Señas de identidad (miradas al espejo). Salud Colectiva. 2005; 1(1):33-58.
53. Dallmayr F. Para além da democracia fugidia: algumas reflexões modernas e pós-modernas. In: Souza, J. (org.) Democracia

hoje. Novos desafios para a teoria democrática contemporânea. Brasília: Editora UnB; 2001. p. 11-38.

54. Marx K. Teses sobre Feuerbach. In: Marx K, Engels F. Textos. Volume 1. São Paulo: Edições Sociais. 1977. p.118-120.

55. Paim JS. Transición paradigmática y desarrollo curricular em Salud Pública. IN: OPS/OMS/ALAESP. Educación en Salud Pública. Nuevas perspectivas para las Américas. Washington D.C: OPS. 2001. p.85-112.

56. Nogueira MA. As Possibilidades da Política. Idéias para a Reforma Democrática do Estado. São Paulo: Paz e Terra; 1998.

57. Fleury S. Democracia e socialismo: o lugar do sujeito. In: Fleury S. & Lobato LVC. (org.) Participação Democracia e Saúde. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 24-46.

58. Laclau E, Mouffe C. Hegemonia y estrategia socialista. Hacia uma radicalización de la democracia. 3ª. ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010.

59. Loureiro S, Paim JS. The Social Production of Counter-Hegemonic Health Policies. In: X Conference International Association of Health Policy, 1998. Perugia, Itália: IAPH; 1998. p.101-106.

60. Saltarelli EC. Estudos sobre a força de trabalho em saúde no Brasil: história e perspectivas. Belo Horizonte: NESCON-UFGM; 1992.

61. Freire P. Pedagogia da autonomia.

Saberes necessários à prática educativa. 29a. Ed. São Paulo: Paz e Terra (Coleção Leitura); 2004.

62. Schraiber LB. Saúde Coletiva: um campo vivo. In: Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

Artigo apresentado em: 05/06/2013

Artigo aprovado em: 10/10/2013

Artigo publicado no sistema em: 03/11/2013