

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Helifrancis Condé Grôppo Ruela

A FORMAÇÃO DE SANITARISTAS E OS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

Rio de Janeiro

2013

Helifrancis Condé Grôppo Ruela

A FORMAÇÃO DE SANITARISTAS E OS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Orientador: Julio César França Lima

Rio de Janeiro

2013

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

R921f Ruela, Helifrancis Condé Grôppo
A formação de sanitaristas e os cursos de
graduação em saúde coletiva no Brasil /
Helifrancis Condé Grôppo Ruela. - Rio de
Janeiro, 2013.
134 f.

Orientador: Julio César França Lima

Dissertação (Mestrado Profissional em
Educação Profissional em Saúde) - Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,
Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

1. Educação Profissional em Saúde. 2. Saúde
Pública. 3. Saúde Coletiva. 4. Profissional da
Saúde. I. Lima, Julio César França. II. Título.

CDD 370.113

Helifrancis Condé Grôppo Ruela

A FORMAÇÃO DE SANITARISTAS E OS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Educação Profissional
em Saúde.

Aprovado em 25/09/2013

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^o. Julio Cesar França Lima – FIOCRUZ / EPSJV / LATEPS

Prof. Dr^a. Monica Vieira - FIOCRUZ / EPSJV / LATEPS

Prof. Dr^a. Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi – IESC/UFRJ

*Dedico este trabalho para Carla e para
meus pais, Helio e Anna.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Hélio e Anna por impulsionarem e não medirem esforços para que minha trajetória de estudos se desse de forma contínua, sobretudo nos períodos mais difíceis. A eles dedico o esforço impresso nestas páginas.

Às minhas irmãs Helianna e Hannieli por todo apoio e admiração ao longo dos anos de convivência.

Aos amigos André Búrigo Arthur Valente, Daniel Colen, Daniel Pifano, Guilherme Ávila, Lucas Bronzatto, Marcelo De Luca, Roberto Gervason e Rodrigo Otoniel. Eles e tantos outros, cada um à sua maneira, foram fundamentais ao longo do meu processo de formação pessoal, intelectual e acadêmica.

À equipe de trabalho do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde e aos trabalhadores da EPSJV que de alguma maneira contribuíram para a realização deste estudo.

Aos professores da pós-graduação da EPSJV, em especial à Marcela Pronko.

Ao Julio Lima pelo incentivo e confiança depositada desde o primeiro encontro e por passar tranquilidade e segurança em todo o processo de orientação pedagógica.

À Fátima Siliansky e Monica Vieira pelas valiosas sugestões no momento da qualificação e apontamento da pertinência e viabilidade do estudo.

À Carla, imprescindível para a conclusão desta etapa, pela ajuda com o texto, paciência com o difícil processo de elaboração da dissertação e pelo carinho e amor incondicional com que lidou com tudo isso. A ela também dedico este trabalho.

RESUMO

O objeto de estudo desta dissertação é a formação de sanitaristas na modalidade graduação no Brasil. A análise está situada dentro do impacto que a reconfiguração do capitalismo no final do século XX e início do século XXI promoveram na construção das políticas sociais. Considera o sanitarista um intelectual orgânico com origem e atuação vinculada ao surgimento e desenvolvimento do Estado capitalista. Enxerga a formação de sanitaristas no Brasil em sua totalidade, historicidade e contradição. Neste sentido, compreende o período que se estende de 1910 até os dias atuais e demonstra que a atuação e formação de sanitaristas não se iniciou com os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC) e que na verdade ela se reconfigurou. Permitiu também constatar que a formação de sanitaristas ao longo do último século não se deu de forma neutra e desinteressada, ao contrário, esteve permeada pela contradição. A análise política dos documentos referentes aos CGSC apontou, em termos pedagógicos, uma sintonia das propostas com o referencial epistemológico da sociedade do conhecimento e da pedagogia das competências. Em relação ao mundo do trabalho, o potencial de empregabilidade no mercado privado da saúde aponta para o surgimento de uma face “privada” ou “mercadológica”. No que concerne à política de saúde, as propostas analisadas fundamentam-se na matriz neoliberal da Terceira Via. A lógica é a da parceria e do diálogo com as ONGs. A concepção é a de público não estatal e de empreendedorismo, indícios de outra face, a do “sanitarista da Terceira Via”.

Palavras-chave: Sanitarista. Formação em Saúde Pública. Graduação em Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The subject of this thesis is the training on sanitariat in Brazil focusing in its undergraduate. To guide the analysis, we situated the subject within the impact that the reconfiguration of capitalism setting in construction of social policies in the late twentieth century and early twenty-first century. This study considers the sanitariat an organic intellectual whose origin and activities are linked to the emergence and development of the capitalist State action. It also brings the training of sanitariat in Brazil in its entirety, historicity and contradiction. From this perspective, this thesis covers the period extending from 1910 to the present day and demonstrates that the performance and training of sanitariat did not begin with the Undergraduate Public Health. Actually, this kind of training was reconfigured over the years. The results of this search show that the formation of sanitariat did not occur in a neutral and disinterested way. Instead it was permeated by contradiction. The analysis of the documents studied points out a convergence between the proposals of the epistemological framework of the knowledge society and the pedagogy of competences. In relation to the labor potential of employability in the private healthcare employment, indicates a “private” and “marketing” face of this health worker. Regarding to health policy, undergraduate proposals analyzed are based on the matrix of neoliberal Third Way. Its logic is the partnership between the State and Nongovernmental organizations and its conception is based on public but non-governmental and entrepreneurship, indicating a “Third way” face of the sanitariat.

Keywords: Sanitariat, training in Public Health, Undergraduate on Public Health

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Graduação em Saúde Coletiva
ALAESP	Associação Latino-Americana e do Caribe de Educação em Saúde Pública
APS	Atenção Primária à Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CEME	Central de Medicamentos
CES	Câmara de Educação Superior
CGSC	Cursos de Graduação em Saúde Coletiva
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRH	Centro Nacional de Recursos Humanos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSa	Confederação Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONESC	Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DMP	Departamentos de Medicina Preventiva
DENERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ENESC	Encontro Nacional de Estudantes de Saúde Coletiva
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
FESF	Fundação Estatal Saúde da Família
FESP	Funções Essenciais de Saúde Pública
FGSC	Fórum de Graduação em Saúde Coletiva

FHC	Fernando Henrique Cardoso
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMABC	Faculdade de Medicina do ABC
FMI	Fundo Monetário Internacional
FPS	Frente Parlamentar da Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
IFSP	Instituições Formadoras em Saúde Pública
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MARE	Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho Indústria e Comércio
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

OREALC	Oficina Regional para a Educação na América Latina e no Caribe
OS	Organizações Sociais
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Programas de Extensão de Cobertura
PEPPE	Programa de Estudos e Pesquisa Populacional e Epidemiológica
PESES	Programa de Estudos Socioeconômicos e Sociais em Saúde
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PLUS	Plano de Localização de Unidades de Saúde
PNE	Plano Nacional de Educação
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PPA	Plano de Pronta Ação
PPP	Projeto Político Pedagógico
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
SAMDU	Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
TIC	Tecnologias da Informação e da Comunicação
UERGS	Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
UFAC	Universidade Federal do Acre
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFMT	Universidade Federal do Mato Grosso
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFRR	Universidade Federal de Roraima
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNB	Universidade Federal de Brasília
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UPE	Universidade de Pernambuco
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USAID	United States Agency for International Development
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 A FORMAÇÃO DOS SANITARISTAS NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX: O RECONHECIMENTO DA ESPECIALIDADE SANITÁRIA PELO ESTADO BRASILEIRO	25
3 NÃO SÓ MÉDICOS: A FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DO SANITARISTA AO LONGO DA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XX.....	39
3.1 O ESTADO INTERVENCIONISTA, A AGENDA DESENVOLVIMENTISTA NO BRASIL E A MULTIPROFISSIONALIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA NOS ANOS 1950-1970.....	39
3.2 CRISE ECONÔMICA-SOCIAL E A DESCENTRALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO DE SANITARISTAS NOS ANOS 1970-1980	52
4 A RECONFIGURAÇÃO DO CAPITALISMO E A FACE GERENCIALISTA DOS SANITARISTAS NO BRASIL NO FINAL DO SÉCULO XX.....	60
4.1 CAPITALISMO NOS ANOS 1980-1990: O NEOLIBERALISMO E O “ESTADO DE MAL-ESTAR SOCIAL”	60
4.2 FINANCEIRIZAÇÃO DA ECONOMIA, REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA DO CAPITAL E O CAMINHO DA TERCEIRA VIA NO BRASIL.....	64
4.3 O PROGRAMA NEOLIBERAL PARA A EDUCAÇÃO: MERCADO DO CONHECIMENTO E CONHECIMENTO PARA O MERCADO	70
4.4 AS POLÍTICAS DE AJUSTE ESTRUTURAL DO CAPITAL E AS PROPOSTAS DOS ORGANISMOS INTERNACIONAIS PARA O SETOR SAÚDE	81
4.5 A REFORMA DO ESTADO NA SAÚDE E A CONTRARREFORMA INCONCLUSA DO SUS	87
4.6 FACE GERENCIALISTA DOS SANITARISTAS NO PERÍODO PÓS-SUS.....	91
5 NOVOS SANITARISTAS PARA UMA NOVA SOCIEDADE: ANÁLISE DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL.....	96
5.1 A HISTÓRIA RECENTE DA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL.....	96

5.2 ANÁLISE DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL.....	102
5.2.1 Graduação em Saúde Coletiva: por quê?.....	103
5.2.2 Graduação em Saúde Coletiva: para quê?	110
5.2.3 Graduação em Saúde Coletiva: para quem?	114
5.3 NOVAS FACES PARA O SANITARISTA?	119
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122
REFERÊNCIAS	125

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta dissertação é a análise da formação de sanitaristas na modalidade graduação no Brasil, os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC)¹. Este tema é uma construção permeada pelas minhas vivências nos últimos dez anos e está imbricado com minha trajetória acadêmica e profissional. Nesse sentido, achei pertinente trazer um breve resumo dos caminhos que percorri e das questões que me tocaram neste percurso até o mestrado.

Em 2001 iniciei minha graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF/MG). A formação de caráter mecanicista, biologicista, marcada pelo viés da reabilitação em detrimento da prevenção e da promoção da saúde, me desestimulavam a continuar no curso. Em 2003, entretanto, em contato com o Sistema Único de Saúde (SUS), despertei para a temática da formação e encontrei significado para concluir a graduação.

Este despertar teve como principal responsável o projeto VER-SUS Brasil – Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil (2004), que se constituiu em uma imersão de quinze dias em três municípios do Vale do Jequitinhonha (MG). Esse estágio foi organizado de forma que os estudantes pudessem vivenciar o cotidiano da gestão, da atenção na saúde e do controle social, além de debater e refletir sobre a formação que recebiam em seus cursos. Representou uma quebra de paradigma acadêmico e profissional para mim que, desde então, estudo e atuo no campo da Saúde Coletiva e no âmbito do SUS.

Concluída a graduação, ingressei, em março de 2006, na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), alcançando dois anos depois a formação de sanitarista. O projeto político-pedagógico do curso propunha como cenário exclusivo de práticas a gestão de serviços de saúde. No campo teórico as aulas eram, na grande maioria, expositivas e, em alguma medida, descoladas da realidade dos serviços além de os referenciais teóricos pouco contribuírem para uma leitura crítica da realidade. Questionava-me como me formaria

¹ Os cursos apresentam variação de nomenclatura: Saúde Coletiva; Gestão de Serviços de Saúde; Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde; Análise de Políticas e Sistemas de Saúde; Gestão de Saúde Coletiva; Gestão de Saúde; Gestão em Saúde Coletiva Indígena; Gestão em Saúde Ambiental; e Saúde Pública. Neste trabalho, entretanto, todos os cursos de graduação que visem à formação de sanitaristas serão doravante denominados Curso de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC).

um sanitarista sem vivenciar a realidade prática dos serviços na “ponta”, sem ter contato com profissionais de saúde e usuários. Esta problemática foi objeto de estudo do trabalho de conclusão do curso.

Dessa vez o que me alavancou e deu novo fôlego foi a participação ativa no Fórum Nacional de Residentes em Saúde. Este, surgido em outubro de 2006, teve forte protagonismo no processo de regulamentação das residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. Os encontros nacionais e as discussões na lista virtual eram pautados na crítica aos processos formativos tradicionais e em debates acerca das contradições existentes entre os princípios e diretrizes preconizadas pelo SUS e a organização do Estado neoliberal e suas implicações na efetivação do direito à saúde.

Em julho de 2008 me lancei a um novo desafio, ainda no campo da formação profissional em saúde e inserido nas discussões da Política Nacional de Residências Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde. Atuava agora na qualidade de docente da primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Piauí. A docência me instigou a pensar sobre a (re)formulação de conteúdos, práticas e metodologias de ensino-aprendizagem com a finalidade de formar trabalhadores mais conscientes e com capacidade de leitura crítica da realidade.

Através das produções bibliográficas da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ) apropriei-me da visão crítica e do acúmulo da instituição sobre a formação profissional em saúde. A partir dessas leituras e da reflexão sobre as experiências acumuladas, me senti estimulado a retomar os estudos sobre a formação do sanitarista agregando agora os elementos da educação profissional em saúde e suas matrizes teóricas de análise.

Pensava em estudar a formação de sanitaristas partindo dos programas de Residência em: Medicina Preventiva e Social; Medicina Geral e Comunitária; e Saúde Coletiva. No entanto, durante o IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (2009), chamou-me atenção a presença na programação do evento de uma Oficina de Trabalho: “Graduação em Saúde Coletiva”. Houve também uma mesa com o mesmo tema onde achei que seria debatida a viabilidade da proposta, mas na verdade já se configurava um momento de avaliação positiva de cursos implantados em algumas Instituições Federais de Ensino Superior. A partir de então comecei a pesquisar os interesses e as

justificativas que se colocavam na esteira da “*antecipação da formação do sanitarista*”² à partir da graduação em Saúde Coletiva.

Antes de voltar para o objeto e definir o que aqui estamos tratando como sanitarista, vejamos sobre que base epistemológica nos apoiamos neste estudo. Trata-se do referencial teórico-metodológico inspirado na corrente de pensamento social marxista e sua expressão enquanto forma de apreensão/compreensão da realidade: o materialismo histórico dialético.

Este é um sistema filosófico elaborado por Karl Marx no século XIX como forma de interpretação da realidade e dos fenômenos. Wood (2003, p.32) coloca que

uma compreensão materialista do mundo é uma compreensão da atividade social e das relações sociais por meio das quais os seres humanos interagem com a natureza ao produzir as condições de vida; é uma compreensão histórica que reconhece que os produtos da atividade social, as formas de interação social produzidas por seres humanos, tornam-se elas próprias forças materiais, como o são naturalmente dadas.

Para Marx (2008), o método cientificamente exato consiste em fragmentar progressivamente a realidade, passando a conceitos cada vez mais simples para uma posterior viagem de retorno à realidade, que após esta abordagem analítica será vista como uma rica totalidade de determinações e relações diversas. Nesse sentido,

o concreto é concreto, porque é a síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso. Por isso, o concreto aparece no pensamento como o processo da síntese, como resultado, não como ponto de partida, embora seja o verdadeiro ponto de partida e, portanto, o ponto de partida também da intuição e da representação (MARX, 2008, p. 258).

Em nosso entendimento, Karel Kosík é o autor no campo da tradição marxista que melhor trabalha e desenvolve o materialismo histórico dialético. Segundo Kosík (1976, p.30),

o progresso da abstratividade à concreticidade é [...] em geral [um] movimento da parte para o todo e do todo para a parte; do fenômeno para a essência e da essência para o fenômeno; da totalidade para a contradição e da contradição para a totalidade; do objeto para o sujeito e do sujeito para o objeto.

² Expressão cunhada a partir do título de artigo publicado por Teixeira (2003): “Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista”.

Sobre a questão do método, Netto (2011) afirma que ele apresenta-se de forma central e polêmica no âmbito da teoria social, tanto que Durkheim (positivismo) e Weber (sociologia compreensiva) empreenderam significativos esforços sobre metodologia. No caso da teoria social de Marx a questão do método também se apresenta como um nó de problemas.

E, neste caso, problemas que não se devem apenas a razões de natureza teórica e/ou filosófica: devem-se igualmente a razões ideopolíticas – na medida em que a teoria social de Marx vincula-se a um projeto revolucionário, a análise e a crítica da sua concepção teórico-metodológica (e não só) estiveram sempre condicionadas às reações que tal projeto despertou e continua despertando. Durante o século XX, nas chamadas “sociedades democráticas”, ninguém teve seus direitos civis ou políticos limitados por ser durkheimiano ou weberiano – mas milhares de homens e mulheres, cientistas sociais ou não, foram perseguidos, presos, torturados, desterrados e até mesmo assassinados por serem marxistas (NETTO, 2011, p.10).

Seguindo esta trilha da formulação de Marx, Simões Barbosa (2010) questiona: “a quem serve o conhecimento?” A interrogativa nos interessa uma vez que a autora a direciona, particularmente, para o campo da Saúde Coletiva:

Se assumimos, com o marxismo, que nenhuma ciência social é neutra e que toda teoria ou modelo explicativo da sociedade implica, mesmo que não explicitamente, em um posicionamento político, como nós – professores, pesquisadores, acadêmicos em geral – temos nos colocado, individual e coletivamente, em relação a esta sociedade (no mínimo) problemática? Pergunta incômoda, particularmente na Saúde Coletiva, um campo historicamente marcado pelo envolvimento e compromisso político com a coletividade e com o bem público (SIMÕES BARBOSA, 2010, p.12).

É a partir destas considerações que a pesquisa sobre os CGSC foi desenvolvida. Nossas categorias gerais foram: historicidade, totalidade, e contradição. Historicidade porque a formação de sanitaristas não se inicia com esta nova modalidade proposta e, sendo produto da ação humana, está em constante transformação, não é eterna nem neutra, expressa sempre um determinado sentido. Totalidade porque enquanto fenômeno histórico os CGSC precisam ser analisados e compreendidos em mediação com as mudanças que se dão na produção e na cultura, no conjunto da vida social. Contradição, pois inserido no modo de produção capitalista pode servir contra ou a favor da classe dominante uma vez que “a totalidade concreta e articulada que é a sociedade burguesa é uma *totalidade dinâmica* [...] [que] resulta do caráter *contraditório* de todas as totalidades [...]” (NETTO, 2011, p.57, grifo do autor).

Partindo do princípio de que a atividade do sanitarista desenvolveu-se atrelada ao desenvolvimento do Estado capitalista, duas categorias específicas emergem como fundamentais para o desenvolvimento desse estudo: intelectuais e Estado. Categorias estas que, especialmente à luz dos postulados de Gramsci, possuem estreita relação entre si.

Gramsci trabalha com a concepção de um “Estado integral”, composto pela sua fórmula clássica, “Estado = sociedade política + sociedade civil” (GRAMSCI, 2012). É a partir desta concepção que Buci-Glukzman, em 1975, cunhou o termo “Estado ampliado” (LIGUORI, 2007) que se tornou, desde então, mais utilizado do que o original (“Estado integral”) e muito frequente nas produções brasileiras realizadas à luz da obra do filósofo italiano³.

No Estado integral desenvolve-se um novo componente da sociedade capitalista, a sociedade civil. É no seio desta que a classe dominante passa a exercer sua hegemonia não só por meio da coerção, ela passa a formar consensos e se transforma também em classe dirigente. Surgem, assim, para dar conta desta nova função do Estado, os intelectuais, os funcionários do estado para as funções de hegemonia.

Nesse sentido, Gramsci enuncia:

Quais são os limites ‘máximos’ da aceção de ‘intelectual’? É possível encontrar um critério unitário para caracterizar igualmente todas as diversas e variadas atividades intelectuais e para distingui-las, ao mesmo tempo e de modo essencial, dos outros agrupamentos sociais? O erro metodológico mais difundido, ao que me parece, consiste em se ter buscado este critério de distinção no que é intrínseco às atividades intelectuais, ao invés de buscá-lo no conjunto do sistema de relações no qual estas atividades (e, portanto, os grupos que as personificam) se encontram, no conjunto geral das relações sociais. [...] Isto significa que, se se pode falar de intelectuais, é impossível falar de não-intelectuais, porque não existem não-intelectuais. [...] Não existe atividade humana da qual se possa excluir toda intervenção intelectual, não se pode separar o *homo faber* do *homo sapiens* (GRAMSCI, 1982, p.6, grifos do autor).

No capitalismo a maioria dos intelectuais orgânicos é da classe burguesa, tanto na aparelhagem estatal quanto na sociedade civil, mas são também, em menor número, intelectuais orgânicos da classe trabalhadora.

³ Optamos pelo termo conforme os originais da década de 1930 do autor até para não opor uma concepção “ampliada” a uma “restrita”, como são classificadas as formulações de Marx, Engels e Lenin (COUTINHO, 2008). A nosso ver, não é a concepção de Estado que se amplia e, conseqüentemente, torna as anteriores restritas. Na verdade é o próprio Estado que se torna mais complexo, daí a importante contribuição de Gramsci que percebeu com aguda perspicácia esse processo à sua época.

Para Gramsci (2004, p.112), equívocos de classificação sobre os intelectuais e suas funções, assim como sua relação com o Estado, ocorrem também porque

[...] existe uma grande cisão entre as massas populares e os grupos intelectuais [...]. E isso ocorre porque o Estado [...] não tem uma concepção unitária, coerente e homogênea, razão pela qual os grupos intelectuais estão desagregados em vários estratos e no interior de um mesmo estrato.

Nicos Poulantzas, já na segunda metade do século XX, segue os caminhos de Gramsci e conceitua o Estado como sendo constituído por diversas determinações. Para o autor o Estado é uma condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classes. Esta formulação evita, em seu entendimento,

[...] os impasses do eterno pseudo-dilema da discussão sobre o Estado, entre o Estado concebido como Coisa-instrumento e o Estado concebido como Sujeito. O Estado como *Coisa*: a velha concepção instrumentalista do Estado, instrumento passivo, senão neutro, totalmente manipulado por uma única classe ou fração, caso em que nenhuma autonomia é reconhecida ao Estado. O Estado como *Sujeito*: a autonomia do Estado, considerada aqui como absoluta, é submetida a sua vontade como instância racionalizante da sociedade civil (POULANTZAS, 1990, p.147, grifos do autor).

Poulantzas agrega à formulação gramsciana, provavelmente por gozar de um lastro maior do desenvolvimento do Estado capitalista (escreve sua principal obra mais de quatro décadas depois de Gramsci), a ideia de que essa correlação de forças e trama complexa que acompanha a estrutura produtiva e manifesta-se na sociabilidade, acaba, invariavelmente, tendendo para a manutenção do *status quo*.

Segundo o autor, “mesmo no caso de uma mudança da relação de forças e da modificação do poder de Estado em favor das classes populares, o Estado tende, a curto ou longo prazo, a restabelecer sob nova forma algumas vezes, a relação de forças em favor da burguesia” (POULANTZAS, 1990, p. 164).

Em síntese, o Estado não é o sujeito da história, não possui uma racionalidade própria e não é neutro. O Estado é constituído e dinamizado pelos interesses de longo e médio prazo de forças sociais antagônicas em disputa. Sua materialização responde, simultaneamente e de forma distinta, aos interesses da classe hegemônica e de forma parcial aos interesses das classes e frações subordinadas, sendo sua função educativa assegurar a formação do “homem coletivo” para a vida/trabalho nos marcos da dinâmica capitalista (MARTINS, 2011, p.81).

Mas e o sanitarista, o que tem haver com isso? A atividade profissional de sanitarista tem sua origem diretamente vinculada ao desenvolvimento do Estado

capitalista. Isso decorre em razão do trabalho de saúde pública se tornar um dos principais elementos para a constituição e consolidação do próprio Estado, principalmente a partir do século XVIII, tendo em vista a necessidade de controlar a ocorrência de doenças. Essa capacidade torna-se condição fundamental para aumentar a capacidade produtiva e, conseqüentemente, a acumulação de riqueza, a constituição dos exércitos e o aumento da força do Estado e do poder das monarquias absolutistas que, no continente europeu, apoiavam a expansão do capital mercantil. Nessa perspectiva, consideramos o primeiro esboço do perfil dos sanitaristas os médicos administradores de saúde na Alemanha do século XVIII. É nesse país que, segundo Foucault (1998), começa a se esboçar a noção de policia médica, em 1764.

Um conceito abrangente que, com o desenvolvimento do mercantilismo, busca dar soluções para uma série de preocupações dos Estados Nacionais, particularmente a Alemanha, em torno de diversos aspectos da vida social, tais como população, estatística vital, organização da medicina, saúde da mãe e da criança, moradia, vestuário, nutrição, acidentes, ocupação, recreação, etc. (LIMA, 2007b, p.73).

Esse conceito exerce muita influência na França e na Inglaterra, então os países mais industrializados e economicamente mais fortes. Entretanto, para o autor, quando comparado com a Alemanha, ele perdeu o sentido de amplo controle sobre as condições de vida das populações. A tendência nesses países foi limitar a ação do Estado às áreas com maior facilidade de aceitação, tais como, no controle das doenças transmissíveis, saneamento do meio-ambiente, organização e supervisão do pessoal médico, e à oferta de cuidados aos indigentes.

A exceção ocorre na França, onde Jules Guérin forja o conceito de medicina social, em 1848, que será desenvolvido por Rudolf Virchow e Salomon Neumann na Alemanha. Diferentemente do conceito de policia médica, não trata de subordinar as práticas de saúde ao Estado em função da acumulação de riqueza, mas de subordinar o Estado ao projeto médico de reorganização completa da sociedade. Determinado pelos movimentos sociais que irão desembocar na revolução francesa de 1848, esse conceito avança na ideia de que a saúde da população é de responsabilidade social, que as condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença e que essas relações devem ser submetidas à investigação científica, e que as medidas para promover a saúde e combater a doença deviam ser tanto médicas, como sociais.

Entretanto, com a derrota do movimento socialista e a ascensão da burguesia ao poder esse projeto de reforma sanitária é abolido.

Na Inglaterra, por outro lado, onde a medicina da força de trabalho começa a se desenvolver, Chadwick vai exercer um papel importante ao lançar, em 1842, um documento fundamental da saúde pública moderna no qual aponta “que a doença estava relacionada a condições ambientais ruins causadas por falta de esgoto, suprimento de água e meios para remover o lixo das casas e ruas” (ROSEN, 1980, p.236). Outra iniciativa inovadora do sanitarismo inglês, apontada por Foucault (1998) é a ideia de uma assistência controlada. Isto é, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os pobres a satisfazer suas necessidades de saúde quanto um controle pelo qual a burguesia ao assegurar a saúde dos pobres também se protege. Isso vai configurando um cordão sanitário que separa os pobres dos ricos, como vai avançar na organização dos sistemas de *health service* ou *health officers* que tem início na Inglaterra em 1875, chegando ao final do século XIX com quase mil unidades.

Essa sucinta exposição das três modalidades que configuram o nascimento da medicina social no ocidente – medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho – permite dizer que, sob a ótica gramsciana, os sanitaristas são intelectuais que nascem na dinâmica da sociedade capitalista. São, ao mesmo tempo, agentes e instrumentos utilizados por forças ou classes sociais no processo de construção de sua hegemonia, e/ou intelectuais encarregados de operar uma determinada política social⁴.

No que diz respeito a formação de sanitaristas no Brasil, ela passou por uma importante transformação ao longo do século XX. Surgiu, nas primeiras décadas, como um curso de pós-graduação exclusivo para médicos. A partir da segunda metade do século passado, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ) passou a oferecer o curso de especialização em saúde pública, conferindo o título de sanitarista para enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, engenheiros, entre outros, configurando o caráter multiprofissional a este tipo de formação. A partir dos anos 2000 a mudança foi mais incisiva. A possibilidade de titular-se sanitarista está aberta atualmente para qualquer egresso do ensino médio, desde que preste o vestibular em alguma das diversas universidades públicas brasileiras que oferecem os cursos de Graduação em Saúde Coletiva.

⁴ Essa concepção dos sanitaristas enquanto intelectuais a partir das formulações de Gramsci pode ser encontrada também em Costa (1986, p.118) e Campos (2006, p.89-106).

Desta forma, pode-se dizer que a profissão de sanitarista não segue o mesmo caminho de outras profissões da saúde que derivaram diretamente de uma especialidade da medicina. Ao contrário, é uma especialidade que se transforma em bacharelado. Nesse processo, o peculiar é a existência de um momento multiprofissional que surge entre a especialidade médica e o bacharelado. Vale destacar também que as mudanças representaram acréscimo de possibilidades de formação e não substituição de uma pela outra, havendo atualmente a oferta simultânea das três modalidades – especialidade médica, pós-graduação multiprofissional e graduação -, ainda que pese o esvaziamento da primeira ao longo do tempo, notadamente à partir do surgimento da segunda (ÁVILA, 1998).

De acordo com Bosi e Paim (2010) a experiência do bacharelado não é genuinamente tupiniquim, havendo registro de cursos, a despeito dos limites impostos à comparação, em outros continentes, em especial, nos países do chamado “primeiro mundo”. Ainda segundo os autores, em 2002, no Brasil, não havia registro de nenhum curso dessa natureza, sendo que atualmente existe mais de uma dezena de cursos de graduação plena em Saúde Coletiva, distribuídos nas cinco regiões do Brasil, com perspectivas de abertura de vários outros para os próximos anos.

Contribuiu bastante para este exponencial crescimento do processo de elaboração e implantação dos CGSC a promulgação, por parte do Governo Federal, do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI, que se não deve ser considerado a inspiração da proposta, certamente “[...] foi o catalisador de suas bases institucional e material de implantação” (BOSI; PAIM, 2010, p.2032).

Nos anos de 2002 e 2003, aconteceram duas oficinas de trabalho debatendo pertinências e viabilidades de criação dos CGSC no Brasil, além de um painel, no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (2003), em Brasília, com o título: “É tempo de termos uma graduação em Saúde Coletiva?”.

A partir de 2008, já com alguns cursos em funcionamento, os eventos passaram a avaliar o processo de implantação dos bacharelados e buscar estratégias de aproximação entre os programas para fortalecimento da proposta. Um produto visível disto foi a criação de algumas entidades representativas como o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva, o Fórum de Coordenadores de CGSC, e organizações estudantis locais (Centros e Diretórios Acadêmicos). Estas últimas, por sua vez, organizaram o I

Encontro Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva com o tema: “construindo a graduação”, no Rio de Janeiro, em abril de 2011.

Para alguns defensores da proposta, como Bosi e Paim (2010), diante deste acúmulo e histórico de encontros, a ênfase do debate não gira mais em torno do “porquê” abrir estes cursos, mas sim do “como” implementá-los, ocorrendo um deslocamento da “pertinência” para a “viabilidade”.

Nosso entendimento é de que para ter elementos sólidos de resposta ao “como” os atuais cursos devem se organizar ainda se faz necessário dar ênfase e aprofundar o debate em torno dos seus interesses e suas justificativas. *Do por quê? para quê? e para quem?* a proposta está estruturada. Neste sentido, a justificativa deste estudo vai ao encontro do que colocam Bosi e Paim (2009, p.236): “no momento em que várias instituições se encontram na etapa de detalhamento de perfis e de estruturação curricular, recebendo os primeiros alunos, impõe-se fomentar o debate e reunir subsídios nos planos epistemológico, socio-sanitário e ético-político”. Além disso, estudar esta nova modalidade de formação de sanitaristas, atividade historicamente atrelada à estruturação das políticas públicas de saúde no Brasil, implica revisitar os principais marcos do campo e, principalmente, projetar a inserção deste “novo” sanitarista nesta arena política.

Parece que o momento atual com relação aos CGSC é mais de formulação de perguntas do que de afirmações convictas sobre o desenrolar desta estratégia de formação. Atualmente já estão sendo ofertadas mais de 900 vagas/ano nas universidades públicas brasileiras, e em 2012 começaram a se formar os primeiros egressos. Que tipo de inserção no trabalho terão estes profissionais? Que intelectuais/profissionais estão e estarão sendo formados? Quais são os cenários de ensino-aprendizagem previstos para os estudantes? Como esses cursos se posicionam frente ao movimento de contrarreforma do SUS?

Desta forma, acreditamos que para agregar e contribuir com a estruturação dos CGSC e responder a este questionamento acerca do sanitarista que se quer formar faz-se necessário analisar as propostas vigentes no país, situando-as dentro do impacto que a reconfiguração do capitalismo no final do século passado e início do século XXI promoveram na construção das políticas sociais, mais especificamente seus desdobramentos nos setores da saúde e educação. É provável que não encontremos respostas completas para todas as questões, mas algumas pistas e apontamentos iniciais

poderão ser de grande contribuição diante da carência e escassez de estudos sobre o tema.

O trabalho está estruturado em quatro capítulos. O primeiro trata do contexto de criação e reconhecimento pelo Estado da atividade do sanitarista como uma especialidade médica no Brasil. Foram trabalhadas as inflexões da conjuntura político econômica da República Oligárquica, do Estado Novo, e do início do Estado desenvolvimentista na estruturação dos modelos de formação dos sanitaristas à época. Nesse sentido, foram abordadas as características das faces assumidas pelos sanitaristas – campanhista e desenvolvimentista - em função das reconfigurações do Estado capitalista ao longo deste período.

O segundo capítulo tratou do período 1950-1980 e seguiu a mesma lógica do primeiro e abordou as inflexões da configuração do Estado capitalista brasileiro na estruturação dos modelos de formação de sanitaristas ao longo deste período. A conjuntura político econômica da agenda desenvolvimentista e do período da ditadura civil e militar no Brasil foi trabalhada quando da apresentação das faces racionalizadora/modernizante, médico-social e generalista do sanitarista e dos marcos e contextos de surgimento da medicina preventiva, da medicina comunitária, da medicina social, e da saúde coletiva. Apresentamos também as principais modalidades de formação que passaram a conformar estas faces e o consequente caráter multiprofissional destes profissionais.

No terceiro capítulo buscamos discutir a reconfiguração do capitalismo mundial no final do século XX e neste início de século XXI e como esse processo repercutiu nos campos da saúde e da educação. Aqui teve papel central a atuação dos organismos internacionais e a proposta de Reforma do Estado brasileiro. Tentamos apontar na última parte do capítulo a influência da reestruturação produtiva e da conformação do Sistema Único de Saúde na conformação da face gerencialista do sanitarista e consequentemente em suas modalidades de formação.

Por fim, no quarto capítulo tratamos especificamente da nova modalidade de formação de sanitaristas, os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva no Brasil. Em um primeiro momento realizamos um resgate histórico do movimento das graduações em Saúde Coletiva no Brasil. No segundo realizamos análise documental à luz de nosso referencial teórico-metodológico e dos apontamentos dos capítulos anteriores, notadamente dos impactos da reconfiguração do capitalismo no final do século XX e início do XXI sobre a educação e a saúde no país tendo como principal fonte de

informações os projetos político pedagógico (PPP) dos cursos identificados. Buscamos responder às questões *por quê?* *para quê?* e *para quem?* CGSC tratando cada uma delas como dimensão de análise.

2 A FORMAÇÃO DOS SANITARISTAS NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX: O RECONHECIMENTO DA ESPECIALIDADE SANITÁRIA PELO ESTADO BRASILEIRO

No Brasil, durante a República oligárquica (1889-1930), a atuação do sanitarista pode ser dividida em dois períodos. O primeiro, que se estende de 1889 a 1920, pautado pelos princípios da corrente “bacteriológica”, constrói um projeto de intervenção no processo saúde-doença baseado nos modelos “campanhista/policial” e “campanhista/vertical permanente” – expresso na ação da policia sanitária e na execução de campanhas. O segundo, com início em 1920, começa a substituir o campanhismo autoritário por um modelo de atuação preocupado com a “consciência sanitária” e com ênfase no processo pedagógico, e a divulgar no país a organização de centros de saúde polivalentes sob a égide da corrente “médico-sanitária” (FARIA, 2007; MERHY, 2006).

A constatação do alto grau de morbidade no meio rural e no interior do Brasil, após as primeiras expedições profiláticas realizadas na década de 1910 pelos sanitaristas da corrente “campanhista/vertical permanente”, foi apontada como razão para o atraso nacional, revendo a ideia de inferioridade climática do país e racial dos brasileiros. As viagens tiveram como foco principal o combate à malária em regiões e ações vinculadas às atividades exportadoras como: construção de ferrovias, saneamento dos portos e extração da borracha na Amazônia (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

O relatório da viagem a diversas regiões do sertão brasileiro organizada por Artur Neiva e Belisário Pena, em 1912, foi o que ganhou maior destaque. Sua publicação, quatro anos mais tarde, levou o médico Miguel Pereira a afirmar em um discurso que: “O Brasil é um imenso hospital”. O clima político e intelectual vivido à época com a eclosão da Primeira Guerra Mundial propiciou um amplo debate sobre as condições de vida nos locais distantes do litoral brasileiro.

Nesta conjuntura, os sanitaristas criaram a Liga Pró-Saneamento do Brasil, em 1918, com o objetivo de lutar pela instituição de uma política nacional de saneamento. O movimento liderado por Belisário Pena, Artur Neiva e Miguel Pereira, teve também a adesão de “militares, como Candido Rondon, literatos e líderes políticos, inclusive o presidente da República da época, Venceslau Brás” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 35).

A partir de 1920, “o grande tema dos movimentos intelectuais do período consistia na construção da nacionalidade e de como se esboçar projetos de organização nacional que fortalecessem a presença do Estado em todo o território nacional” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p.31). Neste sentido, ganha contornos efetivos a autoridade estatal por meio das políticas de saúde, ao mesmo tempo em que começa a se enfatizar a necessidade de formação de sanitaristas no país para operacionalizar essas políticas (SANTOS, 1985).

Embora as políticas de saúde começassem a ser um objeto cada vez mais presente no Estado brasileiro, sua preocupação não foi proteger toda a população do país dos surtos epidêmicos e doenças parasitárias, nem seu objetivo foi recuperar a saúde comum dos homens. Pelo contrário, “[...] considera-se que o ritmo, extensão e intensidade das ações sanitárias obedeceram a critérios predominantemente utilitários, definidos a partir dos interesses dos grupos dominantes internos ou pela expansão do capitalismo em escala internacional”, e que estas, assim “[...] como o conjunto das instituições de saúde, devem ser reconhecidas também como parte da estratégia de poder das classes dominantes na Primeira República” (COSTA, 1986, p.12-13).

A preocupação com as condições de salubridade em áreas rurais de produção de matérias-primas e alimentos e o controle das principais epidemias urbanas como as de varíola, febre amarela, febre tifoide, entre outras, “eliminou uma série de constrangimentos impostos pelo quadro sanitário ao desenvolvimento dos principais centros exportadores, comerciais e em processo incipiente de industrialização” (CAMPOS, 2006, p.38), atendendo assim aos interesses do então vigente modelo agroexportador. Ademais, este controle das epidemias nas áreas urbanas concorreu favoravelmente para o significativo aumento da população nas cidades brasileiras nas três primeiras décadas do século XX (COSTA, 1986).

Note-se que, mesmo na eleição destas prioridades, interferiam mais as preocupações econômicas imediatas do que a estrutura de morbimortalidade da população, uma vez que existem evidências de que problemas coletivos de saúde, como o da tuberculose, da mortalidade infantil e mesmo da assistência ao parto, tinham, naquela época, quase que a mesma magnitude daqueles que foram transformados em principal foco de atenção das autoridades (CAMPOS, 2006, p.38).

Nesse sentido, é digno de registro também, que

a ênfase dada ao sanitarismo pelo movimento dos intelectuais de saúde pública definiu essencialmente a aplicação em larga escala dos instrumentos de controle propiciados pela parasitologia, bacteriologia e imunologia, sendo desqualificada a reflexão sobre o significado para a saúde da população das condições sociais emergentes nos núcleos industriais (COSTA, 1986, p.118).

No campo da formação em saúde pública, segundo Paim (2006, p.100), “o modelo biomédico tornou-se hegemônico no século XX, sobretudo diante das proposições do Relatório Flexner, influenciando a partir da Johns Hopkins University a formação de sanitaristas [...]”. Belisário (1995, p.135-136, grifo do autor) afirma ainda que esta influência estadunidense foi

[...] exercida através de uma rede de agências lideradas pela União Panamericana, posteriormente denominada Organização Panamericana de Saúde⁵ [...], que passou a investir, nos anos 1920, na área de administração sanitária. Essa rede, denominada por Labra (1985) de *conexão sanitária internacional*, preconizava a responsabilidade do Estado pelos serviços nacionais de saúde, a coordenação desses serviços por médicos especializados em questões de higiene e saúde pública e a criação de Escolas de Saúde Pública e da carreira de sanitarista.

Seguindo nesta argumentação, Faria (1995) afirma que as origens da profissionalização do sanitarista estão fortemente associadas ao trabalho da Fundação Rockefeller via fomento à estruturação de Escolas de Saúde Pública nos Estados Unidos e em outros países do mundo. A primeira instituição a receber auxílio financeiro foi a Universidade Johns Hopkins em Baltimore, em 1916, através da criação de sua Escola de Higiene e Saúde Pública. A segunda foi a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, onde foi inaugurado, em 1918, o Laboratório de Higiene por convênio firmado entre o governo do estado de São Paulo, a Faculdade de Medicina e Cirurgia e o *International Health Board* (IHB) da Fundação Rockefeller. Após sua oficialização pela Lei 2.108, em 1924, o Laboratório passou a ser denominado de Instituto de Higiene de São Paulo, embrião da atual Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) (CANDEIAS, 1984; FARIA, 2007).

Segundo Costa (1986, p.101), a presença da Fundação Rockefeller através de seus trabalhos sanitários rurais e suas campanhas de controle de enfermidades, como febre amarela, ancilostomíase e malária “corresponderia, a rigor, ao movimento ascensional

⁵ A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é considerada a mais antiga agência internacional de saúde do mundo. Surgiu em 1902 intitulada Repartição Sanitária Internacional. Em 1923 passou a se chamar Repartição Sanitária Pan-Americana e, em 1947, como resolução da XII Conferência Sanitária Pan-Americana realizada em Caracas (Venezuela), assumiu a nomenclatura atual (CUETO, 2007).

de penetração do capital financeiro [...] [estadunidense] no Brasil e à repetição no país de algumas experiências utilizadas em outros países da América Latina”. Ainda segundo o autor,

a preocupação com os problemas de saúde das populações locais tinham um largo alcance político e ideológico servindo como mecanismo de criação de condições institucionais favoráveis aos investimentos e empresas [...] [estadunidenses] em uma etapa de feroz competição imperialista (COSTA, 1986, p.113).

O curso da Johns Hopkins, criado em 1919, desde as suas primeiras turmas contou com a presença de médicos brasileiros que, após concluírem a formação, retornaram ao Brasil e exerceram grande influência para a constituição do campo da formação de sanitaristas no país. De acordo com Santos e Faria (2006, p.292-293),

essa geração desempenhou um papel de destaque, como fiadora do processo de institucionalização da especialização em saúde pública que teve início na década de 1920. No Rio de Janeiro, este processo esteve atado às trajetórias pessoais e profissionais de Carlos Chagas, Afrânio Peixoto, João de Barros Barreto e José Paranhos Fontenelle. Brotando do núcleo inicial composto por figuras de expressão no meio médico, a exemplo dos nomes mencionados, no Rio de Janeiro, e por sanitaristas como Geraldo Horácio de Paula Souza, Francisco Borges Vieira e Samuel Pessoa, em São Paulo, formou-se uma geração de sanitaristas e uma nova proposta de saneamento – ‘higienista-educacional’ –, que viria a se tornar importante na política de saúde no país. Esses sanitaristas alargaram os caminhos para o surgimento de um novo molde de atuação profissional, sustentado na educação sanitária [em centros de saúde], na prevenção de doenças e na formação de recursos humanos. Esta geração mantinha laços estreitos com lideranças e programas de saúde pública nos Estados Unidos, em particular com a Fundação Rockefeller, que teve um papel relevante na consolidação da área no país.

Este grupo de sanitaristas, chamados de “Jovens Turcos⁶”, tenta reproduzir no Brasil o modelo estadunidense de saúde pública partindo de uma visão que interpretava o padrão de vida elevado daquele povo como consequência de sua avançada técnica sanitária implantada. Desconsideravam as profundas diferenças econômicas, sociais, políticas e culturais existentes entre os dois países e acreditavam assim que a resolução

⁶ Este grupo de sanitaristas que na sua maioria havia completado sua formação sanitária nos EUA, a partir de 1919, na Universidade John Hopkins, era assim chamado pelos opositoristas em alusão ao golpe militar na Turquia, dirigido pelo general Ataturke, que conduziu um grupo de jovens oficiais ao poder. A alusão tentava caracterizar a velocidade com que os ditos jovens sanitaristas chegavam ao poder ou exerciam influência sobre ele. Eles subiram ao poder na reforma da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) que deu origem ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) implementada no Governo Epiácio Pessoa (LIMA, 1994).

dos problemas brasileiros era uma questão de administração sanitária (LIMA SOBRINHO apud LIMA, 1994).

Estes sanitaristas iniciam um movimento para a criação de uma Escola de Saúde Pública e de um curso de especialização em saúde pública no país nos moldes da experiência da Johns Hopkins. Esta pauta de reivindicação esteve presente nos dois primeiros congressos da Sociedade Brasileira de Higiene realizados em 1923 e 1924 respectivamente.

Nesta linha, em 1926, é criado o primeiro Curso Especial de Higiene e Saúde Pública (Decreto n. 16.782 de 13/01/1925) destinado à formação de médicos-sanitaristas. O curso foi organizado por Carlos Chagas e ministrado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro numa relação institucional com o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) fornecendo ao recém-criado Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) pessoal especializado para o desempenho de cargos técnicos. A abertura desse curso representou o “marco inicial do reconhecimento pelo Estado da atividade do sanitarismo como uma especialidade médica no Brasil” (BELISÁRIO, 1995, p.135). Segundo Escorel (2000, p.35), “o curso se tornou obrigatório para todos os médicos que prestassem concurso para ingressar no serviço público como sanitarista”.

De acordo com Costa (1986), a compreensão de fatores que motivaram a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, foi dificultada por versões que elegeram Carlos Chagas como único responsável pelo feito e pelo fato de que parte da literatura acadêmica apreciou de forma simplista e omissa o debate sanitário dos anos 1910. Segundo o autor,

o esforço de criação de uma organização sanitária de veleidades nacionais e que respondesse algumas das reivindicações operárias não foi obra de um só indivíduo [...]. Resultou das várias tentativas de racionalização sanitária incentivadas pelo Estado, das grandes mudanças políticas no pensamento médico-sanitário e da pressão que a questão social passou a exercer em fins dos anos 10 (COSTA, 1986, p.100).

“Desde então a formação e a utilização desse agente [sanitarista] tem sofrido inflexões relacionadas com o desenvolvimento das políticas públicas e com a estruturação das práticas de saúde” (PAIM, 2006, p.109).

Em função da revolução de 1930⁷ Getúlio Vargas assume a presidência da república e, no mesmo ano, cria o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC). Ao MESP cabia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, tudo que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrava na área de abrangência da medicina previdenciária. Já no âmbito do MTIC estabeleceu-se o arcabouço jurídico e material da assistência médica individual previdenciária destinada aos inseridos no mercado formal de trabalho habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários⁸. Esta separação instaurou uma dualidade entre duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde, que marcaria definitivamente as ações de saúde no Brasil (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Sobre este período, Coutinho (2006, p.76-77) diz o seguinte:

Costuma-se dizer que foi a partir de 1930 que ingressamos na ‘modernidade’, mas me parece mais preciso dizer que o movimento liderado por Getúlio Vargas contribuiu para consolidar definitivamente a transição do Brasil para o capitalismo. Depois da Abolição e da Proclamação da República, o Brasil já era uma sociedade capitalista, com um Estado burguês; mas é depois de 1930 que se dá efetivamente a consolidação e a generalização das relações capitalistas em nosso país, inclusive com a expansão daquilo que Marx considerava o ‘modo de produção especificamente capitalista’, ou seja, a indústria. [...] Pode-se assim dizer que, a partir dos anos 1930 e pelo menos até a implantação do neoliberalismo nos anos 1990 (quando o capital financeiro assume a supremacia), a fração preponderante no bloco de poder que governou o Brasil foi o capital industrial.

⁷ Segundo Konder (2003, p.53), a Revolução de 1930 foi um movimento político-militar que determinou o fim da Primeira República (1889-1930). Originou-se da união entre os políticos e os tenentes que foram derrotados nas eleições de 1930 e decidiram pôr fim, através das armas, ao sistema oligárquico reinante. Após 2 meses de articulações políticas nas principais capitais do país e de preparativos militares, o movimento eclodiu simultaneamente no Rio Grande do Sul e em Minas Gerais, na tarde do dia 3 de outubro. Em menos de um mês, o movimento já era vitorioso em quase todo o país, restando apenas São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Pará ainda sob o controle federal. O então presidente da república, Washington Luís, foi deposto, assumindo o poder Getúlio Vargas.

⁸ A Previdência Social no Brasil teve início com o sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, através da Lei Eloy Chaves. Esta determinava que cada empresa ferroviária do país criasse um fundo de aposentadoria e pensão, sendo que, em 1926, essa determinação se estendeu a outras categorias, como marítimos e portuários. Administrativamente autônomas, as CAPs destinavam-se a fornecer serviços de assistência médica e de seguridade social aos trabalhadores e seus dependentes, em troca de contribuições mensais efetuadas pelos empregados e empregadores. Tais fundos eram geridos formalmente por um colegiado composto por patrões e empregados, sendo que a participação dos empregados na gestão dos recursos arrecadados de modo compulsório era mínima, correspondendo, na maioria das vezes, ao desequilíbrio de poder que marcava as posições das classes ali envolvidas. Durante a década de 1930 Vargas inicia um rompimento com o padrão das CAPs e cria os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) a partir de categorias profissionais de âmbito nacional, com representação direta do Estado em cada um dos institutos. O sistema de Caixas continuou coexistindo com os IAPs até 1954 (PONTE; REIS; FONSECA, 2010).

Esses acontecimentos “registrariam [...] perda de poder e prestígio do círculo intelectual médico-sanitário grandemente identificado com a velha ordem republicana. Os problemas educacionais monopolizariam as preocupações do novo ministério [MESP] entre 1930 e 1934” (COSTA, 1986, p.120).

O MESP, através da ação do DNSP, consolidou a prática do controle de endemias e epidemias, reforçando a face campanhista do sanitarista, e constituiu-se em um órgão centralizador e interventor. “O apoio à especialização em saúde pública, no entanto, não arrefeceu, e continuou a fazer parte da agenda política durante o governo Vargas, com a criação de novos cursos e a formação de novos profissionais” (SANTOS; FARIA, 2006, p.293).

Em 1934, Gustavo Capanema assumiu a direção do MESP com a preocupação de promover uma reorganização institucional nas áreas da saúde e da educação. A reforma Capanema, como ficou conhecida, foi implementada a partir de janeiro de 1937, e “no que diz respeito ao campo da saúde pública, foram criadas oito Delegacias Federais de Saúde Pública, os Serviços Nacionais de combate e erradicação das doenças e as Conferências Nacionais de Saúde” (ESCOREL, 2000, p.55).

Uma das medidas de Gustavo Capanema foi nomear, em fevereiro de 1937, João de Barros Barreto como diretor do Departamento Nacional de Saúde⁹ (DNS). Este se tornou o principal responsável pela supervisão e execução da política de saúde implementada em todo o território nacional garantindo a orientação política definida pela reforma de Capanema e assegurando sua efetivação em diferentes regiões do país. Através da ação das Delegacias Federais supervisionava os serviços locais de saúde pública e inspecionava os serviços federais existentes nos estados caracterizando um modelo de gestão altamente centralizador durante o período do Estado Novo¹⁰ (ESCOREL, 2000; FONSECA, 2000).

Segundo Lima e Fonseca (2004, p.32),

A intensa atividade regulatória destinada a conduzir o funcionamento dos serviços de saúde, tanto no âmbito federal como nos estados, acompanhada por detalhado projeto de formação dos técnicos dessa área, não era

⁹ A partir de 1937 o Ministério da Educação e Saúde (MES) substituiu o MESP e o DNS substituiu o DNSP (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

¹⁰ Em novembro de 1937 Getúlio Vargas fechou a Câmara e o Senado, suspendeu as eleições e publicou a nova Constituição, de moldes fascistas. Comunistas são presos em vários estados. Em discurso radiofônico, Vargas comunicou a implantação do “Estado Novo”. O regime ditatorial ficou vigente por cerca de sete anos e meio e enfraqueceu-se com a desmoralização do “nazifascismo” na Europa após a derrota dos regimes de Hitler (Alemanha) e Mussolini (Itália). Getúlio ainda tentou reformar o regime, mas ele acabou deposto por um golpe militar, em outubro de 1945 (KONDER, 2003).

exclusividade do campo da saúde. É preciso não esquecer que houve, nesse período, uma política deliberada de reformas no serviço público destinada a todas as áreas de atuação do poder público, que se constituiu em um dos elementos do processo de burocratização do Estado e de formação de pessoal, obedecendo às diretrizes mais gerais delimitadas para a área administrativa e concretizadas com a criação do Departamento de Administração do Serviço Público (Dasp) em 1938.

Ainda de acordo com as autoras:

Tendo em vista que a consolidação de uma estrutura nacional de saúde pública era uma das principais diretrizes que nortearam esse processo de reformulação institucional, compreende-se a importância que foi atribuída à formação e especialização em saúde pública. Era preciso formar profissionais especializados, orientá-los e direcioná-los para ocupar postos-chave na estrutura administrativa do governo federal. Com essa orientação, iniciou-se, a partir de 1937, uma série de cursos de especialização e aperfeiçoamento em diversos estados, destinados à formação de técnicos atuantes nas diversas áreas de saúde pública, como médicos, enfermeiras, visitadoras sanitárias, engenheiros e guardas sanitários (LIMA; FONSECA, 2004, p.33).

Em 1941, complementando a reforma de Gustavo Capanema em curso desde 1937, a estrutura ficou verticalizada e organizada por doenças específicas. Foram criados os Serviços Nacionais da Peste, da Febre Amarela, da Malária, do Câncer, da Tuberculose, da Lepre, e de Doenças Mentais, além dos Serviços Nacionais de Educação Sanitária, de Fiscalização da Medicina, de Saúde dos Portos, de Bioestatística e de Águas e Esgotos (SCOREL, 2000).

Neste mesmo ano, ressuscitava o Curso Especial de Higiene de Saúde Pública, sob a denominação de Curso de Saúde Pública, anexo ao IOC e, na época, subordinado ao DNS. Nesse novo cenário institucional, o DNS e o IOC organizam juntos o novo Curso de Saúde Pública, já sem a participação da Faculdade de Medicina [do Rio de Janeiro] (SANTOS; FARIA, 2006, p.305).

Nestes primeiros tempos de atuação do sanitarista no Brasil constituiu-se um perfil profissional de um vigilante que conhecia todos os recantos da região sob sua responsabilidade e as condições reais e concretas de vida e de saúde da população. O bom sanitarista deveria dedicar-se exclusivamente e em tempo integral à carreira, incluindo a disponibilidade para as constantes viagens de trabalho (SCOREL, 2000).

A partir da entrada do Brasil na Segunda Guerra Mundial as regiões de produção de borracha, na Amazônia, e de riquezas minerais, no Vale do Rio Doce, que apresentavam altos índices de febre amarela e eram estratégicas no esforço de guerra, passaram a ser prioritárias na expansão dos serviços de saúde. Nesse sentido, em julho

de 1942 foi criado o SESP - Serviço Especial de Saúde Pública¹¹, uma experiência marcante de programa de cooperação bilateral Brasil - EUA na área da saúde.

Antes mesmo do fim da Segunda Guerra Mundial, foram realizadas negociações visando à criação de uma nova ordem econômica mundial. O marco deste movimento é a realização da Conferência Monetária e Financeira das Nações Unidas, na cidade de Bretton Woods (New Hampshire, EUA), em 1944, onde são criados o Banco Mundial¹² e o Fundo Monetário Internacional (FMI) e definido um novo padrão monetário, o padrão dólar-ouro.

Em 1945 é criada a Organização das Nações Unidas (ONU) com o objetivo principal de evitar futuros conflitos e garantir a paz e a segurança no mundo. Foram criados também diversos organismos internacionais vinculados a ela como a Organização Mundial de Saúde (OMS), e alguns fundos e programas como o Fundo das Nações Unidas (UNICEF). A proposta de uma entidade para a saúde mundial foi apresentada pelo sanitarista paulista Geraldo de Paula Souza e por Szeming Sze (delegado da China) em uma conferência em São Francisco, nos Estados Unidos, em 1945, realizada com o objetivo de aprovar o projeto de constituição da ONU (BROWN et al, 2006).

Em julho de 1946, durante a Conferência Mundial de Saúde em Nova York, 61 Estados Nacionais aprovaram a constituição da OMS. Esta viria a entrar em vigor com a ratificação de 26 dos 61 países membros na Primeira Assembleia Mundial da Saúde em 7 de abril de 1948. A constituição definiu a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade¹³, e o dia 7 de abril passou a ser, então, o dia mundial da saúde, celebrado a cada ano (MATTA, 2005).

A unificação entre a recém-criada OMS e as diversas instituições sanitárias internacionais, como a OPAS, não se deu de forma automática e sem negociação. “A

¹¹ Em 1960 o SESP transforma-se em Fundação SESP, ligada ao Ministério da Saúde (LIMA, 2002). “O SESP perdeu como uma instituição autônoma no interior do Ministério da Saúde até o ano de 1990, quando foi extinto no governo de Fernando Collor de Melo” (FONSECA, 2000, p.404).

¹² O Banco Mundial é composto pelo Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) e a Associação Internacional de Desenvolvimento (AID). Estas duas organizações, juntamente com a Corporação Financeira Internacional (CFI); o Centro Internacional para Conciliação de Divergências em Investimentos (CICDI); a Agência Multilateral de Garantias de Investimentos (AMGI); o Instituto do Banco Mundial (IBM), e o Painel de Inspeção compõem o Grupo Banco Mundial (GBM) (PEREIRA, 2010). Veremos a atuação e influência do Banco Mundial na saúde e na educação, sobretudo no período 1990-2000, no capítulo 4.

¹³ Disponível em: < <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>. Acesso em: 14/07/2013.

OPAS, já em atividade desde 1902, possuía uma organização forte, com estrutura e orçamento muito superiores à recém-constituída OMS. A OPAS reivindicava autonomia frente à OMS devido a sua capacidade institucional e técnica de sustentação” (MATTA, 2005, p.374). Segundo Lima (2002, p.70),

Não foi simples o estabelecimento do papel a ser desempenhado e a garantia de alguma autonomia de ação à OPAS. Um fator decisivo foi o aumento de seu orçamento com base na elevação das contribuições dos países latino-americanos, principalmente a Argentina, o Brasil e o México. A capacidade de sustentação da OPAS, em contraste com o exíguo orçamento da OMS, pesou efetivamente na negociação entre as duas entidades. Em julho de 1948, durante a 2ª Assembléia Mundial de Saúde, firmou-se acordo entre o diretor geral da OMS, Brock Chisholm e Fred Soper, diretor da OPAS, pelo qual esse organismo, sem perda de sua identidade, converteu-se em Oficina Regional para as Américas da OMS.

O período pós-guerra tem a tônica do fortalecimento da economia estadunidense e da divisão geopolítica do globo com a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), ainda que de maneira desigual em favor dos EUA. A Guerra Fria, como foi denominado o período bipolar entre capitalismo e socialismo, durou até 1991 e teve a marca da corrida armamentista nuclear, do desenvolvimento de serviços secretos de inteligência e da política do anticomunismo estadunidense. Esta, por sua vez, foi exercida através da radicalização da intervenção do Estado na economia e da apologia às teorias da modernização e desenvolvimento como estratégia de superação da pobreza e conseqüente afastamento do “perigo comunista”. Sobre esse aspecto Cardoso (2006, p. 31) diz que:

As teorias da modernização são produzidas precisamente no momento histórico em que uma nova hegemonia está se constituindo no desenvolvimento do capitalismo. Portanto, são muito convenientes teórica e politicamente. A partir da Segunda Guerra Mundial e no imediato pós-guerra, o capitalismo começava uma nova expansão, e a economia dos Estados Unidos, fortalecida durante a guerra, colocava em pauta a necessidade de expandir os mercados e aumentar um certo tipo de produção na Ásia, na América Latina e na África [...]. É nesse exato momento que as teorias da modernização e do desenvolvimento, conjugadas, são oferecidas como fundamentação das políticas desenvolvimentistas, as quais são apresentadas como garantia para a nova expansão capitalista voltada para o Terceiro Mundo e, no mesmo movimento, como barragem contra uma temida expansão comunista.

No que concerne à política nacional de saúde e suas relações com as teorias desenvolvimentistas, ela aparece de alguma maneira em todas as mensagens presidenciais a partir de 1949, quando Dutra reconheceu que “as condições sanitárias de

um país circunscrevem-lhe rigidamente o desenvolvimento econômico-social” (BRASIL apud HOCHMAN, 2009, p.317).

Segundo Cueto apud Hochman (2009, p.318),

a saúde no pós-Segunda Guerra Mundial serviu como instrumento de consolidação da segurança [...] [estadunidense] no panorama internacional, com a intenção de elevar o padrão de vida das populações rurais nos países subdesenvolvidos, criando consumidores e reforçando a ideia de progresso econômico em um contexto marcado por discurso que associava ‘comunismo’ e ‘malária’ como condições que ‘escravizavam’ os indivíduos.

Durante sua campanha à presidência da república o então candidato Juscelino Kubitschek (JK) incorporou essa “concepção estrita” das relações entre saúde e desenvolvimento e o otimismo sanitário, hegemônicos na década de 1950, em função do pujante desenvolvimento da indústria química e farmacêutica a partir deste período, com destaque para os inseticidas de ação residual, antimaláricos e antibióticos (HOCHMAN, 2009).

O tema central de seu programa de saúde pública era o enfrentamento das chamadas doenças de massa, aquelas que vinham “fazendo sofrer, inutilizando, ou matando, enormes multidões de brasileiros”. A recuperação da saúde da população era, em termos gerais, compreendida primordialmente como restabelecimento de sua capacidade de trabalhar e obter renda. Nas palavras do candidato: “curaremos o país e teremos homens sadios e capazes de empreender a tarefa de desenvolver o país” (HOCHMAN, 2009, p.320).

Em seu programa Kubitschek apontava também que a existência dos instrumentos para eliminar do Brasil a boubá (penicilina injetável), o tracoma (sulfa), o bócio endêmico (iodetação do sal de cozinha), entre outras endemias presentes no interior do Brasil e associadas à pobreza, simplificariam as campanhas sanitárias e mudariam o papel do médico da saúde pública, que passaria “a exercer a missão de traçar diretrizes, de fiscalizar e orientar” (HOCHMAN, 2009).

A formação de recursos humanos para uma saúde pública reconfigurada pelos novos instrumentos e técnicas era um desafio e mereceu destaque no programa do médico candidato. A falta de técnicos, médicos, enfermeiras, dentistas e nutricionistas, sua concentração nas cidades e a inexistência de regime de dedicação integral aos serviços sanitários seriam obstáculos a superar, para garantir o fim do flagelo das doenças de massas, assim como a ausência de estatísticas demográficas e sanitárias (HOCHMAN, 2009, p.322).

Um registro importante deste período com relação à política de saúde e a formação de profissionais foi a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde, de 27 de novembro a 2 de dezembro de 1950. A formação de técnicos para a saúde pública recebeu especial atenção dos profissionais presentes (delegados de todo o Brasil e diretores de diversos serviços nacionais), sendo um dos temas em torno dos quais seriam realizados os trabalhos: “a ‘formação de pessoal’: médicos sanitaristas, engenheiros sanitaristas, enfermeiras, visitantes de saúde pública e outros auxiliares” (LIMA; FONSECA, 2004). Além disso, em discurso durante a Conferência, o então diretor do DNS, Heitor Prager Fróes, indicou entre as principais medidas pleiteadas a criação de uma Escola Nacional de Saúde Pública, que deveria preferencialmente estar integrada à Universidade do Brasil (FONSECA, 2004).

Após sua posse, em janeiro de 1956, a primeira decisão importante de Kubitschek no campo da saúde foi a criação, em março, do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) que unificava vários serviços nacionais criados em 1941. O DNERu se tornou a principal estrutura da saúde pública no governo Kubitschek e foi implantado por Mário Pinotti e dominado pelos malariologistas (HOCHMAN, 2009).

A ação que marcou definitivamente a gestão de Juscelino foi a construção da capital Federal, Brasília, com a proposta de que simbolizasse o salto econômico e social dado pelo país. Construída em região historicamente associada ao isolamento, à pobreza e a doenças, a nova capital demandou a participação de médicos e sanitaristas desde o início das obras, responsáveis pela manutenção da salubridade local e pelas atividades de prevenção e educação sanitárias (VIEIRA, 2009).

A segunda metade dos anos de 1950 trouxe modificações aceleradas para o mundo e para o Brasil. A sociedade brasileira, durante os anos em que Juscelino Kubitschek foi presidente, começou a se tornar uma sociedade predominantemente urbana (e não mais rural). A televisão criava hábitos novos. As expressões da cultura brasileira se misturavam à produção de bens culturais importados, numa proporção inédita. A economia nacional era cada vez mais envolvida por uma multiplicidade incrível de movimentos da economia mundial (KONDER, 2003, p.69-70).

Neste período, com as mudanças econômicas, sociais e políticas, que defendiam a indústria brasileira, surge a face desenvolvimentista do movimento sanitário com críticas ao modelo campanhista e enfatizando uma concepção de saúde tecnocrática baseada na racionalidade do planejamento (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

As críticas eram direcionadas para a forma de organização do modelo vertical e

centralizador, e, principalmente, para a perspectiva que desvinculava a intervenção médico-sanitária do desenvolvimento econômico-social. Para esta corrente, “a saúde da população dependeria fundamentalmente do grau de desenvolvimento do país e, conseqüentemente, só teriam impacto as ações sanitárias que fossem integradas a um projeto nacional de desenvolvimento” (HOCHMAN, 2009, p 316). Segundo Belisário (1995, p.143), esta etapa inicia um “afastamento do modelo médico-tradicional, biologicista, centrado no combate às endemias e epidemias” por parte dos sanitaristas.

Esta face desenvolvimentista dos sanitaristas, que vinha sendo esboçada desde a década de 1940, ganha força na década de 1950, a partir do desmembramento do MES e da criação do Ministério da Saúde (MS), em 1953, principalmente porque Mário Magalhães da Silveira, um dos principais mentores desta corrente, passou a colaborar com os ministros da pasta até 1964 (BELISÁRIO, 1995).

A criação do Ministério da Saúde, e a separação entre educação e saúde não significou grandes mudanças nas estruturas institucionais. Apesar de ser um antigo anseio dos sanitaristas, na prática, as atribuições da nova pasta ficaram circunscritas ao “âmbito de atuação do antigo Departamento Nacional de Saúde, fechando, assim, as possibilidades de constituição de alternativas inovadoras e mais condizentes com as reais necessidades do país” (PONTE; REIS; FONSECA, 2010, p.147).

A necessidade de técnicos para ocupar o recém-criado MS e a mobilização ensejada pelos movimentos dos sanitaristas, no âmbito do DNS, redundou na criação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em 1954, dentro do quadro do próprio MS, não incluída na Universidade do Brasil, como era a proposta original. A Lei nº 2312 de 3 de setembro de 1954, aprovada nos primeiros dias do mandato do presidente Café Filho, menos de um mês após o suicídio de Vargas, permitiu a criação da primeira escola federal destinada a formar quadros qualificados para todo o país na área da saúde pública (SANTOS; FARIA, 2006).

Nesse contexto de transição e instabilidade política, as medidas destinadas a efetivar sua implementação e funcionamento só começariam a ser adotadas quatro anos depois, a partir de 1958, quando tem início a publicação de uma série de decretos definindo sua finalidade, estrutura, regulamento e regimento. Somente em novembro de 1959 começariam de fato os cursos daquela que seria a primeira escola brasileira de saúde pública de abrangência nacional (FONSECA, 2004, p.39).

“A partir daquela década, ampliou-se também a abrangência da especialização de profissionais de saúde pública, valorizando-se profissionais com formação de nível

superior em outros cursos, além do tradicional curso de medicina” (LIMA; FONSECA, 2004, p.37).

Percebemos que nesta primeira metade do século XX ocorre um movimento de alargamento da formação de sanitaristas, tanto em termos quantitativos quanto em relação a outras categorias profissionais, respondendo à reivindicação de diversificação da formação em saúde pública iniciada na 2ª Conferência Nacional de Saúde em 1950.

Veremos no próximo capítulo a atuação e a importância da ENSP na conformação da carreira dos sanitaristas a partir da década de 1960 e o protagonismo da instituição neste movimento de ampliação da formação de sanitaristas que ganha força ao longo da segunda metade do século XX.

Recorremos a Coutinho para uma síntese da conjuntura político-econômica do Brasil no período analisado até aqui, e como tentativa de interlocução com o período subsequente de análise de nosso estudo:

Num primeiro momento (aquele ligado ao nome e à herança de Vargas), a intervenção do Estado na economia visava favorecer sobretudo o capital nacional, garantindo as condições para o seu desenvolvimento e, ao mesmo tempo, buscando controlar e até restringir o ingresso do capital estrangeiro. A partir do governo Juscelino – e, ainda mais acentuadamente, ao longo da ditadura [civil e] militar –, essa restrição desapareceu, criando-se em consequência o famoso tripé em que o Estado funcionava como instrumento de acumulação a serviço tanto do capital nacional quanto – e sobretudo – do capital internacional. É importante observar que essa abertura ao capital estrangeiro não significa uma atitude contrária aos interesses do capital nacional. Na verdade, a burguesia brasileira rapidamente se deu conta de que tinha muito a lucrar com sua associação ao capital internacional, ainda que como sócia menor. [...] Assim, a virada ‘entreguista’ representada pelo governo Juscelino não pode ser considerada uma ruptura com o modelo ‘nacional-desenvolvimentista’ implementado a partir de 1930, mas, ao contrário, uma maior adequação sua aos efetivos interesses das classes dominantes brasileiras (COUTINHO, 2006, p.81-82).

3 NÃO SÓ MÉDICOS: A FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DO SANITARISTA AO LONGO DA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XX

3.1 O ESTADO INTERVENCIONISTA, A AGENDA DESENVOLVIMENTISTA NO BRASIL E A MULTIPROFISSIONALIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA NOS ANOS 1950-1970

Vimos no capítulo anterior que a partir de 1930 configurou-se uma forte intervenção do Estado na economia do país. Nesta época, o Estado protagonizou o processo de industrialização brasileira “não só por meio de políticas cambiais e de crédito que beneficiavam a indústria, mas também mediante a criação direta de empresas estatais, sobretudo nos setores energético e siderúrgico” (COUTINHO, 2006, p.77).

Nos países capitalistas centrais o Estado passou a organizar sistemas de proteção social de formatos menos residuais e mais universalistas que se expressaram na estruturação das políticas sociais. A crise da bolsa de Nova York em 1929, que atingiu estes países e expôs as fragilidades da teoria liberal no tocante à autorregulamentação da economia pelo próprio mercado, provocou o rearranjo e a redefinição do papel do Estado quanto ao provimento de melhorias das condições de saúde, educação, habitação e bem-estar geral.

Desde a primeira metade do século XX, contrariando as teorias liberais de sua época, o economista inglês John Maynard Keynes elaborou um conjunto de propostas e medidas econômicas para a superação da crise, onde propunha que o Estado deveria assumir um papel regulador e estimulador da economia utilizando-se os gastos e as receitas do governo como meio de influenciar de forma positiva o nível de atividade econômica nas sociedades de mercado (PEREIRA; LINHARES, 2007).

A partir das propostas de Keynes e da mobilização organizada da classe trabalhadora foram constituídos os denominados Estados de Bem-Estar ou *Welfare State*, caracterizados por sistemas de proteção social de traço estatizante no qual as sociedades capitalistas centrais procuraram garantir emprego, crescimento econômico e bem-estar da população. Segundo Esping-Andersen (1991, p.97),

as origens do compromisso Keynesiano de pleno emprego e do edifício social-democrata do *welfare state* remontam à capacidade e força (variável) dos movimentos da classe trabalhadora no sentido de formarem uma aliança política com as organizações dos proprietários de terras.

Para Therborn apud Esping-Andersen (1991) nenhum estado pode ser considerado um verdadeiro *Welfare State* até a década de 1970 se for levado em consideração que ele deveria, no mínimo, ter suas atividades rotineiras diárias voltadas para as necessidades de bem-estar de famílias. Isso porque nos estados rotulados como tal a maior parte das atividades rotineiras diz respeito à defesa, à lei e à ordem, à administração e coisas do gênero.

Além disso, este tipo de organização do Estado não se deu de forma homogênea e expressou-se de diferentes maneiras de acordo com a mobilização da classe trabalhadora, a configuração do mercado e o grau de intervenção do Estado em cada país. Nesta linha, de acordo com Esping-Andersen (1991), estruturaram-se três tipos de regime: liberal; conservador-corporativista; e social-democrata.

No liberal predomina a assistência aos comprovadamente pobres e reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social. As regras para a habilitação aos benefícios (que são tipicamente modestos) são estritas e muitas vezes associadas ao estigma. Além disso, o Estado encoraja o mercado de forma passiva (ao garantir apenas o mínimo) e ativa (através de subsídios para esquemas privados de previdência). São exemplos deste regime os Estados Unidos, o Canadá e a Austrália.

No segundo regime, o conservador-corporativista, a concessão de direitos não chegou a ser uma questão seriamente controvertida. Todavia, por estarem ligados à classe e ao *status* tiveram impacto desprezível em termos de redistribuição. Moldado pela Igreja, para este regime o Estado só deve interferir quando a família não tiver condições de servir seus membros. Áustria, França, Alemanha e Itália são expressões deste modelo.

No *Welfare State* social-democrata ou de tipo universal, os socialdemocratas buscaram promover igualdade com os melhores padrões de qualidade, e não uma igualdade das necessidades mínimas como nos demais modelos. Na prática representou tanto a elevação dos benefícios, quanto garantia para desfrutar da qualidade dos direitos dos mais ricos por parte dos trabalhadores. Os exemplos são os países escandinavos como Suécia e Noruega.

Estes modelos de Estado prosperaram logo após o término da Segunda Guerra Mundial e durante os ‘anos de ouro do capitalismo’. “[...] Um período de quase trinta anos [1945-1974] em que a economia cresceu aceleradamente no mundo todo, com desemprego muito baixo (praticamente no nível friccional) e inflação reduzida”

(PAULANI, 2006, p.72) e envolveu, além da formação do consenso keynesiano, a consolidação do fordismo como esteio de uma nova fase de acumulação capitalista (MELO, 2004).

No campo econômico constitui-se neste período um padrão de financiamento público da economia capitalista em que o fundo público passou a ser o pressuposto do financiamento tanto da acumulação de capital como da reprodução da força de trabalho. Neste sentido, além de tornar-se uma premissa importante para a formação da taxa de lucro, o fundo público passa a ser um insubstituível componente da estrutura capitalista (LIMA, 2010a).

Após a Segunda Guerra Mundial e a ampliação geopolítica do socialismo, uma questão central ocupava os dirigentes e intelectuais do sistema capitalista: “qual seria a chave para diminuir a desigualdade entre nações e entre indivíduos?” Havia o medo de que o socialismo pudesse se alastrar em regiões pobres e que a Revolução Cubana (1959) se tornasse um caminho para outros países na América Latina (FRIGOTTO, 2011, p.22).

A equipe composta pelos estadunidenses Theodoro Schultz, Gary Becker, e Milton Friedman, buscou responder a essa questão ao longo da década de 1950 e construiu a noção de capital humano no contexto da ideologia desenvolvimentista da época. De acordo com Frigotto (1997, p.92-93, grifo do autor),

O capital humano é função de saúde, conhecimento e atitudes, comportamentos, hábitos, disciplina, ou seja, é expressão de um conjunto de elementos adquiridos, produzidos e que, uma vez adquiridos, *geram a ampliação da capacidade de trabalho* e, portanto, de maior produtividade. [...] O resultado esperado era que nações subdesenvolvidas, que investissem pesadamente em capital humano, entrariam em desenvolvimento e, em seguida, se desenvolveriam. Os indivíduos, por sua vez, que investissem neles mesmos em educação e treinamento, sairiam de um patamar e ascenderiam para outro na escala social.

Desta forma, a noção de capital humano tem como objetivo mascarar as relações de exploração capitalista e sua conseqüente desigualdade de condições de vida, ao inculcar a ideia de que os indivíduos tem que investir em sua própria formação para lograr êxito profissional. Neste sentido, a educação passa a ter sua concepção reduzida, atrelada ao desenvolvimento econômico e encarada como outro investimento qualquer, além de explicativa das diferenças de capacidade de trabalho e, conseqüentemente, das diferenças de produtividade e renda.

Para Frigotto (2001, p.67), além deste reducionismo da concepção de educação, a visão de capital humano

[...] vai reforçar toda a perspectiva meritocrática dentro do processo escolar. Assim como no mundo da produção os homens são “livres” para ascenderem socialmente, e esta ascensão depende única e exclusivamente do esforço, da capacidade, da iniciativa, da administração racional dos seus recursos, no mundo escolar a não-aprendizagem, a evasão, a repetência são problemas individuais. Trata-se da falta de esforço, da “não-aptidão”, da falta de vocação. Enfim, a ótica positivista que a teoria do capital humano assume no âmbito econômico justifica as desigualdades de classe, por aspectos individuais; no âmbito educacional, igualmente mascara a gênese da desigualdade no acesso, no percurso e na qualidade de educação que têm as classes sociais (FRIGOTTO, 2001, p.67).

Ainda sim, segundo Motta (2011), a “teoria do capital humano” esteve calcada em um modelo de desenvolvimento amplamente concentrador e associado ao capital internacional e serviu para justificar e legitimar políticas do Estado, como no período da ditadura civil e militar no Brasil, “na medida em que estas estariam situadas na ideia de democratização das oportunidades educacionais como forma de distribuição de renda e de desenvolvimento social” (MOTTA, 2011, p.39).

Esse ideário desenvolvimentista disseminado na América Latina se expressa no Brasil com o retorno de Getúlio Vargas à presidência em 1951, e, principalmente, a partir do governo de Juscelino Kubitschek, em 1956, que determina opções econômicas comprometidas com a internacionalização da economia, a inovação tecnológica, a produção em larga escala e a competitividade dos produtos no mercado externo. Segundo Mello (1990, p.117, grifos do autor), o período 1956-1961, se caracteriza por “um novo padrão de acumulação, que demarca uma nova fase, e as características da expansão delineiam um processo de industrialização pesada” com o crescimento acelerado da capacidade produtiva do setor de bens de produção e do setor de bens duráveis de consumo.

No campo da saúde pública essas mudanças delinearam uma face desenvolvimentista dos sanitaristas que teve importante papel no processo de criação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em 1954. Segundo Fonseca (2004, p.45), a criação da escola concretizou as “propostas que vinham sendo debatidas há alguns anos e se apresentava como uma das medidas destinadas a atender aos propósitos de desenvolvimento do país, contribuindo diretamente para o processo de descentralização

das ações de saúde pública”. Os cursos, porém, só começaram a acontecer em 1959¹⁴, e a sede própria da instituição veio somente em 1960.

Foram principalmente os profissionais pertencentes ao quadro do Departamento Nacional de Saúde (DNS) e do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) – órgãos que integravam o Ministério da Saúde – que inicialmente constituíram parte da equipe de professores da Escola, trazendo subsídios e contribuindo na definição das atividades necessárias à formação e especialização na área da saúde pública (FONSECA, 2004, p.41).

A estratégia de formação adotada pela ENSP contrariou as antigas aspirações de médicos-sanitaristas que pensavam neste espaço como *locus* exclusivo de especialistas médicos, já que foram ofertados cursos de saúde pública para categorias específicas¹⁵ (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos, médicos veterinários e engenheiros), além de cursos voltados para a formação de pessoal técnico.

Os cursos ministrados pela ENSP vieram a consolidar uma proposta de formação de especialistas cuja meta era a preparação de técnicos e administradores de serviços de saúde. *Começou a delinear-se, desde então, o caráter multiprofissional da saúde pública.* A atividade do sanitarismo, até então desempenhada predominantemente por médicos-sanitaristas, passou a ser exercida por especialistas em saúde pública de outras categorias profissionais. Já no final da década de 1960 assistiu-se à realização do Curso Básico de Saúde Pública, no qual diversas categorias profissionais passaram a compartilhar o mesmo espaço de formação (BELISÁRIO, 1995, p.137, grifo nosso).

Neste sentido, de acordo com Labra et al apud Ávila (1998, p.40), a ENSP

[...] permitiu formar um quadro docente multidisciplinar próprio e introduzir mudanças cada vez mais rápidas e profundas nos conteúdos dos cursos ministrados, superando aos poucos o enfoque biologicista e administrativo ao incorporar marcos conceituais emergentes da medicina preventiva [...].

A Medicina Preventiva, por sua vez, segundo Arouca (2003), emerge como formação discursiva num campo composto por três vertentes: a higiene, ligada à ideologia liberal e ao desenvolvimento do capitalismo; a discussão dos custos de

¹⁴ As primeiras aulas tiveram início em novembro de 1959, com dois cursos: um para engenheiros, com 15 alunos, e outro para enfermeiros, com 23 alunos (BLOIS apud FONSECA, 2004).

¹⁵ A formação em saúde pública para categorias profissionais não médicas iniciou-se no final dos anos 1930 com os primeiros cursos para enfermeiras e engenheiros sanitaristas. Segundo Fonseca (2004), naquela época, 12 enfermeiras de saúde pública eram responsáveis por chefiar e organizar os serviços e os cursos de visitadoras sanitárias em diversos estados do país. Uma ampliação significativa da formação em saúde pública para outras categorias só viria a acontecer com o início dos cursos da ENSP, em 1959. Os processos formativos com disciplinas comuns às diversas profissões só passariam a ocorrer no final dos anos 1960.

atenção médica nos Estados Unidos nas décadas de 1930 e 1940; e o aparecimento da redefinição das responsabilidades médicas no pós Segunda Guerra Mundial. Para este autor, essas três vertentes estão atreladas à ideologia liberal e produzem uma prática essencialmente normativa que ganha dimensões continentais nas escolas médicas.

O autor afirma ainda que o projeto preventivista

realizou um trabalho de delimitação com a Medicina Social e a Saúde Pública, afirmando a sua própria identidade com a Medicina Clínica. O fundamento da delimitação baseava-se em que a Medicina Preventiva era simplesmente uma nova forma da Medicina privada, enquanto as outras duas representavam uma participação estatal (AROUCA, 2003, p.250-251).

Esta difusão na América Latina em meados da década de 1950 foi realizada em especial pela OPAS, mas também pelas fundações estadunidenses Kellogg, Rockefeller e Ford. Uma das estratégias adotadas para tal foi a realização de dois seminários internacionais, um em Viña Del Mar, em 1955, e outro em Teochuacán, em 1956, que sugeriram, entre outras questões, a criação de Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) nas escolas médicas e a inclusão, no curso de graduação em medicina, de disciplinas que ampliassem a perspectiva clínica, como a epidemiologia, as ciências da conduta, a administração de serviços de saúde, e bioestatística (NUNES, 1994).

Nesta conjuntura de grandes transformações ampliou-se “a participação estatal e o aumento da produtividade da força de trabalho, num projeto desenvolvimentista no qual a seguridade social e o saneamento se fazem presentes” (NUNES, 2006. p.298).

De acordo com Belisário (1995, p.139, grifo do autor),

a absorção do modelo preventivista pelos DMP deu-se de forma diferenciada, observando-se contudo a predominância de um caráter racionalizador. Esse caráter racionalizador, aliado a uma visão de modernização, conformou a face *racionalizadora/modernizante* do médico-sanitarista. [...] Contrapondo-se à conservadora face *campanhista*, a face *racionalizadora/modernizante* tentou resgatar para o Ministério da Saúde o papel de condutor das políticas de saúde.

Além destes seminários de propagação da medicina preventiva na América Latina, outros eventos diretamente relacionados aos processos formativos em saúde pública merecem destaque neste período de final dos anos 1950 e início dos anos 1960. Nas palavras de Fonseca (2004, p.50):

Diferentes eventos nacionais e internacionais contribuíram para o encontro entre profissionais da saúde pública, sistematizando diretrizes para este

campo de ação que fortaleceriam princípios em elaboração desde a década anterior, como a questão do desenvolvimento e da descentralização. Entre eles, destaco a significativa instituição das Conferências de Diretores de Escolas de Saúde Pública da América Latina, planejadas pela Oficina Sanitária Pan-Americana. A primeira conferência seria realizada em 1959, no México; a segunda, em 1961, na Venezuela; e a terceira, em 1963, no Brasil (São Paulo), reforçando a participação brasileira neste processo.

Em agosto de 1961, em uma reunião capitaneada pelos EUA, através da Organização dos Estados Americanos (OEA), que reuniu Ministros do Interior dos países das Américas foi lançado um importante programa de ajuda bilateral estadunidense para países da América Latina. Trata-se da Aliança para o Progresso, programa apresentado pelo então presidente estadunidense John Kennedy, na cidade de Punta del Este, no Uruguai, consistindo em um tratado envolvendo os EUA e os dezenove países latino-americanos, excluindo Cuba, implementado no período de 1961 à 1974.

A Aliança para o Progresso surge, portanto, como aliança para o desenvolvimento e contra o socialismo, com clara intenção de controle social. É dentro do ideário da Carta de Punta Del Leste (documento fruto do encontro) que explicitamente se assenta a ideia de recursos humanos, de investimento em educação e treinamento – em capital humano – como fator chave de desenvolvimento (FRIGOTTO, 1997). Diante da garantia de financiamento de projetos por parte do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Banco Mundial, sob a égide do FMI, os países são induzidos a formularem planos com metas e critérios baseados na carta de mesmo nome da cidade uruguaia onde foi realizada a reunião.

É importante destacar o papel que pelo menos dois organismos internacionais tiveram nesse contexto: a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), como o organismo regional que assumiu a produção e difusão da ideologia do desenvolvimento e que teve grande influência nas definições de políticas econômicas de vários governos brasileiros e o Banco Mundial, como financiador do investimento na infraestrutura voltada para a superação-modernização dos setores produtivos atrasados e assessor técnico-financeiro das reformas educacionais, em apoio ao convênio MEC-USAID. Convênio este realizado, no final dos anos 1960, entre o Ministério da Educação (MEC) e a United States Agency for International Development (USAID¹⁶) para a realização de reformas em todos os níveis do ensino brasileiro (MOTTA, 2011, p.38).

¹⁶ Recentemente o presidente da Bolívia Evo Morales expulsou a USAID de seu país acusando-a de conspiração contra seu governo. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/mundo/noticias/evo-morales-expulsa-agencia-norte-americana-da-bolivia--2>>. Acesso em: 02/05/2013.

A OPAS, por sua vez, em seu caráter de superministério da saúde, viabilizou a criação de mecanismos burocráticos de planejamento de saúde nos ministérios dos países da região e impulsionou a formação de recursos humanos, mediante a realização de cursos em que se instruía sobre o uso do método de planejamento, conhecido a partir de sua publicação, em 1965, como método CENDES/OPS.

Segundo Giovanella (1991, p.31),

Para a elaboração do mesmo é realizada uma transposição rígida do planejamento econômico normativo, de linha cepalina [CEPAL], para a saúde, resultando num método de planejamento de saúde onde a realidade deve funcionar enquanto norma e cujo objetivo é otimizar os ganhos econômicos obtidos com saúde e/ou diminuir os custos da atenção, sendo a escolha de prioridades feita a partir da relação custo/benefício.

No Brasil, os três primeiros anos da década de 1960, que correspondem ao governo de João Goulart, foram de grande efervescência política de caráter progressista. Entretanto, “aos movimentos da sociedade brasileira [...] que postulavam *reformas de base* e democratização no campo social e educacional, respondeu-se com o golpe civil-militar de 64” (FRIGOTTO, 1997, p.85, grifo do autor). Após sucessivas intervenções nas instituições, o governo militar editou o ato institucional n. 5 (AI-5), trazendo o cerceamento das liberdades democráticas e o desmonte de inúmeras instituições de ensino.

De acordo com Fontes (2006, p.214),

A longa duração da ditadura – e, em especial, o período no qual vigorou plenamente o AI-5 (1968-1979), um efetivo torniquete imposto sobre as formas de contestação ou organização de cunho popular – parecia fazer desaparecer do horizonte as características da sociedade civil no sentido vivido por Gramsci, acoplada à socialização da política e ao aumento da participação popular.

Do ponto de vista econômico uma questão marcante da ditadura civil e militar instalada em 1964 foi a retomada e radicalização da política de caráter modernizador que já havia caracterizado o governo JK. Sobre este aspecto, Coutinho (2006, p.86-87) diz que

O regime militar sempre esteve claramente a serviço do grande capital, nacional e internacional; e, precisamente por isso, foi uma ditadura modernizadora – ainda que modernizadora-conservadora, [...] que promoveu um intenso crescimento das forças produtivas e, em consequência, tornou mais complexa a ordem capitalista no Brasil.

A repressão militar seria incapaz de sozinha justificar por um longo tempo um governo ditatorial. Diante deste quadro, o regime instituído procura atuar através da formulação de algumas políticas sociais na busca de legitimação do governo perante a população. Uma das estratégias adotadas nesta busca de apoio e sustentação social foi a ampliação de cobertura do sistema previdenciário. O governo militar procura garantir para todos os trabalhadores urbanos e seus dependentes os benefícios da previdência social, uma vez que os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) eram limitados a determinadas categorias profissionais mais mobilizadas e organizadas política e economicamente.

Nesse sentido, em 1967 é implantado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) reunindo os seis IAP's, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU), e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. O INPS sofre a forte influência dos técnicos oriundos do maior deles, o IAPI (Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários), que passam a história conhecidos como “os cardeais do IAPI”. De tendências privatizantes, eles criam as condições institucionais necessárias ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, característica marcante deste período (POLIGNANO, 2006).

Na medida em que todo o trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, foi grande o volume de recursos financeiros capitalizados. O aumento da base de contribuição, aliado ao crescimento econômico da primeira metade da década de 70 (o chamado milagre econômico) e ao pequeno percentual de aposentadorias e pensões em relação ao total de contribuintes, fez com que o sistema acumulasse um grande volume de recursos financeiros. Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Como a assistência médica oferecida pelos vários IAP's, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios. No entanto, ao aumentar substancialmente o número de contribuintes e consequentemente de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população (POLIGNANO, 2006, p.15).

A estratégia adotada foi estabelecer convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos, o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial. A Indústria de equipamentos médicos, beneficiada por essa política, teve um crescimento de 599,9% das importações desses produtos no

período de 1961 a 1970, e em 1973 o Brasil já ocupava o 8º lugar no mercado internacional de consumo de medicamentos (TEIXEIRA, 1980).

A complexidade dessa rede de assistência previdenciária foi de tal ordem, tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro, que em 1978 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), uma estrutura administrativa própria para esta questão, no interior do Ministério da Previdência Social (MPAS), então criado.

Em 1974 o sistema previdenciário saiu da área do Ministério do Trabalho, para se consolidar como um ministério próprio, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Juntamente com este Ministério foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). A criação deste fundo proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, através de empréstimos com juros subsidiados. A existência de recursos para investimento e a criação de um mercado cativo de atenção médica para os prestadores privados levou a um crescimento próximo de 500% no número de leitos hospitalares privados no período 69/84, de tal forma que subiram de 74.543 em 69 para 348.255 em 84 (POLIGNANO, 2006, p.15).

Outras ações no campo da saúde pública foram a criação, em 1970, da SUCAM (Superintendência de Campanhas da Saúde Pública) com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o DENERU, a campanha de erradicação da malária, e “o início das atividades da Central de Medicamentos (CEME), em 1971, cujos propósitos iniciais incluíam o apoio tanto à produção de vacinas quanto de medicamentos, e a institucionalização do Programa Nacional de Imunizações, em 1973” (PONTE; NASCIMENTO, 2010, p.194).

Algumas categorias profissionais somente na década de 70 é que conseguiram se tornar beneficiários do sistema previdenciário, como os trabalhadores rurais com a criação do PRORURAL em 1971, financiado pelo FUNRURAL, e as empregadas domésticas em 1972, e os trabalhadores autônomos em 1973 (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Essa época ficou marcada também por uma dicotomia da questão da saúde: a medicina curativa, de cunho individual, seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva, de cunho coletivo, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. No entanto, o governo federal destinava poucos recursos ao Ministério da Saúde, que dessa forma foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou, na prática, uma clara opção pela medicina curativa, individual, assistencialista e especializada, e privilégio do produtor privado desses

serviços. Em consequência, os sanitaristas foram sendo afastados do processo de condução, formulação e implementação das políticas de saúde, ficando quase que restringidos às antigas práticas campanhistas (BELISÁRIO, 1995).

Entre os dias 30 de agosto e 04 de setembro de 1967 realizou-se a IV Conferência Nacional de Saúde com o tema: Recursos Humanos para as Atividades de Saúde. Esta conferência trazia a preocupação do governo de formar recursos humanos para trabalhar na assistência e garantir a força de trabalho para o desenvolvimento do país e contou com a participação de secretários de saúde, reitores, sanitaristas e educadores.

Os trabalhos expostos no decorrer do evento apresentaram reflexões sobre os problemas relacionados à formação profissional na área da saúde pública e suas deficiências, bem como proposições para o desenvolvimento deste campo. [...] Entre os temas que se destacaram nas propostas norteadoras [...] para o trabalho na área de formação em saúde pública, percebe-se uma evidente preocupação com pessoal de nível médio e auxiliar, acentuando-se a importância de investir em sua preparação para não haver concentração sobre o trabalho de profissionais de nível superior, *cujas formação e habilitação para o mercado de trabalho eram mais longas e demoradas* (FONSECA, 2004, p.52-53, grifo nosso).

Ainda com relação ao evento, segundo Nunes (2004, p.172),

Em seu programa, foram abordadas as questões que permeavam a visão de planejamento do setor, antecipando uma problemática ligada ao planejamento de recursos humanos que seria materializada pelo governo, na década de 1970, no Plano de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), componente indutor da expansão da rede de serviços públicos de saúde na dimensão dos recursos humanos.

Duas medidas legais por parte do regime militar, no final da década de 1960, tornaram-se balizadoras dos processos de formação de sanitaristas no início dos anos 1970. Trata-se do Decreto Lei 200, de 1967, que implicou em uma Reforma Administrativa do setor público, e da Lei 5.540, de 1968, que fixou as normas de funcionamento e organização do ensino superior por meio da Reforma Universitária.

Nesse sentido, de acordo com NUNES (1998, p.50), tanto

Na ENSP, como na Faculdade de Saúde Pública [USP], a nova lógica de formação de sanitaristas estava definida pela característica que assumia legal e normativamente o setor público, calcada na figura do “administrador de saúde”, que deveria se inserir nos diversos níveis de assistência, e implantar uma racionalidade estabelecida pelo controle, pela disciplina e pela eficiência, formulações que integravam o Decreto Lei 200.

O curso de formação de sanitaristas até então existente formava “diplomatas da saúde” segundo Eduardo Costa, um dos docentes do curso. Esta concepção, no entanto, não se coadunava com as novas propostas de preparação de quadros de governo. Com relação a isto vejamos um trecho da entrevista que o docente concedeu à Nunes (1998, p.51):

Nós estávamos querendo formar o sanitarista generalista [...] mas a concepção do curso tinha como expectativa formar um diplomata da saúde; um cara que participaria bem de reuniões internacionais, mas não teria capacidade de intervenção. Queríamos que o sanitarista fosse um dirigente. Para isso, os instrumentos deveriam ser políticos, mas também técnicos, para intervir diante dos problemas da população, através de conteúdos da epidemiologia.

A Lei da Reforma Universitária de 1968, por sua vez, incorporou a medicina preventiva no currículo das faculdades de medicina e tornou obrigatória a presença dos DMPs nestas. É a partir desses departamentos que passam a serem aplicadas as teses da medicina comunitária. Esta, surgida na década de 1960 nos Estados Unidos, contava com o suporte de agências internacionais como a OMS e a OPAS para sua difusão, da mesma forma que acontecia com a medicina preventiva. Donnangelo (2011, p.117) afirma que

[...] a Medicina Comunitária virá agregar aos projetos anteriores uma nova dimensão: prestação de serviços a categorias excluídas do cuidado médico. Ela não se reduz tampouco a essa dimensão, mas é possível apreender, a partir desse aspecto, uma de suas características básicas, dada pelo fato de que ela emerge como forma paralela à organização predominante da assistência médica. [...] Na América Latina o projeto ganha corpo na década de 1970 e resulta em programas experimentais de prestação de serviços que se propõem o desenvolvimento de modelos de assistência passíveis de garantir a extensão do cuidado à saúde a populações pobres, urbanas e rurais.

Esta proposta de extensão do acesso aos serviços de saúde para populações marginalizadas urbanas e rurais foram os primeiros mecanismos de veiculação de programas de atenção primária à saúde (APS). O objetivo era uma proposta mais racional que permitisse a redução dos custos através da utilização de tecnologias simplificadas e execução de práticas de promoção da saúde pela própria comunidade, treinada pelos profissionais de saúde.

De forma paradoxal, entretanto, “a crítica à medicina preventiva foi feita no interior dos próprios departamentos constituídos para o seu ensino, e a crítica ao

positivismo e às propostas racionalizadoras foi financiada pelos próprios organismos que as difundiam” (ESCOREL, 1999, p.19).

Escorel (1999) identifica três escolas de pensamento atuantes dentro de alguns DMPs, cada uma mais desenvolvida em determinada instituição: a preventivista liberal, a racionalizadora técnica e a “teoria social da saúde”. Esta última, que partia da abordagem histórico-estrutural, materialista marxista, travou uma luta teórica com as outras duas e começou a dar um novo enfoque para a aplicação das ciências sociais no campo da saúde que vinham sendo utilizadas desde as décadas de 1950 e 1960 com um viés da sociologia funcionalista, predominante no mundo acadêmico estadunidense.

“Foi durante o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil [...] que se transformou a abordagem dos problemas de saúde e se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social” (ESCOREL, 1999, p.19).

Juan César Garcia teve papel fundamental nesta formulação ao coordenar um estudo sobre a educação médica na América Latina em 1967-1968. Contando com financiamento da OPAS e da Fundação Milbank este trabalho permitiu “visitas a várias faculdades e a distribuição de bibliografia, iniciando, também, um processo de estímulo a criação de mestrados em medicina social” (ESCOREL, 1999, p. 28). O Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, criado em 1973, é um exemplo desta iniciativa no Brasil que, juntamente com o desenvolvimento de programas de residência em medicina preventiva e social e os cursos de especialização em saúde pública, representou um salto qualitativo para a área da medicina social. “Configurou-se assim mais uma etapa da metamorfose pela qual vinha passando o médico-sanitarista, conformando-se nesse momento a sua face médico-social. [...] Afastando-se ainda mais do biológico e dirigindo-se para o social” (BELISÁRIO, 1995, p.140).

Este processo de incorporação das ciências sociais à análise das questões de saúde deu-se criticamente rejeitando a neutralidade da ciência do positivismo, a ideia de equilíbrio universal da corrente funcionalista e assumindo a sociedade como composta por classes em conflito e luta. Este processo, desenvolvido no âmbito da vertente acadêmica do movimento da Reforma Sanitária, resultou na construção de uma teoria social da saúde e foi considerado por Escorel (1999) como “as bases universitárias” do movimento sanitário.

Almeida Filho (2010, p.2239) considera o trabalho de Garcia “o marco referencial de todo um movimento intelectual e político que, na América Latina em

geral e particularmente no Brasil, termina por se configurar como um campo de saberes e práticas chamado Saúde Coletiva”. Esta formulação surge, portanto, tendo como postulado fundamental a afirmação que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pelos movimentos ideológicos referentes à higiene, medicina preventiva, medicina comunitária, bem como em relação à saúde pública institucionalizada (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

A Saúde Coletiva se articula em um tripé interdisciplinar composto pela Epidemiologia, a Política e Planejamento em Saúde e as Ciências Sociais em Saúde, e propõe um novo modo de organização do processo de trabalho e das práticas em saúde que enfatiza a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, a integralidade da atenção e intersetorialidade das práticas em saúde da população.

Em 1974, em uma reunião que agregou diretores de Escolas de Saúde Pública da América Latina, em Lima, no Peru, foi criada a Associação Latino-Americana e do Caribe de Educação em Saúde Pública - ALAESP, decorrente da preocupação com a formação em saúde pública na região.

Como os programas de pós-graduação em saúde pública entravam em ascensão, principalmente pela oferta nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social das Faculdades de Medicina da região, a Associação passou a incorporar os esforços pela pesquisa pós-graduada e pela formação de pessoal de elevada educação superior como os programas de mestrado e doutorado, posteriormente entabulados pela maioria das escolas, inclusive aquelas vinculadas aos sistemas de serviços (CECCIM, 1999-2000, p.83).

3.2 CRISE ECONÔMICA-SOCIAL E A DESCENTRALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO DE SANITARISTAS NOS ANOS 1970-1980

Em 1974 o sistema econômico brasileiro entra em crise. O modelo econômico adotado no pós-64, baseado na subordinação da economia brasileira ao mercado mundial e empréstimos solicitados às agências internacionais de financiamento, não resiste à crise do capitalismo a nível internacional. Em função da diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional, o país diminuiu o ritmo de crescimento que em períodos áureos chegou a 10% do PIB.

A ideia de que era preciso fazer crescer o bolo (a economia) para depois redistribuí-lo para a população não se confirma no plano social. Os pobres ficaram mais pobres e os ricos mais ricos, sendo o país um dos que apresentam um dos maiores índices de concentração de renda a nível

mundial. A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas, e da mortalidade infantil (POLIGNANO, 2006, p.17).

A falta de controle sobre as contas dos serviços contratados da previdência criou condições para que a corrupção atingisse, por volta de 1974, níveis que ameaçavam o equilíbrio financeiro. Diante disso, segundo Teixeira (1980), são adotados três conjuntos de medidas para conter a crise.

A primeira é a criação de mecanismos de controle do setor contratado através da empresa de processamento de dados da Previdência Social – DATAPREV. A segunda medida é a ampliação do setor conveniado, doravante estendido para sindicatos, universidades, prefeituras, governos estaduais, e secretarias de saúde.

A terceira ação inclui duas medidas de cunho normatizador que objetivavam disciplinar e organizar as diversas modalidades de prática médica vinculada à Previdência Social. Em uma delas, o Plano de Pronta Ação (PPA), aparece pela primeira vez a questão da universalização do acesso, embora restrito somente aos atendimentos de emergência. A segunda, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) criado pela lei 6.226 de 1975, teve como característica mais importante a definição do MS como formulador de políticas de saúde a nível nacional e promotor e executor de ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, e o MPAS com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado. Além de reconhecer e oficializar a dicotomia da questão da saúde, o SNS ainda definiu competências no setor saúde para outros ministérios.

Teixeira (1980) inclui também neste terceiro bloco de medidas a criação de novos mecanismos institucionais, no caso, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), subordinado ao MPAS. Sistema que aglutinou diversas entidades como: INPS, INAMPS, Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), CEME, e o Instituto de Administração Financeira da Previdência (IAPAS).

Com as crises econômica, social - dentro desta a crise sanitária - e, conseqüentemente, crise política do regime militar, o general Ernesto Geisel começa, a partir de 1974, um processo de transição rumo à democracia de forma “lenta e gradual”. Uma política de sobrevivência articulada pelas classes dominantes visando assegurar uma transição controlada e limitada do autoritarismo militar a um regime civil de

maiores liberdades, sem alterar, contudo, os privilégios econômicos das classes que compunham o bloco dominante.

Dentro deste contexto, passam a interessar ao Estado projetos, programas, ou planos, que dessem conta desta multiplicidade de interesses envolvidos na política de saúde, e que ao mesmo tempo conseguissem reorganizar o sistema tornando-o viável do ponto de vista do financiamento. Foi neste bonde da história que o nascente “movimento sanitário” embarcou. Assim, a Saúde Pública, os sanitaristas, encontram novo alento, redirecionando o sentido de suas preocupações teóricas e redefinindo seu objeto de trabalho. Voltam-se, agora, principalmente, para o planejamento e para a administração dos serviços de saúde, desenvolvendo, a partir de noções da Epidemiologia e de modelos organizacionais difundidos por organismos internacionais, diferentes alternativas para reorganização dos serviços de saúde (CAMPOS, 2006, p.49).

O governo Geisel lança o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), um plano quinquenal que traz alterações nas prioridades de industrialização: do setor de bens de consumo duráveis para o setor produtor de meios de produção, e enfatizou a abertura na política externa, o mercado interno e a empresa privada nacional. O II PND tinha como objetivos o combate à inflação, a exploração do potencial hidrelétrico e a continuação do processo de substituição de importações. Diante da crise econômica mundial, muitos dos objetivos econômicos do plano foram abandonados, uma vez que se tratava de um verdadeiro projeto de Nação-Potência, não apoiado pelas bases de sustentação do regime militar.

De acordo com Escorel (1999), o II PND foi inédito no regime militar no que tange as questões sociais. Isto se deu ao elencar prioridades como: diminuição da pobreza absoluta, ampliação do acesso nas áreas de educação, saúde, e previdência, ao lado da infraestrutura dos serviços urbanos.

A introdução e até mesmo a ênfase, ainda que teórica, à questão social no planejamento do Estado, ou seja, a utilização do campo social como fonte de legitimação do regime, produziu estímulos oficiais para o surgimento de equipes de pensamento oposicionista em algumas instituições setoriais. Os espaços institucionais foram ocupados por técnicos que não reproduziam a política dominante – pelo contrário, utilizaram esses espaços para defender propostas alternativas, contra-hegemônicas (ESCOREL, 1999, p. 43).

Segundo a autora, surgiram nessa conjuntura três pilares institucionais que favoreceram a estruturação do movimento sanitarista: o setor Saúde do Centro Nacional

de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (CNRH/IPEA), a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da OPAS (PPREPS/OPAS) (SCOREL, 1999).

No âmbito do setor Saúde do CNRH/IPEA nasceram importantes programas como o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), sendo este último o principal dos Programas de Extensão de Cobertura¹⁷ (PECs) organizado no âmbito do MS. Além disso, esse setor do CNRH compôs a coordenação do Plano de Localização de Unidades de Saúde (PLUS), fruto de um convênio do IPEA com o INPS.

A FINEP através de uma parceria com a FIOCRUZ/ENSP viabilizou o Programa de Estudos Socioeconômicos e Sociais em Saúde (PESES) e o Programa de Estudos e Pesquisa Populacional e Epidemiológica (PEPPE). O primeiro estruturou-se em torno de grandes áreas de pesquisa como economia e saúde, campanhas sanitárias, medicina comunitária, ensino da medicina preventiva, além de um projeto bibliográfico que “recuperou o trabalho que Garcia fazia de distribuição de material bibliográfico, só que em nível nacional” (AROUCA apud SCOREL, 1999, p.118). O segundo era um grande projeto de pesquisas populacionais e epidemiológicas que inicialmente foi pensado para fornecer a infraestrutura necessária para o primeiro, recebendo uma linha de crédito quase quatro vezes maior. No entanto, o PEPPE acabou sofrendo grande atraso em seu andamento o que ocasionou, por conseguinte, dificuldades para o desenvolvimento do PESES. De qualquer forma, ainda que tenha enfrentado dificuldades,

¹⁷ A extensão de cobertura foi uma política que se implantou em toda a América Latina nesse período com a participação da OPAS e modelos peculiares em cada país. Esses PECs, que se organizavam sob o signo da medicina comunitária, ocorreram também em diversos países do mundo. Em função de seus resultados, em 1978, a OMS organizou a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata (antiga URSS) que, em linhas gerais, propôs a APS como estratégia para ampliar a cobertura dos sistemas nacionais de saúde e, conseqüentemente, alcançar as metas do Programa Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT 2000). “A OMS enfrentou fortes resistências econômicas e políticas, uma vez que a proposta da APS defendida em Alma-Ata e preconizada no SPT 2000 conflitava frontalmente com os interesses, por exemplo, da indústria de leite e de medicamentos, uma vez que defendia o aleitamento materno e o fornecimento gratuito e até mesmo a fabricação de medicamentos essenciais em países menos desenvolvidos” (FAUSTO e MATTA, 2007, p.47). Nesse sentido, no ano seguinte foi realizada uma nova conferência, desta vez em Bellagio, na Itália, apoiada pelo Banco Mundial e com a presença da Fundação Rockefeller, da Fundação Ford e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que expressaram seu descontentamento com as propostas universalizantes e estatizantes e propuseram, em contrapartida, uma Atenção Primária à Saúde Seletiva (APSS) baseada na formulação de programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos populacionais em situação de pobreza.

A sistemática do PESES-PEPPE e o ambiente de debate que se estabeleceu nesse período produziram desdobramentos nas grades curriculares e na estruturação de novas disciplinas, que absorviam as descobertas efetuadas pelos técnicos envolvidos com os projetos. Dentre eles vale destacar a incorporação, em 1980, da disciplina saúde pública como prática social no curso de saúde pública, a constituição da área de vigilância epidemiológica como integrante do núcleo de ensino da epidemiologia e a conseqüente incorporação do Programa Ampliado de Imunizações, em parceria com o Ministério da Saúde e a Opas (NUNES, 2004, p.178).

Já o PPREPS surgiu como consequência da criação, pelo Ministério da Saúde, de um grupo de trabalho interministerial dedicado a formular propostas na área de formação e distribuição de pessoal de saúde para o II PND e caminhou muito próximo ao PIASS. “A atuação do PPREPS em conjunto com o PIASS causou impacto nas secretarias estaduais de Saúde do Nordeste através da criação de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde” (SCOREL, 1999, p.47). O contexto de reformas que atingia o setor público da saúde e que avançava através desses projetos gerou demandas de reorganização do Sistema de Saúde, requerendo a ampliação e qualificação das equipes.

Nesta conjuntura, em 1975 a ENSP decide descentralizar o curso de saúde pública, até então lecionado somente na sede da escola (Rio de Janeiro), criando o Programa Nacional de Cursos Descentralizados de Saúde Pública¹⁸. De acordo com Nunes (2007, p.30),

estes cursos se regulamentaram por convênios entre aquela Escola, as secretarias estaduais de Saúde e as universidades públicas sediadas nos estados da federação, iniciando pelo Pará e Rio Grande do Sul, e expandindo-se, nos anos subsequentes, a quase todos os estados da Federação. [...] Também favoreceu a integração ensino x serviço na absorção de docentes e na formatação de currículos mais voltados para as realidades regionais.

Os cursos regionalizados e os programas de residência em medicina preventiva e social e medicina geral e comunitária foram os instrumentos mais importantes de formação de sanitaristas na época, tanto numérica quanto geograficamente, sendo que as residências ainda eram restritas aos médicos. Segundo Ramos et al (2006, p.381),

a multiprofissionalidade na residência surgiu a partir do Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública (PAR – MP/MS/SP), criado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1979. O programa aproveitou o

¹⁸ A proposta de descentralizar os cursos de saúde pública esteve presente nas recomendações da IV Conferência Nacional de Saúde em 1967.

Treinamento Avançado em Serviço (TAS), uma experiência da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) que vinha se desenvolvendo com clientela multiprofissional desde 1977. A partir daí, vários programas apoiados pelo PAR dispararam experiências de Residência Multiprofissional.

Segundo Nunes (1994), com a instalação desses cursos de pós-graduação, e a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva¹⁹ (ABRASCO), em 1979, como espaços de resistência e análise crítica da situação de saúde e das políticas sanitárias, inaugura-se a fase da Saúde Coletiva no Brasil.

CEBES e ABRASCO iniciaram, nesse período, uma importante trajetória de articulação política, de produção editorial, de formação de docentes e de apoio à construção do campo da saúde coletiva durante a década de 1980, adquirindo relevância na ‘engenharia política’ que resultou na criação do SUS.

O CEBES materializou e difundiu o pensamento médico-social [...]. Congregou, corporificou e divulgou o pensamento sanitário, que já tinha sido permeado pelas ciências sociais marxistas. Apesar de ter atuado em um cenário inicialmente limitado, conseguiu expandir-se e crescer como força organizada da sociedade civil, pelo fato de aglutinar um conjunto de estudantes e profissionais da saúde cada vez mais descontentes com os rumos da assistência à saúde no país. Dessa forma, foi uma pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário como movimento social organizado (ESCOREL, 1999, p.78).

A ABRASCO objetivava a organização da formação de pessoal em nível de pós-graduação na área da Saúde Coletiva (residências, cursos de saúde pública, mestrados e doutorados) através de uma associação que convergisse os interesses das instituições formadoras, num momento em que se sentia o esgotamento de uma determinada orientação, a da saúde pública clássica e a da medicina social.

Nas palavras de Nunes (1994, p.16):

Mais do que ser conformada pelo somatório dos diversos programas das instituições formadoras que carregavam os seus referenciais preventivistas, de medicina social e de saúde pública, a saúde coletiva passa a se estruturar como um campo de saber e prática. O acúmulo de experiências e o exercício crítico e político estão nas bases dessa idéia que vai se fortalecendo na medida em que encontra nas práticas teóricas o solo que a fundamenta. Assim, vejo a saúde coletiva como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica.

¹⁹ A ABRASCO passou-se a chamar Associação Brasileira de Saúde Coletiva a partir de 2012 como veremos no capítulo 4.

Todo esse movimento, e o conjunto de programas e modalidades de formação de sanitaristas aglutinados na ABRASCO, propiciou a entrada maciça de outros profissionais na área da saúde pública, objetivando-se “[...] a formação de um generalista capaz de abordar as questões mais rotineiras em saúde pública. Conformou-se assim a face generalista do médico-sanitarista, agora irreversivelmente miscigenado a outras categorias profissionais” (BELISÁRIO, 1995, p.140).

Além disso, esta multiplicação sem precedentes na formação de sanitaristas acrescentou, à época, um contingente significativo de profissionais para o movimento sanitário que mobilizou a sociedade em torno da Reforma Sanitária e teve como ponto central a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. A saúde, utilizando-se de uma chave de pensamento marxista, passa a ser entendida como o resultado das relações sociais que os homens estabelecem em sociedade e destes com a natureza no processo de produção de sua existência (LIMA, 2007a).

Esta Conferência lançou as bases para uma nova política de saúde com uma proposta que ia para além de uma resolução de uma crise de legitimidade e fiscal do Estado, e cujos eixos eram a constituição de um sistema integrado de assistência à saúde, de corte descentralizante e de cobertura universal, demandando, conseqüentemente, novas estratégias de formação de recursos humanos nesta área.

Nesse sentido, por seu caráter estratégico, a questão dos recursos humanos foi incluída entre as Conferências de temas específicos realizadas após a VIII Conferência.

Realizou-se, assim, a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que foi um momento político importante na adoção de novas estratégias de desenvolvimento de recursos humanos. Nessa conferência apontou-se a necessidade de revisão da forma de preparação e capacitação dos profissionais de saúde, para que se pudesse propiciar a eles uma formação mais adequada às necessidades de saúde da população. Além disso, esses profissionais deveriam ser alvo de uma política que valorizasse seu trabalho e que permitisse sua ascensão profissional, sua dedicação ao serviço público e sua integração à equipe. Quanto ao [...] sanitarista, nenhum papel específico na condução e implementação das políticas de saúde lhe foi atribuído (BELISÁRIO, 1995, p.142).

Além disso, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária também desempenhou papel importante no que tange a formação de profissionais para a saúde conforme aponta Nunes (1998, p.18-19):

Do ponto de vista da formação de recursos humanos, vale destacar o papel desempenhado pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, na identificação de nós críticos do Sistema de Saúde ligados ao tema, trazendo

novas questões para o debate, no que diz respeito à preparação de quadros para o Sistema de Saúde. Nesse contexto, surgiu uma nova linha de cursos, recortados por temáticas (de recursos humanos, de planejamento, de vigilância sanitária). Também foram criados os Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva, instituindo um novo ator social entre aqueles já existentes, e reconfigurando a capacidade de resposta, no plano local e nacional, às demandas que eram colocadas pelo Sistema de Saúde naquele momento.

Podemos inferir ao final deste período analisado, que se estendeu do após Segunda Guerra Mundial até o fim da ditadura civil e militar no Brasil, que a formação de sanitaristas passou por um processo de ampliação em termos qualitativos, quantitativos e geográficos. Vimos também o percurso que configurou suas faces desenvolvimentista, racionalizadora/modernizante, médico-social e generalista.

Esta ampliação teve papel central no processo de edificação das bases do SUS que, segundo Belisário (1995), impôs a discussão acerca da gerência do sistema, configurando uma nova face aos sanitaristas para os anos 1990, a gerencial, cuja conjuntura será tratada na sequência.

4 A RECONFIGURAÇÃO DO CAPITALISMO E A FACE GERENCIALISTA DOS SANITARISTAS NO BRASIL NO FINAL DO SÉCULO XX

4.1 CAPITALISMO NOS ANOS 1980-1990: O NEOLIBERALISMO E O “ESTADO DE MAL-ESTAR SOCIAL”

Em meados da década de 1970 o modelo de intervenção do Estado dos países capitalistas centrais apresenta sinais de esgotamento e sofre com as duas crises do petróleo (1973 e 1979), com as crises fiscais e o retorno da inflação. Este cenário, fruto da internacionalização produtiva e financeira da economia capitalista e do predomínio cada vez maior da dimensão financeira sobre a produtiva, forja para a década seguinte (1980) uma reconfiguração do capitalismo em busca de novos mercados e formas de exploração. Neste momento a estratégia keynesiana de enfrentamento da crise encontrou seus limites estruturais.

Segundo Pereira e Linhares (2007, p.73),

as transformações no processo produtivo relativo à introdução de novas tecnologias, problemas de desequilíbrios demográficos e de redução da oferta de trabalho estão na base do que passou a ser denominado ‘crise do *Welfare State*’, com grandes decorrências sobre o modelo e a concepção das políticas sociais.

Os autores ainda colocam que neste período de crise soma-se uma conjuntura política mundial no final do século XX de correlação de forças desfavoráveis para os trabalhadores, crise nos países do leste europeu, fim da URSS, derrota dos processos revolucionários na América Central e a crise da utopia socialista (PEREIRA; LINHARES, 2007).

Nesta conjuntura há uma disputa dentro do capitalismo sobre o papel do Estado, sendo revisitadas as antigas teses liberais formuladas por Adam Smith (século XVIII) e disparadas severas críticas ao Estado intervencionista. Na verdade, estas críticas foram formuladas desde a década de 1940, sob a liderança do economista austríaco Friedrich Von Hayek que escreveu o livro *O caminho da servidão* (1944), onde sistematizou a

limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado²⁰ (FALLEIROS, PRONKO, OLIVEIRA, 2010; MELO, 2004).

Para esses crédulos nas insuperáveis virtudes do mercado, o igualitarismo promovido pelo Estado do Bem-Estar e o intervencionismo estatal, que impedia as crises, destruíam a liberdade dos cidadãos e a vitalidade da concorrência, da qual dependia a prosperidade de todos. [...] E para atingir o estágio em que o mercado seria o comandante indisputado de todas as instâncias do processo de reprodução material da sociedade, era preciso: limitar o tamanho do Estado ao mínimo necessário para garantir as regras do jogo capitalista, evitando regulações desnecessárias; segurar com mão de ferro os gastos do Estado, aumentando seu controle e impedindo problemas inflacionários. Com o passar do tempo, juntaram-se também a esse conjunto de prescrições regras de pilotagem de juros, câmbio e finanças públicas que, algo contraditoriamente, transformaram a política econômica neoliberal numa *Business Administration* de Estado (PAULANI, 2006, p.71, grifo do autor).

As ideias formuladas por Hayek são retomadas no final dos anos 1970 e início dos anos de 1980 e estão na base de uma nova fase do capitalismo doravante denominada de neoliberalismo²¹ ou Estado neoliberal. Este termo e seus princípios norteadores foram consolidados principalmente após a eleição de Ronald Reagan, nos EUA, e Margareth Thatcher, na Inglaterra, que se tornaram os principais promotores do neoliberalismo em escala mundial.

Segundo Paulani (2006, p. 76-77), para Margareth Thatcher

o neoliberalismo constitui o discurso mais congruente com a etapa capitalista que se inicia, já que defende e justifica as práticas mais adequadas a esse novo momento. [...] O estímulo à demanda agregada garantidor do pleno emprego, que implicava gastos públicos substantivos (com bens públicos e mecanismos de proteção social), não podia mais continuar, dada a crise que então se vivia e que atingia o próprio equilíbrio fiscal. Controlar os gastos do Estado aparecia também como a única saída para driblar a inflação, que insistia em ficar em níveis indesejados. Um desdobramento do mesmo mote é a pregação pela privatização de empresas estatais, que passam a aparecer

²⁰ “Terminada a Segunda Guerra, Hayek foi se dando conta de que o capitalismo caminhava a passos largos para uma era de regulações extranacionais (para evitar que o mundo fosse assolado novamente por conflitos bélicos que tinham questões econômicas em sua origem), de pesada intervenção estatal (para evitar crises catastróficas como a dos anos 1930) e de concessões aos trabalhadores (para enfrentar a concorrência ideológica operada pelo então chamado socialismo real). O acordo de Bretton Woods, o Estado keynesiano regulador de demanda efetiva e o Estado do Bem-Estar Social foram a consumação dessas expectativas, e esse mundo não agradava nem um pouco a Hayek. Por isso, em 1947, ele toma a iniciativa de convocar todos os expoentes do pensamento conservador de então (Lionel Robbins, Karl Popper, von Mises e Milton Friedman, entre outros) para uma reunião em que se discutiria a estratégia necessária para enfrentar essa avalanche de regulação e intervencionismo que assolava o capitalismo” (PAULANI, 2006, p.70).

²¹ Fontes (2010, p.154) afirma que o neoliberalismo “tem como núcleo o contraste fundamental com o período anterior considerado por muitos como ‘áureo’ (keynesiano ou Estado de Bem-estar Social), o que reduz a percepção do conteúdo similarmente capitalista e imperialista que liga os dois períodos, assim como apaga a discrepância que predominara entre a existência da população trabalhadora nacional nos países imperialistas e nos demais”.

como sorvedouros indevidos de dinheiro público. [...] Era preciso restringir o Estado às suas funções mínimas: diligenciar pela manutenção das regras que permitem o jogo capitalista e produzir os bens públicos por excelência, ou seja, justiça e segurança. Finalmente, a crise que comprimia as margens de lucros tinha de ser amenizada com redução de gastos com pessoal e flexibilização da força de trabalho, uma vez que as garantias sociais conferidas a esta última tornavam-se agora um custo insuportável e inadmissível.

Este quadro de ajuste neoliberal apresentado repercute de uma forma muito negativa nas políticas sociais, principalmente na América Latina e Brasil. Soares (2009), por exemplo, argumenta que o processo de privatização e sucateamento dos serviços de saúde e escolas via redução dos gastos de custeio (que redundou na falta crônica de insumos e redução drástica dos salários reais dos funcionários), promoveu na região a desintegração do ainda incipiente Estado de Bem-Estar introduzindo em seu lugar o que a autora define como *Estado de Mal-Estar*.

As reformas dos sistemas previdenciários e/ou de seguridade social na América Latina levaram, invariavelmente, “[...] à sua privatização, com um enorme aumento dos seus custos e, sobretudo, com a redução de suas coberturas e exclusão crescente daqueles que não podem pagar diretamente por seus serviços e benefícios”. Além disso, “o frágil direito de cidadania que vinha sendo construído a duras penas em muitos países latino-americanos foi substituído por ‘atestados de pobreza’ que permitem o acesso a precários e mal financiados serviços públicos” (SOARES, 2009, p.71-72).

Este Estado de Mal-Estar

[...] inclui, por definição, uma feição assistencialista (legitimação) como contra-partida de um mercado ‘livre’ (acumulação). Essa política de legitimação tem oscilado, particularmente nos países da América Latina, entre o assistencialismo e a repressão. [...] Assim a saúde, a educação, a alimentação, o trabalho, o salário perdem sua condição de direitos – constitutivos de sujeitos coletivos – e passam a ser recursos (ou mercadorias) regulados unicamente pelo mercado. O não acesso a eles deixa de ser um problema do Estado, tornando-se um problema a ser resolvido no âmbito do privado (SOARES, 2009, p.73).

Um dos traços comuns nas estratégias neoliberais de (des)estruturação dos serviços públicos é a descentralização de serviços sociais, que na realidade

[...] tem se caracterizado pela mera transferência da responsabilidade sobre serviços completamente deteriorados e sem financiamento para os níveis locais de governo. [...] Dessa forma, o nível central de governo libera-se de seus serviços, não para descentralizar de forma gradual e consistente um sistema, senão que para transferir um problema (SOARES, 2009, p.77).

No caso brasileiro, a total responsabilização pela implementação de políticas sociais pelos municípios vem gerando um processo de *descentralização destrutiva*: “de um lado se tem o desmonte de políticas sociais existentes – sobretudo aquelas de âmbito nacional – sem deixar nada em substituição; e de outro se delega aos municípios as competências sem os recursos correspondentes e/ou necessários”. Nesse sentido, “os municípios que lograram manter uma boa qualidade de serviços básicos sociais estão tendo, como ‘prêmio’, a invasão de populações vizinhas onde isso não acontece”. Além disso, esta estratégia tem reforçado de forma bastante contundente o “caciquismo” ou “coronelismo” local (SOARES, 2009, p.83).

Outro traço, que geralmente acompanha a descentralização, é a privatização total ou parcial de serviços. Ela tem sido responsável por introduzir uma dualidade discriminatória onde quem pode pagar acessa serviços melhores (privado) e para quem demanda o acesso gratuito acaba tendo um serviço de pior qualidade ou ficando sem serviço.

A política social dentro destes programas de ajuste estrutural (PAE) foi implementada através de duas etapas: uma preparatória (de ajuste fiscal com a erosão das instituições públicas), e uma estrutural – baseada em programas de pobreza seletivos e na definição dos serviços e benefícios sociais como bem privados que deveriam obedecer às forças do mercado, que supostamente distribuem recursos com maior eficiência (LAURELL, 1998).

As duas áreas básicas de reforma são o programa contra a pobreza e as instituições de seguridade social. Os programas ditos de compensação social ou de pobreza são concebidos para atenuar o desastre causado pelos PAE e reduzir o conflito social e político. São portanto dirigidos para a legitimação do projeto neoliberal (LAURELL, 1998, p.194).

Concordamos com Soares (2009, p.80-81) que

Não está em tela de juízo a canalização de recursos para os pobres, e sim o fato de esses programas substituírem políticas sociais mais abrangentes, sendo acompanhados pela mercantilização dos serviços e benefícios sociais, pela capitalização do setor privado via subsídios e/ou incentivos fiscais, e pela deterioração e desfinanciamento do setor público.

Desta forma, na prática, estes programas não fazem nada para superar a pobreza. Na verdade propõem administrá-la sem alterar as causas do empobrecimento e sem

garantir a satisfação das necessidades humanas mínimas diante da escassez de recursos alocados. O mote acaba sendo a oferta de “[...] um discurso social para demonstrar a preocupação do governo pelo bem estar da população empobrecida e para desviar a atenção da deterioração das instituições de bem estar públicas” (LAURELL, 1998, p.195).

Segundo Laurell (1998, p.195), as reformas da seguridade social, envolvendo esquemas de pensão e serviços de saúde, “[...] movem o esquema básico da seguridade social do financiamento e provisão públicos para a administração privada; de um esquema integral para o seguro separado para contingências específicas; da solidariedade para o individualismo [...]”. A autora afirma também que

Esse esquema de pensões resultará na maior transferência de fundos públicos para grupos financeiros privados nacionais e transnacionais jamais experimentados na América Latina, e o controle sobre esses grandes volumes de capital conferem-lhe um poder econômico, e portanto político, sem precedentes. [Ela é também] [...] um bom exemplo da criação, mediante a intervenção estatal direta, de novos mercados e do favorecimento de grupos de interesses específicos, neste caso das associações financeiras (LAURELL, 1998, p.195-197).

4.2 FINANCEIRIZAÇÃO DA ECONOMIA, REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA DO CAPITAL E O CAMINHO DA TERCEIRA VIA NO BRASIL

Se o capital industrial foi a fração preponderante no bloco de poder que governou o Brasil dos anos 1930 até os anos 1990, a partir da última década do século passado o capital financeiro, em consonância com as recomendações da cartilha do Consenso de Washington²², assumiu a supremacia no mercado em uma época de financeirização e mundialização do capital.

A estrutura produtiva capitalista durante os gloriosos anos dos Estados de Bem-Estar esteve apoiada no binômio taylorismo-fordismo que produziu um rígido controle do capital sobre a fábrica e estendeu-se também para a sociedade. A partir da crise estrutural desse sistema produtivo, em meados da década de 1970, o modelo toyotista

²² “Trata-se de um conjunto de medidas formulado por economistas de instituições financeiras em novembro de 1989 baseadas em Washington D.C., como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial que passou a ser ‘receitado’ para o ajuste das economias, especialmente dos países endividados. Trata-se de um receituário, de um escopo de ideias mais amplo que se denominou neoliberalismo” (FRIGOTTO, 2011, p.26, grifo do autor).

japonês de acumulação flexível aparece com forte potencialidade universalizante (ANTUNES, 2010).

Doravante segue em curso, impulsionada pela pragmática neoliberal, a reestruturação produtiva do capital e seu intrínseco caráter destrutivo.

[Esta] redesenhou a planta produtiva de modo bastante distinto do taylorismo/fordismo, reduzindo enormemente a força de trabalho viva e ampliando intensamente sua produtividade, reterritorializando e mesmo desterritorializando o mundo produtivo, pois as noções de *espaço* e o *tempo* transformavam-se profundamente (ANTUNES, 2010, p.13, grifo do autor).

As consequências desse processo são profundas metamorfoses no universo do trabalho. O trabalhador agora deve ser mais polivalente e multifuncional, diferente do desenvolvido na empresa taylorista e fordista, e que, “em verdade [,] expressa a enorme intensificação dos ritmos, tempos e processos de trabalho [...] e tudo isso muda muito o modo de o capital produzir as mercadorias, sejam elas materiais ou imateriais, corpóreas ou simbólicas” (ANTUNES, 2010, p.14). Ademais, se presencia um aumento do processo de desregulamentação do trabalho com significativa ampliação da terceirização, das práticas flexíveis de contratação da força de trabalho, desemprego explosivo, rebaixamento salarial e redução dos direitos sociais para os trabalhadores (ANTUNES, 2010).

O trabalho estável torna-se, então, quase virtual, uma vez que estamos vivenciando a erosão e mesmo a corrosão do trabalho contratado e regulamentado, dominante no século XX e vendo sua substituição pelo trabalho terceirizado, flexibilizado, pelas formas de trabalho *part time*, pelo “empreendedorismo”, “cooperativismo”, “trabalho voluntário”, “terceiro setor” etc. [...] (ANTUNES, 2010, p.14, grifo do autor).

No Brasil, este modelo ganha força no período das primeiras eleições diretas (1989) depois de tantos anos que conduziu à presidência da república o candidato das forças conservadoras que, em verdade, nunca haviam perdido o controle da situação.

[...] Era um moço que fora prefeito “biônico” (indicado pela ditadura, sem eleição) de Maceió e se formara, politicamente, no espírito da mentira e do cinismo. Eleito, o jovem político Fernando Collor se permitiu procedimentos tão escandalosos que levaram a uma vigorosa reação popular e ocasionaram o seu impedimento (*impeachment*) por parte do Congresso (KONDER, 2003, p.86, grifo do autor).

Tanto Collor de Mello (1990-1992) quanto Itamar Franco (1992-1994), seu vice que assumiu a segunda metade do mandato, iniciaram um diálogo mais próximo com o FMI e o Banco Mundial no sentido de promover ajustes de caráter macroestrutural na economia brasileira que se encontrava, assim como a maioria dos países periféricos, afundada em juros da dívida externa.

São nas eleições seguintes, quando Fernando Henrique Cardoso (FHC) assume o primeiro de seus dois mandatos seguidos na presidência (1995-1998/1999-2002), que começam a serem adotadas no país de forma mais intensa as medidas da ortodoxia neoliberal. Elas foram compiladas no Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE) elaborado pelo ministro da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE) do primeiro governo de FHC, Luiz Carlos Bresser Pereira.

O PDRAE distingue quatro setores estatais, em relação aos quais elabora diferentes diagnósticos e proposições, quais sejam:

1) Núcleo Estratégico, que corresponde aos Poderes Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e ao Poder Executivo. Trata-se do governo, em sentido amplo. É no núcleo estratégico que as leis e as políticas públicas são definidas e seu cumprimento é cobrado. É, portanto, o setor onde as decisões estratégicas são tomadas. 2) Atividades Exclusivas, setor no qual são prestados serviços que só o Estado pode realizar, ou seja, aqueles em que se exerce o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar. 3) Serviços Não-Exclusivos corresponde ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado, mas este se faz presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem economias externas relevantes, na medida que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços pela via do mercado. São exemplos desse setor as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus. 4) Produção de bens e serviços para o mercado corresponde à área de atuação das empresas estatais do segmento produtivo ou do mercado financeiro. É caracterizado pelas atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda permanecem no aparelho do Estado, como, por exemplo, as do setor de infra-estrutura (BRASIL, 1998, p.10).

A proposta de reforma inaugura no país o discurso da governança, de matriz social-democrata inglesa, e o da competição administrada, uma mescla do modelo inglês com o estadunidense.

O primeiro discurso, da governança, contribuiu para se justificar a redefinição do papel do Estado, que deixava de ser o responsável direto pela produção de bens e serviços, para exercer as funções de regulação e coordenação das políticas econômicas e sociais, na medida em que transferia para o setor privado as atividades que podiam ser controladas pelo mercado e descentralizava as atribuições executivas para as esferas estadual e municipal. O segundo discurso, da competição administrada, ajudou a viabilizar a transformação dos serviços públicos em organizações públicas de um novo tipo: as organizações sociais (LIMA, 2010b, p.288-289).

O conjunto de medidas adotadas neste período reconfigurou o Estado brasileiro em moldes gerenciais, promoveu a abertura do fluxo internacional de capitais e a desregulamentação do mercado financeiro. “Com a sua implantação, encerra-se um ciclo que se caracterizou pela participação direta do poder público não só em setores considerados estratégicos para o desenvolvimento do país, como também em serviços como os de educação e saúde” (CHINELLI, LACERDA e VIEIRA, 2011, p.44).

Segundo Antunes (2010, p.14),

Os serviços públicos, como saúde, energia, educação, telecomunicações, previdência etc., também experimentaram, como não poderia deixar de ser, um significativo processo de reestruturação, subordinando-se à máxima da mercadorização, que vem afetando fortemente os trabalhadores do setor estatal e público. Tornaram-se importantes empresas privadas geradoras de valor.

Dessa forma, a proposta neoliberal agrava a já iníqua situação de alocação de recursos para as políticas sociais através do corte de gastos públicos, e, mascarada por propostas de “reformas” no âmbito social, tem provocado processos de desmonte dos incipientes aparatos públicos de proteção social na América Latina (SOARES, 2009).

A leitura que se faz é que os pobres, vítimas de programas de ajustes mal implementados, de políticas sociais ineficazes, de instituições fracas e corruptas, de discriminações, etc. devem investir na sua “autonomia” (produtiva) e por conta própria, sem depender das benesses do Estado, “agarrar” as “oportunidades” oferecidas pelo mercado. [...] “A melhor política em favor dos pobres não é a que os protege do mercado, mas a que os incita a dele participar. Sair da pobreza é uma responsabilidade dos próprios pobres” (MOTTA, 2011, p.49).

Com relação à doutrina neoliberal, de acordo com Falleiros, Pronko e Oliveira (2010, p.70), os governos Thatcher e Reagan prosperaram de tal forma em suas propostas

que Bill Clinton, nos Estados Unidos (1993-2001), e Tony Blair, na Grã-Bretanha (1997-2007), não só deram continuidade ao processo de

neoliberalização como também o ampliaram dentro de uma concepção social-democrata reformulada, sistematizada na chamada Terceira Via.

Esta nova reformulação ocorre em um cenário de endividamento dos países centrais e periféricos por conta do aumento das exigências do capital financeiro para garantir formas mais seguras de maximização do lucro que desencadearam problemas políticos e sociais. A ortodoxia neoliberalizante não criou uma base estável como pensavam seus idealizadores e adeptos (MARTINS, 2009).

Diferentes setores, políticos e intelectuais conservadores e organismos multilaterais apontaram para uma ameaça à ruptura da coesão social e indicaram a necessidade de introduzir outros mecanismos que reduzissem os efeitos das políticas neoliberais, criando um novo rearranjo econômico, social e político de forma a atribuir uma “face mais humana” ao capitalismo (MOTTA, 2011, p.42).

Apesar de concordarem que o culpado pela crise é o Estado, a doutrina neoliberal e a Terceira Via divergem nas suas estratégias de superação.

Nos dois casos, o Estado deixa de ser o responsável direto pela execução das políticas sociais, mas enquanto o neoliberalismo defende a privatização e passa essa responsabilidade para o mercado, a Terceira Via repassa a responsabilidade para organizações da sociedade civil, criando o conceito de ‘público não-estatal’, na passagem de um Estado de bem-estar social para uma sociedade de bem-estar social (FALLEIROS; PRONKO; OLIVEIRA, 2010, p.71).

O Banco Mundial logrou importante papel na disseminação dos ideários e princípios que mais tarde viriam a ser sistematizados no programa neoliberal da Terceira Via. A indução via atrelamento dos empréstimos condicionados a temas como “participação” e “diálogo” operacionalizados via “parcerias” entre o aparelho de Estado e organizações da sociedade civil, especialmente as ONG’s, corroboram com a tese de Pereira (2010) de que desde o acordo firmado na conferência de Bretton Woods, em 1944, a atuação do órgão vai para além da questão financeira, estendendo seus tentáculos também como ator político e intelectual.

Com relação à Terceira Via, Martins (2011) diz que

Nesse modelo idealizado, o aparelho [...] estatal, incorporando o chamado “modelo gerencial”, não seria por princípio nem grande nem pequeno. Suas funções seriam modeladas pelas reais necessidades presentes em cada período ou momento conjuntural a partir do modelo de parcerias. Nesse modelo, o aparelho de Estado teria suas funções e tamanho reduzido, configurando-se no Estado gerencial ou necessário – nem grande nem

pequeno. Por sua vez, a sociedade civil teria sua dinâmica completamente alterada. De instância de organização das concepções de mundo e de lutas antagônicas, envolvendo a defesa de projetos societários, a sociedade civil teria que ser convertida em espaço da colaboração social. [...] A formulação dos intelectuais orgânicos desse importante setor da classe burguesa foi sistematizada por Anthony Giddens. As proposições da Terceira Via foram difundidas por todo o mundo, passando a se constituir como referência teórica e prática de governos e de diferentes forças sociais (MARTINS, 2011, p.82-83).

Sob a égide desta proposta, no início de século XXI, o projeto da Terceira Via tem interferido significativamente no papel do Estado enquanto educador de uma nova sociabilidade. Assim, uma série de formulações teóricas e ações político-ideológicas têm sido utilizadas pela burguesia, em nível mundial, para assegurar a dominação de classe constituindo, desta maneira, uma *nova pedagogia da hegemonia* visando à construção de uma nova sociedade e um novo homem (NEVES, 2008).

Nesse sentido,

a dominação burguesa passa a se realizar numa dupla e concomitante direção: por meio do aparato legal e militar do Estado e também pela implementação de políticas públicas de regulação das relações sociais gerais e pelos aparelhos privados de hegemonia, que em diferentes graus de consciência coletiva difundem, na sociedade civil, as idéias (sic), ideais e práticas burgueses para o conjunto de sociedade. A classe burguesa e seus aliados passam a exercer, na atualidade, um importante papel na conformação social. É nesse sentido que ela passa a constituir-se, além de classe dominante, em classe dirigente, pois para o exercício dessas novas atribuições necessita de intelectuais, seus funcionários para funções de hegemonia (NEVES, 2008, p.361).

À luz da nova pedagogia da hegemonia as práticas educativas do Estado educador buscam concretizar os seguintes objetivos destacados por Martins (2011):

- a) eliminar a solidariedade de classe pela colaboração circunstancial entre parceiros;
- b) disseminar o voluntariado, o empreendedorismo e a competitividade como elementos naturais e indispensáveis à vida humana;
- c) restringir o sonho e o desejo no plano do consumo de bens materiais e serviços;
- d) reforçar a noção de que transformar a realidade significa apenas promover mudanças tópicas, localizadas e de curto impacto (MARTINS, 2011, p.85-86).

No Brasil, a Terceira Via é implementada no primeiro mandato de FHC e tem sequência nos dois mandatos de Lula da Silva (2003-2006/2007-2010) e no atual governo de Dilma Rousseff, iniciado em 2011. O principal exemplo tucano foi o Programa Comunidade Solidária (1995-2002), substituído no início da gestão petista

pelo Programa Fome Zero (2003), cujo carro-chefe tem sido o Programa Bolsa Família. O Bolsa Família, por sua vez, está vinculado desde 2011 ao Plano Brasil sem Miséria, o principal programa do governo Dilma, de forte caráter focalizado e compensatório e que tem como público-alvo os grupos mais vulneráveis. Ele dá sequência às estratégias que foram iniciadas em meados dos anos 1990 e que são “voltadas ao fortalecimento da coesão social nos moldes do projeto neoliberal da Terceira Via” (MARTINS; NEVES, 2010, p.24).

4.3 O PROGRAMA NEOLIBERAL PARA A EDUCAÇÃO: MERCADO DO CONHECIMENTO E CONHECIMENTO PARA O MERCADO²³

A reestruturação produtiva do capital e a conformação do Estado gerencial acabaram por substituir no campo da educação a noção de capital humano, em voga nas décadas de capitalismo desenvolvimentista, por outras noções e palavras de ordem como: competências, empregabilidade, sociedade do conhecimento, formação flexível e polivalente, emergidas em meio às propostas de reforma da aparelhagem estatal no Brasil dos anos 1990.

“O que não mudou é a natureza da relação capital e a forma de subordinar a vida humana aos desígnios do lucro. Pelo contrário, exacerbou-se a exclusão de muitos, evidenciada pela elevação do desemprego e subemprego de enormes contingentes de pessoas” (FRIGOTTO, 1997, p.104). Desta forma, o que ocorre na verdade é um rejuvenescimento do pseudoconceito de capital humano, é o “velho travestido de novo” (FRIGOTTO, 2011).

Se as reformas educacionais brasileiras ocorridas durante o período da ditadura civil e militar deram-se permeadas pela teoria do capital humano, atualmente as políticas, os programas, e principalmente o arcabouço jurídico-legal do campo está alicerçado nas recomendações dos organismos internacionais e suas respectivas publicações “combatendo e anulando as lutas empreendidas ao longo da Constituinte, em torno da Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação e do Plano Nacional de Educação” (FRIGOTTO, 2008, p.12).

Trata-se de formulações e diretrizes contidas em documentos do Banco Mundial (BM), da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

²³ Expressão inspirada no título da obra de Neves e Pronko (2008).

(UNESCO), da Organização Internacional do Trabalho (OIT), da CEPAL, da Oficina Regional para a Educação na América Latina e no Caribe (OREALC), e de outras instituições que enxergam o campo educacional como um aparelho de recrutamento de mão de obra para exploração no mercado de trabalho, e que imprimiram e seguem imprimindo marcas em todo o sistema educacional brasileiro.

A reforma educacional conduzida pelos organismos internacionais [...] contribui na formação dos novos intelectuais de tipo americano quando viabiliza um maior estreitamento entre educação escolar e produção; amplia e diversifica as oportunidades de certificação escolar; redefine os patamares mínimos para o exercício de funções intelectuais; possibilita a materialização de nova cultura cívica, baseada em um associativismo colaboracionista; ou mesmo quando desenvolve valores que impulsionam soluções individualistas ou grupistas na resolução de questões relativas ao trabalho e à vida (MARTINS; NEVES, 2010, p.36).

O relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI: *Educação, um Tesouro a descobrir*, publicado em 1996, teve grande ressonância na estrutura educacional brasileira ao recomendar a adoção da lógica das competências para o campo. O Relatório Jaques Delors, como ficou conhecido por conta do nome do presidente da comissão, e seus quatro pilares: aprender a ser, aprender a conviver, aprender a aprender ou a conhecer, e aprender a fazer, “se subordinam à lógica da divisão internacional do trabalho no capitalismo contemporâneo e em sua expressão pedagógica, a pedagogia das competências” (SANTOS, 2010, p.14).

Para falar de pedagogia das competências é importante distinguir o termo competência, conforme aparece no dicionário, da conotação que assume na pedagogia das competências no contexto do capitalismo tardio²⁴.

No primeiro caso, e de forma abstrata, trata-se de executar uma tarefa, serviço ou atividade e cujo resultado seja o desejado e previsível. Nada, pois, a opor a algo feito de forma competente. Todavia, a pedagogia das competências deriva de relações sociais concretas de ultraindividualismo, desmonte dos direitos sociais e coletivos e de políticas universais. Não se refere à educação integral e unitária e nem ao direito ao trabalho, mesmo que seja sob a forma de trabalho explorado, emprego. Vincula-se a uma visão mercantil e ao trabalho flexível, instável e precário. Trata-se do trabalhador buscar as competências que o mercado exige e adaptar-se a elas a qualquer

²⁴ Aqui consideramos capitalismo tardio mais do que um estágio de desenvolvimento uma crise de reprodução do capital, uma vez que o crescimento do consumo (e, portanto, da produção) tornar-se-ia insustentável pela exaustão dos recursos naturais. Trata-se de uma fase em que este sistema esgotou sua parca capacidade civilizatória e, para continuar, tem que ser eminentemente destrutivo com os direitos do trabalhador e das bases da vida, com a agressão e desmantelamento do meio ambiente (MANDEL; MÉSZÁROS apud FRIGOTTO, 2011, p.19).

preço ou, então, deixar o lugar para outrem e sem, ou ao menor, custo para o empregador (FRIGOTTO, 2011, p.27).

A pedagogia das competências possui uma raiz eminentemente pragmática e utilitarista. Nela os métodos assumem papel muito relevante sendo o currículo representado por um conjunto contextualizado de situações-meio visando à geração de competências capazes de gerir as incertezas e de levar em conta mudanças técnicas afinadas com as demandas do processo produtivo. “Essas características evidenciam um duplo viés da pedagogia das competências: por um lado, despertam um (neo)pragmatismo; por outro, um (neo)tecnicismo” (RAMOS, 2011, p.62).

Com relação ao (neo)tecnicismo, as pedagogias das competências:

- a) reduzem as chamadas competências a desempenhos observáveis;
- b) reduzem a natureza do conhecimento ao desempenho que ele pode desencadear;
- c) consideram a atividade competente como uma justaposição de comportamentos elementares cuja aquisição obedeceria a um processo cumulativo;
- d) não colocam a efetiva questão sobre os processos de aprendizagem, que subjazem aos comportamentos e desempenhos: os conteúdos da capacidade (RAMOS, 2011, p.62).

Ramos (2011) afirma, entretanto, que se compreendida como esquemas cognitivos, as competências não poderiam ser enunciadas da forma objetiva como se faz. Segundo a autora,

[...] quando se tenta nomear, classificar, repertoriar competências, acrescentando-se ao verbo saber ou à locução ser capaz de, uma expressão que caracteriza uma ação ou um conjunto de ações, o que se designa é, na verdade, uma atividade e não a competência. A competência é o que subjaz, o que estrutura ou o que sustenta a atividade. Esse é um problema intrínseco à formulação de uma pedagogia das competências, no sentido estrito do termo pedagogia, isto é, como uma atividade social que engloba seleção de saberes a ser transmitido pela escola, sua organização, sua distribuição numa instituição diferenciada e hierarquizada, sua transmissão por agentes especializados e sua avaliação por métodos apropriados (RAMOS, 2011, p.62).

O Relatório Delors e outros documentos que orientaram reformas no campo da educação tinham como finalidade a formação de personalidades flexíveis para a adaptação à realidade instável e incerta. Segundo Ciavatta e Ramos (2012), é nessa perspectiva que se inicia no Brasil, a partir do governo FHC, “a era das diretrizes”, assim caracterizada por conta de seu discurso inovador, veiculação na mídia e

distribuição abundante de materiais impressos para professores e escolas. Para as autoras, a era das diretrizes, na esteira da promulgação da Lei 9.394 de dezembro de 1996 - a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), coincide com a era das incertezas.

Com relação à LDB, de acordo com Brzezinski (2010), ao longo de seu processo de tramitação no Congresso Nacional, dois projetos de sociedade e de educação estiveram em disputa representados por atores localizados em mundos de ideários antagônicos: o mundo real (mundo vivido), dos educadores, e o oficial, o mundo do sistema educativo. Nas palavras da autora:

Este mundo real na sociedade brasileira, sob minha perspectiva, é aquele construído na luta dos educadores, travada desde os anos 1980, para resistir e tentar modificar as práticas autoritárias de traçar políticas educacionais consentâneas com interesses apenas dos que detêm o poder econômico e político em nosso país. Destaco ainda que o mundo vivido tem como prática a defesa da cidadania e que se coloca, dialeticamente, como um movimento mais vigoroso a cada vez que aparenta ter sido desmobilizado pelos golpes desferidos pelo mundo oficial. Este, por sua vez, é considerado por mim como aquele em que, com aporte nos princípios, políticas e práticas neoliberais, vem saudando a globalização excludente como sinal inquestionável de desenvolvimento sustentável, de modernidade, de qualidade de vida no planeta, reafirmando a parceria com elites dominadoras e com o capital estrangeiro que ditam normas para as políticas públicas brasileiras determinadas pelo Estado Mínimo Nacional (BRZEZINSKI, 2010, p.187).

Em outra passagem Brzezinski (2010, p.190) discorre sobre os embates travados no processo de tramitação da LDB:

O cenário da tramitação da LDB/1996 revelou o campo de disputa ideológica entre o público e o privado, tendo como foco a relação conflitante entre a defesa da escola pública, laica, gratuita para todos e de qualidade socialmente referenciada em todos os níveis de escolarização, e o ensino privado, administrado pelos empresários que não encontraram obstáculos da sociedade política para transformar em mercadoria o direito à educação preceituado na Constituição de 1988.

Leher (2010, p.48, grifo do autor) por sua vez, afirma que

Embora a LDB seja uma lei que mais sistematiza medidas em curso do que estabelece diretrizes e bases originais, foi um importante feito do governo Cardoso que, com ela, instituiu um arcabouço legal para as medidas aparentemente *ad hoc* que foram estabelecidas desde o início de seu governo. De fato, entre as inovações legais, a LDB é, seguramente, a mais relevante. Após sua aprovação, uma enxurrada de medidas provisórias, decretos, portarias e resoluções foram editadas, intensificando a intervenção governamental em todos os níveis e modalidades da educação. Não

casualmente, a luta pela LDB foi como que um fio condutor da maior parte das lutas gerais pela educação pública entre 1987 e 1996.

O texto final da LDB agradou bastante o bloco neoliberal do poder, tanto que ele é aprovado sem vetos. Isto não impede, entretanto, que ele afronte diversos preceitos educacionais da Constituição como a “‘diferenciação’ de universidades, uma possibilidade não prevista na Carta Magna, e a inversão dos termos do dever de educar, atribuindo essa responsabilidade primeiro à família e somente em segundo lugar ao Estado” (LEHER, 2010, p.49).

No que diz respeito ao ensino superior, o primeiro documento publicado pelo MEC sob a vigência da LDB/96 foi o parecer CNE/CES 776/97, complementado pelo 583/2001, ambos com o assunto: “Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação”. Neles se faz presente o discurso de que no período pré LDB os currículos eram muito rígidos e os cursos muito burocratizados, sendo necessário adequar-se “[...] [às] tendências contemporâneas de considerar a boa formação no nível de graduação como uma etapa inicial da formação continuada” (BRASIL, 1997, p.2).

Com base nos pressupostos da LDB são formuladas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação no Brasil. No caso da área da saúde o parecer CNE/CES 1.133/2001, referente aos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição foi o primeiro a ser publicado e assim como os dos demais cursos que vieram na sequência trabalham com a lógica de flexibilidade na organização dos cursos e carreiras, e com a noção de competências/habilidades/atitudes elencando o Relatório Delors como uma de suas referências.

Nesse contexto, a interpretação de Ramos (2011) sobre a formação flexível é a seguinte:

A propalada formação flexível ocorre então, por meio da fragmentação curricular e de um tipo de “rotatividade” formativa. Enquanto um currículo flexível é entendido como um dispositivo que proporciona ao trabalhador oportunidades de se atualizar ou requalificar, por diferentes itinerários formativos, frente a instabilidades da produção; o trabalhador flexível, por sua vez, vem a ser aquele capaz de renovar permanentemente suas competências, aproveitando diversas oportunidades, dentre as quais, a oferta desses currículos flexíveis (RAMOS, 2011, p.62-63).

Por mais que a crítica à pedagogia das competências venha sendo realizada desde a sua difusão na educação brasileira, a legislação educacional, especialmente as DCN, “segue tendo a noção de competências como referência para a organização

curricular, enquanto educadores procuram compreender seu significado e se questionam sobre como implementar um currículo baseado em competências” (RAMOS, 2011, p.69-70).

Outra noção que passou a ser difundida através de publicações do BM-UNESCO é a de ‘sociedade do conhecimento’ em substituição a sociedade industrial, uma vez que o capital físico começou a perder importância enquanto fonte de riqueza depois que tecnologias da informação e da comunicação (TIC) se constituíram como fator primário da produção na economia mundial.

A disseminação do uso intensivo das TIC e o fetiche de seu determinismo, que passam a ser tomadas como forças autônomas das relações sociais de produção, de poder e de classe, também chamada de ‘sociedade pós-industrial’, intenta inculcar a ideia de que elas “nos conduziram ao fim do proletariado, à emergência do ‘cognitariado’ e, conseqüentemente, à superação da sociedade de classes, sem acabar com o sistema capital – pelo contrário, tornando-o um sistema eterno” (FRIGOTTO, 2006, p.243).

No contexto da ‘sociedade pós-industrial’ de substituição de tecnologia fixa por tecnologia flexível, da incorporação cada vez maior do trabalho morto em detrimento do trabalho vivo na produção, e da intensificação e precarização do trabalho é formulada a concepção de empregabilidade.

Ela é compreendida como a capacidade do trabalhador manter-se ou inserir-se no mercado, sendo ele próprio responsável pelas estratégias para lograr êxito. Frequentemente descrita “como a manutenção em dia das competências” (RAMOS, 2001, p.206), a empregabilidade “retira do capital e do Estado a responsabilidade pela implementação de medidas capazes de garantir um mínimo de condições de sobrevivência para a população” (OLIVEIRA, 2009, p.199-200). “No plano da mistificação, a ideia que se difunde é a de que o fim do emprego é algo positivo para a competitividade e de que, em realidade, com isso todos ganham” (FRIGOTTO, 2011, p.27).

Frigotto (2011) cita um texto de um dos intelectuais orgânicos defensores da empregabilidade para exemplificar o cinismo que a permeia:

A empregabilidade é um conceito mais rico do que a simples busca ou mesmo a certeza de emprego. Ela é o conjunto de competências que você comprovadamente possui ou pode desenvolver - dentro ou fora da empresa. É a condição de se sentir vivo, capaz, produtivo. Ela diz respeito a você como indivíduo e não mais a situação, boa ou ruim da empresa - ou do país. É o

oposto ao antigo sonho da relação vitalícia com a empresa. Hoje a única relação vitalícia deve ser com o conteúdo do que você sabe e pode fazer. **O melhor que uma empresa pode propor é o seguinte: vamos fazer este trabalho juntos e que ele seja bom para os dois enquanto dure; o rompimento pode se dar por motivos alheios à nossa vontade. [...] (empregabilidade) é como a segurança agora se chama** (MORAES apud FRIGOTTO, 2011, p.27, grifo do autor).

Outra categoria situada no conjunto de noções que rejuvenescem a ideologia do capital humano é o empreendedorismo. Assim como na empregabilidade, a responsabilidade por se enquadrar nas exigências do mercado é deslocada para a grande massa de trabalhadores que é encarada como dona do próprio negócio e deve buscar sua sobrevivência por conta própria. “Para a grande maioria, trata-se de um convite ao trabalho informal e precário, totalmente desprotegido dos direitos sociais” (FRIGOTTO, 2011, p.28).

Para Antunes (2010), o caso do empreendedorismo

[...] cada vez mais se configura como assemelhado a uma forma oculta de trabalho assalariado e que permite a proliferação, neste cenário aberto pelo neoliberalismo e pela reestruturação produtiva, das mais distintas formas de flexibilização salarial, de horário, funcional ou organizativa (ANTUNES, 2010, p.15).

O tratamento que a doutrina neoliberal vem dando para o campo da educação conforme apresentamos até aqui é de uma íntima relação com o mercado de trabalho, levando à produção de um mercado do conhecimento e de um conhecimento para o mercado, em detrimento de uma discussão ontológica, bem mais ampla, vinculada ao mundo do trabalho. Desta forma, achamos pertinente distinguir os dois termos, mercado e mundo do trabalho, recorrendo para tal à Ciavatta e Ramos (2012, p.31):

o primeiro termo diz respeito à geração e demanda de postos ou de oportunidades de trabalho, é a “esfera que circunscreve as práticas sociais pelas quais a força de trabalho, sob determinadas normas e leis, é comprada e vendida”, sob uma correlação de forças desiguais entre os empregadores, os donos do capital, e os trabalhadores. O termo obscurece as condições de trabalho, as relações hierárquicas, a submissão do trabalho assalariado que presidem essas relações.

Já o termo mundo ou mundos do trabalho,

[...] tem seu uso definido em referência ao trabalho em geral e às condições de trabalho e de vida dos trabalhadores, à sua cultura, ao seu pertencimento à classe trabalhadora, à história da classe operária [...]. Em que escolas se fala do trabalho, do que ele significa nas sociedades capitalistas? Preparamos para

o trabalho sem discutir o seu significado mais profundo, a exploração dos trabalhadores e a reprodução das desigualdades sociais (CIAVATTA; RAMOS, 2012, p.31).

Entender que o trabalho não se reduz à atividade laborativa ou ao emprego, “mas à produção de todas as dimensões da vida humana” torna-o preñado de um princípio formativo ou educativo. “Esse princípio educativo deriva do fato de que todos os seres humanos são seres da natureza e, portanto, têm a necessidade de se alimentar, de se proteger das intempéries e criar seus meios de vida”. Desta forma, o trabalho como princípio educativo “não é em Marx e Gramsci uma técnica didática ou metodológica no processo de aprendizagem, mas um pressuposto ontológico e ético-político no processo de socialização humana” (FRIGOTTO, 2006, p.247).

Em tempos de capitalismo tardio e das sociedades do conhecimento/sociedades pós-modernas, há um afastamento e uma blindagem cotidiana cada vez maior, se comparado à sociedade industrial, desses valores e concepções postulados por ou à luz de Marx e Gramsci, sobretudo no campo do trabalho e da educação.

É em meio a essa conjuntura que os organismos financeiros internacionais questionam o “modelo universitário de tipo europeu”, avaliando-o como rígido, elitista e funcional a outro estágio civilizatório, e passam a propor

[...] a criação de um sistema de educação terciária capaz de viabilizar, no século XXI, a massificação desse nível de ensino e atualizar, do seu ponto de vista, os parâmetros de equidade e qualidade educacionais, alterando substantivamente os padrões de formação para o trabalho complexo nas sociedades periféricas contemporâneas (NEVES; PRONKO, 2008, p.117).

A publicação pelo Banco Mundial, em 1994, do documento denominado *La Enseñanza Superior: las lecciones derivadas de la experiencia*, forneceu os pilares para o aprofundamento do processo de mercantilização da educação, particularmente do ensino superior, e da atual reforma da educação superior no Brasil. Segundo Lima (2011), a publicação balizou dois movimentos:

a) a expansão das instituições privadas, através da liberalização dos “serviços educacionais”; b) a privatização interna das universidades públicas, através das fundações de direito privado, das cobranças de taxas e mensalidades pelos cursos pagos e do estabelecimento de parcerias entre as universidades públicas e as empresas, redirecionando as atividades de ensino, pesquisa e extensão (LIMA, 2011, p.87).

Um terceiro movimento gerado a partir do documento foi a redefinição do papel do Estado no ensino superior “no sentido de construir um novo arcabouço político e jurídico que viabilizasse a implantação das diretrizes privatizantes da educação” (LIMA, 2011, p.87).

Outro documento do BM intitulado *Construir sociedades de conocimiento: nuevos desafíos para la educación terciaria*, publicado em 2002, tratou de promover a intensificação desta mercantilização da educação superior no início do novo século. Foi a partir dele que se operou o deslocamento da concepção de “educação superior” para “educação terciária”, o conceito já estava presente, mas a expressão não havia sido utilizada ainda (BARRETO; LEHER, 2008).

É com base nestas formulações que reivindicaram, entre outras coisas, o aprofundamento da diversificação das instituições de ensino superior, dos cursos e das fontes de financiamento, que acontece uma intensa reformulação da educação superior em nosso país na primeira década do novo século. Lima (2011, p.89-90) elenca um conjunto de leis, decretos e medidas provisórias que operacionalizaram este processo, dentre os quais destacamos:

- o Decreto n. 5.205/2004, que regulamenta as parcerias entre as universidades federais e as fundações de direito privado, viabilizando a captação de recursos privados para financiar as atividades acadêmicas; [...]
- o Programa Universidade para Todos (ProUni), Lei n. 11.096/2005, que trata de “generosa” ampliação de isenção fiscal para as instituições privadas de ensino superior; [...]
- a política de educação superior a distância, especialmente a partir da criação da Universidade Aberta do Brasil, Decretos n. 5.800/2006 e 5.622/2005;
- o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), Decreto n. 6.096/2007, e o Banco de Professor-Equivalente;
- o “pacote da autonomia”, lançado em 2010 e composto pela Medida Provisória 495/2010 e pelos Decretos n. 7.232, 7.233 e 7.234/2010. Esse “pacote” amplia a ação das fundações de direito privado nas universidades federais; retira das universidades a definição dos projetos acadêmicos a serem financiados, transferindo essa prerrogativa para as fundações de direito privado; legaliza a quebra do regime de trabalho de Dedicção Exclusiva (DE) [...]; cria as condições para a diferenciação dos orçamentos das IFES, de acordo com índices de produtividade, intensificando ainda mais o trabalho docente [...];
- a Medida Provisória n. 520, de 31 de dezembro de 2010, que autoriza a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares [EBSERH]. Embora estatal e vinculada ao Ministério da Educação (MEC), a nova entidade terá personalidade jurídica de direito privado, flexibilizando a contratação de trabalhadores dos hospitais universitários.

Segundo a autora, este escopo de medidas pode ser agregado em quatro nucleações básicas, quais sejam:

1) o fortalecimento do empresariamento da educação superior; 2) a implementação das parcerias público-privadas na educação superior; 3) a operacionalização dos contratos de gestão, eixos condutores da reforma neoliberal do Estado brasileiro, de Bresser-Cardoso a Paulo Bernardo-Lula da Silva e 4) a garantia a coesão social em torno das reformas estruturais realizadas pelos governos Cardoso e Lula da Silva (LIMA, 2011, p.90).

O REUNI, segundo Leher (2010), se constitui atualmente na principal medida no Brasil para efetivar o modelo de educação terciária e está situado dentro do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE). O programa visa dobrar a relação entre o número de professores e o número de estudantes, alcançando a proporção vigente nas instituições particulares.

Embora surja com o objetivo de criar condições para a ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas universidades federais, com o passar do tempo começa a haver uma distância entre o que foi prometido e a realidade das universidades federais. De acordo com Lima (2011, p.98-99):

Uma análise cuidadosa do parágrafo terceiro do artigo 3º e do artigo 7º, do Decreto de criação do REUNI, deixava claro em que termos ocorreria essa “expansão”, pois “o atendimento aos planos foi condicionado à capacidade orçamentária e operacional do MEC”. Os limites do orçamento da União para a expansão e reestruturação das universidades federais logo estavam evidenciados. Em 27 de agosto de 2009 a página do ANDES-SN destacava a seguinte notícia: “Dinheiro do REUNI já acabou, diz ministro. Os R\$ 2,5 bilhões destinados a financiar os quatro anos de implementação do Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni) já foram comprometidos nos dois primeiros anos do projeto e não há previsões de como o governo que tomará posse em 2010 arcará com a despesa oriunda desse crescimento desenfreado das universidades públicas, promovido pelo governo Lula”.

A autora afirma ainda que embora o programa se afirme como respeitador da autonomia universitária, ele a feriu de todas as maneiras possíveis diante das seguintes medidas:

[...] foi apresentado na forma de Decreto Presidencial; [...] operacionalizou um contrato de gestão entre o MEC e as universidades federais, condicionando a alocação de verbas públicas para investimento e custeio ao alcance das metas divulgadas pelo Decreto e pelo documento intitulado Diretrizes Gerais do REUNI (2007); [...] foi aprovado de forma acelerada e antidemocrática em todas as universidades federais: reuniões dos conselhos universitários foram suspensas ou realizadas em locais como o Palácio de Justiça (UFF), além do fato de que as reitorias convocaram a polícia (federal, civil, militar e guarda municipal) para ocupar as universidades federais e

reprimir duramente estudantes, professores e técnicos-administrativos que organizavam manifestações contra o REUNI²⁵ (LIMA, 2011, p.99).

Com relação à contratação de professores efetivos via concurso público pelo REUNI a perspectiva não é das melhores. Segundo Lima (2011, p.100),

A situação nas universidades federais fica ainda mais crítica com o corte de R\$ 3,1 bilhões no Orçamento do governo Dilma para a educação e com a Medida Provisória 525/11, que libera a contratação de 20% dos professores das universidades públicas e instituições tecnológicas de ensino sem concurso público. Com a aprovação da MP, a contratação de docentes em caráter temporário e sem concurso público é estendida aos novos cursos criados dentro do projeto de expansão do ensino superior do governo federal – REUNI.

Desta forma, o conjunto das determinações contidas no REUNI significa, em verdade, não só um exponencial aumento de trabalho para os docentes, mas também uma intensa precarização no seu fazer profissional, uma vez que constitui inúmeras exigências e condicionalidades, todavia com escassos recursos para a sua execução (LEITE, 2011).

Em que pese a resistência por parte dos movimentos organizados docente e estudantil, no Documento Final da Conferência Nacional de Educação (2010), orientador da elaboração do Projeto de Lei (PL) nº 8.035/10 que trata do Plano Nacional de Educação (PNE) 2011-2020, a proposta é que o REUNI deixe de ser uma política de governo, via decreto, e torne-se uma política de estado através de lei.

Além disso, segundo Lima (2012, p.643),

A análise das metas e estratégias do PL evidencia que serão mantidos no novo PNE os eixos estruturantes da política de educação que foi conduzida no período 2003-2010, indicando um movimento de continuidades e aprofundamentos em relação à política de Educação Superior vigente naquele período. Este movimento se dá especialmente em relação à expansão da oferta pelo Reuni; o ensino a distância (EAD); o FIES e o Prouni, consolidando as parcerias público-privadas na Educação Superior.

Nesse sentido, acreditamos que o trecho abaixo faz uma boa síntese do esforço empreendido neste item sobre a política de educação no Brasil em tempos de capitalismo do século XXI:

²⁵ Para ter acesso a imagens sobre o processo de expansão precarizado imposto pelo REUNI ver ensaio fotográfico publicado em Universidade e Sociedade, nº48, julho de 2011, p.97-106. Disponível em: <<http://portal.andes.org.br/imprensa/publicacoes/imp-pub-207803317>>.

[...] No Brasil, as novas diretrizes políticas para a educação na nova sociedade do conhecimento se consubstanciam com a lógica do mercado em uma dupla e concomitante direção, a da consolidação do mercado do conhecimento e a do aprofundamento do conhecimento para o mercado. Na primeira direção, o Brasil se insere com um projeto societário dependente e associado, de forma subordinada, aos centros hegemônicos do capital, por meio de uma política de C&T [ciência e tecnologia] que enfatiza a produção de inovações e o consumo de tecnologia adaptada, como participação específica no “mercado do conhecimento”. Na segunda direção, o Brasil reforça, por meio de sua política educacional, a progressiva dependência da escola aos múltiplos requerimentos do capital, tornando-a cada vez mais imediatamente interessada na utilização produtiva de seus pressupostos científico-filosóficos e na apropriação de conhecimentos para o mercado. (NEVES; PRONKO, 2008, p.185)

É nessa conjuntura do ensino superior no Brasil que está inserida a proposta dos CGSC que, se não está totalmente afinada com os preceitos da mercadificação do campo, certamente não passará impune a este processo conforme veremos no capítulo seguinte.

4.4 AS POLÍTICAS DE AJUSTE ESTRUTURAL DO CAPITAL E AS PROPOSTAS DOS ORGANISMOS INTERNACIONAIS PARA O SETOR SAÚDE

Na América Latina e no Brasil o pensamento sanitário desenvolvimentista, através dos governos ditatoriais e de intelectuais orgânicos de diversos organismos de “cooperação” internacional, vendia a ideia de que a melhora dos indicadores e das condições de vida e de saúde da população viria a reboque do crescimento econômico extraído a expensas do suor da classe trabalhadora.

Decerto que a receita fracassou, a crise no campo econômico, explicitada anteriormente, trouxe a reboque o agravamento da crise do setor saúde que logo passou a ser apontado como uma das áreas onde os países deveriam rever o volume e as prioridades de gasto público. A intervenção do Estado passou a ser rotulada como demasiada, ineficiente e ineficaz, sendo os principais alvos os sistemas universais de saúde. Seria necessário, portanto, restringir o crescimento do gasto sanitário e reformar os serviços de saúde apropriando-se dos conceitos de mercado formulados pela economia.

É nesse contexto de reformas que a OPAS promove, no início dos anos 1990, um debate sobre a “crise da saúde pública”, cuja principal referência é a publicação *La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*, de 1992. Em outro documento do

mesmo ano, *La Crisis de la Salud Publica:Una propuesta para la acción*, a OPAS define a crise como fruto da baixa capacidade de resposta social que tem sido dada frente aos problemas e necessidades de saúde das sociedades do continente. Ela aponta que existem vazios teóricos, metodológicos e operativos no arsenal disponível no campo da saúde para este enfrentamento. Recomenda, neste sentido, a relevância de se mobilizar a comunidade da saúde do continente em torno do desenvolvimento da teoria e da prática da saúde pública (OPAS, 1992). Ao que parece, para a OPAS, a crise não é reflexo das contradições principais do modo de produção capitalista.

Segundo Paim e Almeida Filho (2000, p.50),

[...] muitas reformas setoriais não chegam a ser concebidas nem debatidas pelas escolas de saúde pública ou organismos assemelhados e, em certos casos, passam ao largo dos próprios ministérios da saúde, sendo negociadas diretamente entre as agências financeiras e a “área econômica” dos governos.

Os autores afirmam que nesse contexto “qualquer reflexão [...] que procura examinar, de modo crítico e profundo, os determinantes da ‘crise da saúde pública’, passa a ser identificada pejorativamente como ‘assunto de sanitaristas’ [...]” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p.50).

Enquanto a OPAS debate a crise da saúde nas Américas, a OMS patrocina, em 1995, uma reflexão articulada sobre as bases de uma “Nova Saúde Pública”, organizando um conjunto de seminários e reuniões sobre formação avançada, liderança institucional, teoria e prática em saúde pública, na perspectiva da renovação da proposta de *Saúde para Todos*, resultando, posteriormente, no movimento das *Funções Essenciais de Saúde Pública* (FESP).

Segundo Paim (2006, p.150, grifo do autor),

a *Nova Saúde Pública* proposta pelos países hegemônicos e apoiada pela OMS [...] ignorou os esforços latino-americanos de construção do campo científico da Saúde Coletiva, sem conseguir, até o momento, renovar a saúde pública institucionalizada. Portanto, persistem lutas teórica, paradigmática, política e ideológica no interior desse campo [...], com repercussões na sua delimitação e renovação, que não podem ser ignoradas pelos diferentes atores que se dedicam às questões da Saúde Coletiva.

Por considerar que um dos aspectos da crise da saúde pública é a incapacidade de resposta por parte das instituições formadoras em saúde pública (IFSP), que também estariam em crise, a OPAS organizou em conjunto com a Associação Latino-Americana e do Caribe de Educação em Saúde Pública (ALAESp) duas Conferências Pan-

Americanas de Educação em Saúde Pública. Na primeira, realizada no Rio de Janeiro, em 1994, propôs-se o aprofundamento do debate em torno da transformação da estrutura organizacional das Escolas de Saúde Pública, apontando como pertinente a desvinculação administrativa destas em relação às faculdades de medicina, estabelecendo redes com outras unidades acadêmicas que possibilitassem a interdisciplinaridade ou a transdisciplinaridade. Isto porque “a ‘saúde pública’ atrelada às escolas médicas foi produto de uma decisão política de uma fundação [...] [estadunidense] atuando como agente financiador, não uma questão técnico-científica ou mesmo da sociologia das profissões” (BOSI; PAIM, p.2033). Esta recomendação provavelmente não se aplicava ao Brasil que viveu um processo de estruturação das Escolas de Saúde Pública, em sua maioria, desvinculado das faculdades de medicina.

Antes do segundo evento a OPAS organizou um Grupo de Trabalho sobre *Reforma Setorial e Funções Essenciais de Saúde Pública: Implicações para a Educação em Saúde Pública*, em Washington no ano de 1998, com o propósito de “iniciar a identificação das implicações para a educação, investigação e intervenção em saúde pública que se derivam dos processos de reforma do setor saúde e da definição das FESP” (PAIM, 2006, 101-102).

As atividades deste grupo de trabalho desdobraram-se na II Conferência Pan-Americana de Educação em Saúde Pública, realizada no México, em 1998, onde foram apontados os seguintes campos de atuação para as Instituições Formadoras de Saúde Pública: Formação de Recursos Humanos; Investigação em Saúde Pública e Desenvolvimento Tecnológico; Cooperação Técnica; Ação Comunitária Direta; Liderança; Articulação Política; Alianças (OPAS, 2000).

Dois anos mais tarde o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS e a ALAESP promoveram em Havana a XIX Conferência da ALAESP para discutir o “Desenvolvimento da Educação em Saúde Pública: desafios para o século XXI”. Entre as atividades principais da Conferência estava a organização de grupos de trabalho para discutir processos dinamizadores de mudança identificados como estratégicos para fortalecer os campos de ação das IFSP, quais sejam: Desenvolvimento curricular e novos paradigmas da saúde pública; Desenvolvimento profissional e as novas competências para atuação em saúde pública; Desenvolvimento educacional, a educação à distância e a educação permanente em saúde pública; Desenvolvimento da ação e do compromisso intersetorial das Escolas de Saúde Pública; Desenvolvimento da qualidade nas Escolas de Saúde Pública (OPAS/OMS/ALAESP, 2001).

As onze funções elencadas pela OPAS para orientar os Ministérios da Saúde de diversos países às voltas com o processo de Reforma do Estado são: 1) Monitoramento, avaliação e análise da situação de saúde; 2) Vigilância de saúde pública, investigação e controle de riscos e danos em saúde pública; 3) Promoção da Saúde; 4) Participação dos cidadãos em saúde; 5) Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão em saúde pública; 6) Fortalecimento da capacidade institucional de regulamentação e fiscalização em saúde pública; 7) Avaliação e promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde necessários; 8) Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública; 9) Garantia e melhoria da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos; 10) Pesquisa em saúde pública; 11) Redução do impacto de emergências e desastres em saúde.

Embora reconheça a importância das FESP, Franco (2011) acredita que elas reúnem tarefas muito diversas do campo da saúde pública recorrendo a enfoques de predomínio utilitário e funcionalista e tratando de fazer eficiente, quantificável e avaliável o trabalho sanitário. Segundo o autor, até o momento tem sido relativamente escassa sua presença no meio acadêmico, sua implementação efetiva e seus resultados práticos.

Paim (2001), por sua vez, afirma que

Las FESP suponen la ampliación genérica de la participación del Estado en campo de la salud, pero, al mismo tiempo, implican una reducción de las responsabilidades de los ministerios de salud, sin que se expliciten las responsabilidades de los niveles regionales, municipales y locales. Además de la omisión en lo que se refiere a la prestación de servicios, ya que no se indican las acciones y servicios que se transfieren al nivel local, se traslada el campo de acción de los ministerios de salud a formulaciones muy vagas, como regulación, conducción, “rectoría”, etc. (PAIM, 2001, p.88).

Em outro trabalho o autor pondera que a referência às FESP é uma via que “pode ser explorada desde que não se perca de vista todo o trabalho teórico e epistemológico desenvolvido no Brasil para a delimitação do campo da Saúde Coletiva” (PAIM, 2006, p.103).

No Brasil, as FESP constituem um tema ainda pouco conhecido e estudado. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com a OPAS e o Ministério da Saúde com a finalidade de fortalecer o SUS nos estados brasileiros disparou a discussão: *A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais*. Alegando uma adequação das FESP à realidade brasileira, o CONASS

realizou a substituição da FESP de número 11 por “Organização e coordenação do sistema estadual de atenção à saúde” e coloca como principal objetivo da ação no país promover o melhoramento das práticas de saúde ao definir padrões de referência para a gestão em saúde (BRASIL, 2007).

Apesar de colocar que realiza uma adaptação aos preceitos organizativos do sistema de saúde brasileiro, o documento do CONASS compartilha do mesmo entendimento da OPAS sobre o papel do Estado no setor saúde veiculado através da iniciativa *A Saúde Pública nas Américas*:

O Estado é a instituição que coordena e mobiliza as condições para o cumprimento das FESP, cuja responsabilidade específica é atribuída operativamente ao governante ou autoridade sanitária designada para este fim e que deve ser capaz de mobilizar os atores pertinentes, os recursos necessários e as estratégias. [...] Uma das funções mais importantes de saúde pública é a mobilização social (da sociedade civil) e a capacitação da população para a participação social. Apesar de o Estado ser o principal responsável pela sua execução e operacionalização, a saúde pública não é concebida como sinônimo de responsabilidade apenas e exclusivamente do Estado: o seu desenvolvimento ultrapassa as incumbências próprias do Estado e, além disso, não abrange tudo o que o Estado pode e deve fazer no campo da saúde (BRASIL, 2007, p.18).

Esta relativização (redução) do papel do Estado no setor saúde é a marca de uma das principais referências das reformas neoliberais no setor saúde. Trata-se do Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial: Investindo em Saúde, publicado pelo Banco Mundial em 1993. Neste documento

é apresentado um diagnóstico sobre os sistemas de saúde dos países “em desenvolvimento”, revelando uma série de problemas de que padeceriam estes sistemas. Destacando-se, entre outros, a “má alocação de recursos”, onde o dinheiro público estaria sendo gasto em intervenções de pouca eficácia em função dos custos; a “desigualdade social”, que segundo o Banco Mundial ocorre quando os gastos públicos com saúde privilegiam os mais favorecidos sob a forma de assistência médica hospitalar, sofisticada, de nível terciário; a “ineficiência” na administração dos serviços de saúde e os “custos estratosféricos” da assistência médico-hospitalar, que se daria em função do aumento de especialistas e da incorporação de novas tecnologias médicas, exames e tratamentos dispendiosos (RIZZOTTO, 2000, p.135).

Com base nesse diagnóstico o BM oferece três conjuntos de estratégias: as voltadas a criar um ambiente propício a que as famílias melhorem suas condições de saúde; as que pretendem tornar mais criteriosos os gastos públicos em saúde; e as que se voltam para a promoção da diversificação e da concorrência no setor (BANCO MUNDIAL, 1993).

Segundo Mattos (2001),

O impacto da divulgação do relatório “Investindo em saúde” foi bastante grande. Pouco após sua publicação, a revista médica *The Lancet* lançou um editorial elogiando o documento do banco, no qual chegava a afirmar que o mesmo assinalava um deslocamento da liderança na saúde internacional da OMS para o Banco Mundial (MATTOS, 2001, p.386).

Assim, “a difusão das ideias do Banco Mundial sobre as políticas de saúde produziu o realinhamento dos atores e instituições da arena internacional da saúde, questionando o mandato de organismos tradicionais no setor, como o sistema [OMS/OPAS] [...]” (MATTA; LIMA, 2008, p.30).

As reformas que foram realizadas com os subsídios (empréstimos) do BM promoveram sistemas de saúde duais, com um subsistema para os segurados acionado pelo mercado e com envolvimento privado importante e direto, e um subsistema público para os não segurados. Esta conversão do financiamento e dos serviços de saúde em mercadoria, além da assistência seletiva aos pobres,

[...] inverte a tendência histórica no sentido da cobertura universal de serviços de saúde integrais, pois na realidade ocorre um declínio da cobertura antes já insuficiente. Ela também significa uma redistribuição, mais do que uma redução, dos recursos sociais destinados à saúde em favor de provedores e de empresas de seguro privados (LAURELL, 1998, p.199).

Em estudo que avaliou o impacto do ajuste estrutural sobre os indicadores de saúde em 33 países da América Latina e Caribe no período 1980-2000, Franco-Giraldo, Palma, e Álvarez-Dardet (2006) constataram desaceleração no aumento da expectativa de vida e na diminuição da mortalidade infantil em todos os países que adotaram tal medida, especialmente na década de 1980–1990.

Desta forma, concordamos com Franco (2011) que

Sin control social y estatal, cualquier sistema de salud – pero en especial los que supeditan el derecho fundamental a la salud a los imperativos del mercado – conducirá necesariamente al incremento de las inequidades, a la reducción o negación de los servicios básicos, a mayor enfermedad y muerte y al enriquecimiento desbordado de algunos (FRANCO, 2011, p.230).

Em meio a estas propostas neoliberais para a saúde, Laurell (2008) coloca que com a eleição de governos progressistas na América Latina neste início de século XXI tem se manifestado políticas de saúde que tem como eixo central a garantia universal do

direito a saúde e que tem desmentido a impossibilidade do Estado de garantir os direitos sociais básicos²⁶.

Segundo a autora, o antecedente básico e principal referência destas reformas progressistas atuais é o sistema de saúde cubano, em voga desde a revolução de 1959, e que tem uma trajetória impecável de garantia do direito a saúde para os seus habitantes. Outra referência apontada por ela é a Reforma Sanitária brasileira, que descansa sobre um mandato constitucional que reconhece o direito a saúde para toda população e a obrigação do Estado de garanti-lo, e tem a grande virtude de assumir esta concepção na contracorrente da onda privatizadora que assolou o continente nos anos em que foi estabelecida.

4.5 A REFORMA DO ESTADO NA SAÚDE E A CONTRARREFORMA INCONCLUSA DO SUS

O SUS enfrentou uma conjuntura político-econômica bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas no início da década de 1990. As ideias neoliberais expressadas no país através da privatização das empresas estatais, redução do tamanho do Estado e do quadro de funcionalismo público, entre outras, colidiam com os princípios e diretrizes do novo sistema de saúde que estava sendo estruturado.

A atuação do Banco Mundial e de outras agências no Brasil teve como propósito a flexibilização dos avanços propostos pela Reforma Sanitária e contemplados na Constituição de 1988, sob a justificativa de que a realidade fiscal do país não sustentaria a concretização dos princípios norteadores do SUS, sobretudo no que se referia à universalização do acesso ao sistema de saúde.

Nesse ínterim, a proposta de cestas básicas e programas focalizados são adotados no país sob a perspectiva da atenção primária seletiva, um pacote limitado de serviços de baixa complexidade para a população empobrecida e denominada por muitos de uma “política pobre para os pobres”. Elas são materializadas no Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implementado em 1991, e no Programa de

²⁶ As experiências a que se refere Laurell encontra-se em artigos publicados em Medicina Social, vol. 3, Nº2, 2008. Disponível em: <<http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/issue/view/22/showToc>>.

Saúde da Família (PSF), implementado em 1994 (CHINELLI, LACERDA e VIEIRA, 2011).

Segundo Rizzotto (2009), a discussão da focalização ganha novas dimensões a partir do debate sobre a reforma do Estado Brasileiro, de 1995 em diante, no governo FHC.

A reforma, entre outras mudanças, deveria permitir ao Estado a ‘focalização’ no atendimento das necessidades sociais básicas, reduzindo a sua área de atuação por meio de três mecanismos: a privatização, que consiste na venda de ativos de empresas públicas; a publicização, ou seja, a transformação de órgãos estatais em entidades públicas não-estatais; e a terceirização, que implica a contratação de serviços prestados por terceiros. Respaldados em documentos de Organismos Internacionais que criticavam o pouco investimento em promoção e prevenção da saúde e o excesso de gastos públicos brasileiros com a oferta de serviços de base hospitalar, especializados e em procedimentos de alta tecnologia, os governos brasileiros, a partir do início da década de 1990, assumiram como uma diretriz política, a focalização dos serviços públicos de saúde nas populações pobres (RIZZOTTO, 2009, p.223).

A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde a que se refere a autora, opta por três estratégias para alcançar esse grau maior de controle dos gastos públicos, a saber:

(1) descentralização, com maior clareza na definição das atribuições e no poder de decisão das diferentes esferas de governo; (2) montagem de um Sistema de Atendimento de Saúde em nível municipal, estadual e nacional, constituído de dois subsistemas: Subsistema de Entrada e Controle e Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar; o primeiro sistema será dotado de resolubilidade para os problemas mais comuns de saúde [...]; a este subsistema compete, também, o encaminhamento para atendimentos de níveis maiores de complexidade e de especialização na rede ambulatorial de referência e nos hospitais; esta rede ambulatorial especializada e os hospitais constituem o segundo subsistema denominado Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar; e (3) montagem de um sistema de informações em saúde visando acompanhar os resultados das ações dos dois subsistemas mencionados, conectados em rede, com capacidade de controlar despesas, gerar indicadores para a vigilância epidemiológica, avaliar a qualidade e medir resultados alcançados (BRASIL, 1998, p.10-11).

As diretrizes emanadas do MARE foram assimiladas pelo Ministério da Saúde e reorientaram a revisão da sua estrutura e de suas políticas. O discurso dos líderes da pasta no período, Adib Jatene e Carlos Albuquerque, revelam a posição do governo acerca de questões cruciais do SUS, como a gratuidade.

Segundo Jatene, “todos os que podem pagar devem fazê-lo para que se viabilize o atendimento dos que não podem, com os poucos recursos que o

sistema possui” [...]. O seu sucessor, Carlos Albuquerque, afirmou que a legislação vigente “em nenhum momento afirma, pelo contrário, que é obrigação do Estado assumir integralmente a prestação ou o financiamento da saúde” (RIZZOTTO, 2012, p.159).

Seguindo a mesma linha, em visita ao Brasil, em 1998, o diretor da OPAS George Alleyne concedeu entrevista ao jornal Folha de S. Paulo na qual pregou o receituário neoliberal para o setor saúde em nosso país. Disse o dirigente:

Defendo o fim da gratuidade nos serviços de saúde, em todos os níveis. O governo deveria oferecer gratuitamente uma “cesta básica” de serviços de saúde para toda a população, composta de consultas ambulatoriais, vacinação e programas de saneamento. Os procedimentos mais complexos (como transplantes e cirurgias cardíacas) deveriam ficar por conta da iniciativa privada cabendo ao Estado financiar apenas o tratamento da população de baixa renda. O Governo deve assumir a responsabilidade apenas sobre os serviços básicos. Nos serviços mais sofisticados o Estado tem de garantir que pessoas desfavorecidas tenham acesso (FOLHA de S. PAULO, apud CARVALHEIRO, 1999, p.15-16).

“Dessa forma, vai-se construindo o consenso da necessidade de reformar o SUS antes mesmo de sua plena implementação, cuja direção aponta para a focalização das ações do Estado nas populações pobres” (RIZZOTTO, 2009, p.224).

Neste sentido, está em curso uma contrarreforma do SUS, ou seja, a adoção de políticas que caminham no sentido oposto aos princípios aprovados constitucionalmente, particularmente no que diz respeito à universalização do direito à atenção à saúde, na oferta majoritariamente pública dos serviços de saúde, no financiamento baseado em tributos e mesmo na gratuidade do sistema (LIMA, 2010a).

Segundo Lima (2010a), a contrarreforma só não foi mais radical porque o direito à saúde não chegou a ser desconstitucionalizado nos anos 1990, em que pesem as tentativas ocorridas durante o primeiro mandato de FHC, por conta da mobilização de diversos setores – entre eles, o CONASS, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o movimento sindical dos funcionários públicos e a Frente Parlamentar da Saúde (FPS).

É nessa perspectiva que afirmamos que a contrarreforma na área de saúde constitui-se em um processo inconcluso. [...] Entretanto, a mobilização realizada não impediu nem a contrarreforma, com o consentimento explícito (ou não) de parcela do movimento sanitário, nem abortou a ideia de desconstitucionalização dos direitos sociais durante o governo Lula da Silva (LIMA, 2010a, p.333).

Segundo Bahia (2010), na pauta de “defesa do SUS” há atualmente três pontos principais. O primeiro é a regulamentação da Emenda Constitucional 29 e o segundo a priorização da atenção básica. Ambos envolvem o Ministério da Saúde, secretários de saúde, parlamentares, empresários e diversas entidades da sociedade civil. Já a terceira questão refere-se à criação de Organizações Sociais (OS) e das Fundações Estatais de Direito Privado; “há quem, por defender o SUS, a elas se oponha, e aqueles que, pelas mesmas razões, as apoie” (BAHIA, 2010, p.77).

Com relação ao último ponto levantado, no que tange à relação público-privado no setor saúde, a proposta das OS tem logrado um papel central. Em um programa do Canal Saúde (Fiocruz) que se propôs a debater este tema, Andreazzi (2012)²⁷ fez a seguinte explanação:

Quando o SUS foi criado no início dos anos 1990, ele herdou um sistema de saúde que era público-privado. Então, obviamente, ele não poderia abrir mão disso. [...] Como a população ia se internar se sessenta por cento dos hospitais são privados? [...] O problema não foi conviver com o público-privado, o problema é que, [...] os novos investimentos, se a concepção é complementar, [deveriam ser] públicos, e o complementar nós vamos complementando até o momento que seja necessário. Só que não é isto que está acontecendo, está se construindo unidades com dinheiro público e entregando essas unidades para o setor privado [para as OS] administrar. Isso, no nosso ver, está contra o espírito do que foi a construção SUS em 1990. [...] O investimento, a coisa nova, tinha que ser sob o modelo da administração estatal.

O setor privado e o empresariado da saúde no Brasil vêm se organizando em torno da Confederação Nacional de Saúde (CNSa), uma entidade sindical de terceiro grau que “representa os interesses de todos os prestadores privados de saúde no país – hospitais, clínicas e serviços de diagnóstico, imagem e fisioterapia (lucrativos e filantrópicos) – e as operadoras de planos de saúde” (LIMA, 2010, 352-353). A CNSa, que constitui o que Lima (2010) denomina de *burguesia de serviços de saúde*, organiza anualmente a Hospitalar - Feira Internacional de Produtos, Equipamentos, Serviços e Tecnologia para Hospitais, Laboratórios, Farmácias, Clínicas e Consultórios, o segundo maior evento especializado nesta área do mundo. Nas duas últimas edições da feira (2012 e 2013) o atual Ministro da Saúde Alexandre Padilha prestigiou o evento e teve suas participações noticiadas pela revista do evento.

Na Hospitalar de 2012 o ministro Padilha afirmou:

²⁷ Disponível em: <<http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=organizacoes-sociais-de-saude>>. Acesso em 17/05/2013.

Temos que manter a agenda da redução tributária para que a indústria da saúde possa gerar mais empregos e investir em inovação tecnológica. Quanto mais ampliarmos o acesso à saúde pública, mais o setor privado ganha com compra de insumos e equipamentos (HOSPITALAR, 2012, p.35)²⁸.

A promessa não virou dívida e a cobertura do evento deste ano noticiou com entusiasmo:

O Ministro da Saúde Alexandre Padilha divulgou durante a HOSPITALAR investimentos da ordem de R\$ 1,9 bilhão em equipamentos, unidades e serviços de saúde até 2014. [...] O valor das compras públicas foi recebido com satisfação pelos organizadores da feira e empresários do setor (HOSPITALAR, 2013, p.16)²⁹.

Essa relação estreita entre a *burguesia de serviços de saúde* e os governos brasileiros vem aumentando progressivamente através, por exemplo, do financiamento de campanhas eleitorais. No ano de 2002 foram repassados em doações oficiais para campanhas de candidatos a cargos eletivos R\$ 1.398.040,40; em 2006 R\$ 8.626.256,69; e em 2010 R\$ 12.034.436,69³⁰. O número de empresas doadoras nesses mesmos anos foi de 15, 62 e 48, respectivamente. O apoio financeiro dos planos de saúde contribuiu para eleger, em 2010, 38 deputados federais, 26 deputados estaduais, 5 senadores, além de 5 governadores e da presidente da República, Dilma Rousseff. Além disso, outros 82 candidatos receberam apoio, mas não foram eleitos (SHEFFER; BAHIA, 2013).

Por fim, diante das declarações de Padilha e dos dados apresentados acima, não é de se estranhar a notícia veiculada recentemente de que a presidente Dilma pretende ampliar o acesso da população aos planos privados de saúde através de subsídios fiscais e de financiamento para melhoria da infraestrutura hospitalar e a solução da dívida das Santas Casas³¹. Índícios de que segue em curso a contrarreforma do SUS.

4.6 FACE GERENCIALISTA DOS SANITARISTAS NO PERÍODO PÓS-SUS

A implementação do SUS e sua operacionalização através do processo de municipalização da gestão representou um crescimento no número de postos de trabalho

²⁸ Disponível em: <<http://www.hospitalar.com/retrospectiva2012/>>.

²⁹ Disponível em: <http://issuu.com/saopaulofeirascomerciais/docs/retrospectiva_hospitalar_2013>.

³⁰ Os valores de 2002 e 2006 foram corrigidos (IPCA – julho, 2010).

³¹ Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1237512-governo-federal-negocia-para-ampliar-acesso-a-planos-de-saude.shtml>>. Acesso em 28/02/2013.

em saúde sem precedentes no país, tanto pela expansão da rede pública quanto da rede privada contratada. Os trabalhadores da saúde, que no processo de reforma sanitária eram vislumbrados como peça-chave para a consolidação do novo sistema que estava se estruturando, foram impelidos desta missão por conta das restrições impostas à classe trabalhadora pelo ideário neoliberal dos anos 1990.

Machado (2009, p.228) classifica como momento anti-reforma essa adoção dos preceitos neoliberais em detrimento aos da reforma sanitária e que “a política que imperou nesse período foi a antipolítica de Recursos Humanos, priorizando a privatização por meio da terceirização de serviços, a flexibilização das relações e o *laissez-faire* na abertura de novos cursos na área da saúde”.

Desta forma, seguindo a tendência nacional do mercado de trabalho da época, ocorre um incremento da desregulamentação do mercado de trabalho em saúde. Segundo Chinelli, Lacerda e Vieira (2011, p.58),

[...] O “Programa Saúde da Família pode ser usado como exemplo emblemático da utilização de ‘novas formas’ contratuais (mecanismos de terceirização e outras modalidades de contratos informais) para a inserção de trabalhadores no sistema de saúde” [...]. As relações informais de trabalho que vigeram, sobretudo no PSF, nos anos 1990, e, de modo geral, no setor público, “mais que cumprir um papel como variável de ajuste da economia”, foram, acima de tudo, “um engendramento para burlar as amarras jurídicas e ao mesmo tempo atender a demandas expansionistas do sistema”.

Tanto Machado (2009) quanto Vieira (2009) apontam a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, no âmbito do Ministério da Saúde, como um segundo momento da área de Recursos Humanos em Saúde no período SUS. Com a SGTES “explicita-se o papel do gestor federal quanto às políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no país” (VIEIRA, 2009, p.346).

O que significa dizer que questões oriundas do momento anti-reforma, tais como a precarização do trabalho, a ausência de carreiras, os baixos salários pagos aos trabalhadores, a falta de negociação entre gestores e trabalhadores, a total ausência de políticas regulatórias, bem como a própria gestão do trabalho, enquanto estruturas organizacionais, passaram a constituir a agenda central do governo federal (MACHADO, 2009, p.229).

Em que pese o avanço de se criar uma estrutura específica para tratar das questões do trabalho e da formação do SUS no segundo escalão do MS, persistem modelos de expansão precarizados da força de trabalho, sobretudo na Estratégia Saúde

da Família, a exemplo da experiência das OS no Rio de Janeiro, e da Fundação Estatal de Direito Privado do estado da Bahia, a FESF-SUS (Fundação Estatal Saúde da Família), ambas iniciadas em 2009.

Nestas e em outras experiências tem surgido um número cada vez maior de vagas para os cargos de gerente de unidade de saúde e apoiador institucional (ou apoiador matricial). O gerente tem entre suas principais atribuições a garantia das metas pactuadas no contrato de gestão que celebram a administração pública e as entidades de direito privado que o contratam. A figura do apoiador, em linhas gerais, tem se limitado à mediação de conflitos entre profissionais, equipes e gestores, embora não seja este o propósito de sua criação.

Muitos sanitaristas têm ocupado estas funções e cargos surgidos com o advindo do SUS. Os profissionais da saúde pública/saúde coletiva também tiveram sua atuação profissional reconfigurada ao longo da década de 1990, seja pelo crescimento na demanda de serviços e complexidade do novo sistema, seja pelos impactos da reestruturação produtiva na saúde e a incorporação de tecnologias que exigiram novas especializações profissionais.

Atuando prioritariamente em órgãos públicos, como as secretarias e as instituições de ensino e pesquisa, mas também na iniciativa privada através dos planos e seguros de saúde, nesta fase gerencial torna-se necessário para o sanitarista o desenvolvimento de “competências” e “habilidades” em outras áreas específicas como: planejamento e administração, financiamento, controle e avaliação, capacitação de recursos humanos, vigilância epidemiológica e sanitária, saúde do trabalhador, sistema de informação em saúde, etc.

Com relação à atuação no âmbito da Estratégia Saúde da Família, a portaria N° 256 de 11 de março de 2013, que estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), incluiu o sanitarista, em seu artigo quinto, entendendo-o também como profissional graduado em saúde coletiva. Aqui a perspectiva é a do apoio matricial.

A título de quantificação da força de trabalho em saúde pública/saúde coletiva atualmente no Brasil, realizamos uma busca no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) utilizando como filtro a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO)³² e encontramos o seguinte quadro: Cirurgião Dentista de Saúde Coletiva, 1.212;

³² <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp>. Acesso em 28/08/2013.

Enfermeiro Sanitarista, 1.225; Engenheiro Civil (Saneamento) (Engenheiro Sanitarista), 91; Farmacêutico em Saúde Pública, 6; Fonoaudiólogo em Saúde Coletiva, 1; Médico em Medicina Preventiva e Social, 83; Médico Sanitarista 942; Pesquisador em Saúde Coletiva, 33; Sanitarista, 52.

Sem o propósito de querer esgotar todas as possibilidades de atuação do sanitarista este levantamento serve mais para provocar perguntas do que formular respostas. Será que temos apenas 3.645 sanitaristas atuando nos serviços de saúde do país? Quantos estão atuando no campo da formação, nas instituições de ensino e que não aparecem neste levantamento?

No que diz respeito à formação em saúde, na conjuntura de contrarreforma do SUS dos anos 1990, segundo Lima (2010a, p.339),

[...] a vertente acadêmica, representada pela [...] [ABRASCO], como outras associações acadêmicas e profissionais, gradativamente retrai-se para a defesa de interesses profissionais específicos, abandonando sua participação nos grandes debates nacionais ao longo dos anos 1990. Tende a um “movimento endógeno de autoformação e reprodução do conhecimento” [...], resultando num distanciamento cada vez maior entre a prática teórica e a prática política, e na preocupação com o caráter científico da produção acadêmica e a formação de quadros sanitários.

Em termos institucionais, ao movimento de criação dos Núcleos de Saúde Pública e Saúde Coletiva (NESP e NESC) da década de 1980 seguiram, nos anos 1990, a criação dos Institutos de Saúde Coletiva (ISC). Em 1992 surge o da UFMT, em 1995 o da UFBA, e em 2006 o da UFRJ. Quando da sua criação, o ISC-UFBA já ventilava em um futuro próximo a formação de sanitaristas através do bacharelado.

Na perspectiva da ênfase nesta face gerencial do sanitarista, surgem, em 1995, dois programas de residência multiprofissional em Saúde Coletiva no país tendo como base, principalmente, as áreas de políticas e planejamento em saúde, e epidemiologia e bioestatística. Um deles que é vinculado ao antigo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFRJ, atual Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ), vem ofertando desde então 10 vagas/ano. O outro, com sede na Universidade de Pernambuco (UPE), iniciou suas atividades com oferta de 3 vagas/ano aumentando progressivamente até o número atual de 12 vagas/ano. Ambos trabalham com edital de seleção sem definição prévia de quantitativo de vagas por categoria.

Segundo Belisário (1995, p.145),

Mais do que multiprofissionais, as Residências em Saúde Coletiva perderam seus laços paradigmáticos com a medicina, escapando do poder e do controle da corporação. Esta, por mais organizada e poderosa que seja, não conseguiu manter a saúde coletiva sob seu domínio. Se só aos médicos é permitido o exercício da medicina, uma medicina científica, nem só aos médicos-sanitaristas é permitido o exercício da atividade sanitária, uma atividade social, pública.

Estes programas reforçam, também, o caráter multiprofissional e a face generalista da formação de sanitaristas que veio se conformando a partir da segunda metade do século XX. Apesar de ser franqueada a participação de médicos nos programas de residência em Saúde Coletiva, a procura acaba sendo pequena pelo não reconhecimento destes programas por parte do Conselho Federal de Medicina e da Comissão Nacional de Residência Médica para fins de titulação enquanto residência médica.

A Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública possui hoje em dia 45 instituições cadastradas, todas públicas. Já o Fórum de Coordenadores de Programa de Pós-Graduação da ABRASCO agrega atualmente 45 programas, sendo 8 de instituições de natureza privada.

Atualmente, enquanto área de concentração da CAPES, a Saúde Coletiva agrega 41 cursos de mestrado acadêmico, 30 de doutorado, e 32 de mestrado profissional perfazendo um total de 103 programas de pós-graduação *stricto sensu*³³.

Ainda que careçam de uma análise mais profunda, este conjunto de informações levantadas sobre a atuação e os processos de formação do sanitarista, a partir dos anos 1990, aponta para um acúmulo importante do campo que precisa ser explorado por aqueles que propõem a adição de mais uma modalidade de formação destes profissionais neste início de século XXI, os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva.

³³ Disponível em:

<<http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet?acao=pesquisarArea&codigoGrandeArea=40000001&descricaoGrandeArea=CI%20CANCIA%20SA%20DADE>>. Acesso em 05/08/2013.

5 NOVOS SANITARISTAS PARA UMA NOVA SOCIEDADE: ANÁLISE DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

5.1 A HISTÓRIA RECENTE DA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

A proposta de formação de sanitaristas à partir do bacharelado não é genuinamente tupiniquim, havendo registro de cursos desta natureza, a despeito dos limites impostos à comparação, em outros continentes. A partir de um levantamento realizado em 2003 (UFRJ, 2010) com objetivo de identificar experiências no cenário internacional foram encontrados vinte e cinco cursos com características semelhantes à proposta de formação brasileira principalmente nos Estados Unidos, Canadá e Europa, e em menor concentração na Ásia, Austrália e América Latina. Bosi e Paim (2010) realizaram o mesmo levantamento em 2009 e identificaram um aumento de cerca de 30% no número de cursos identificados em relação à 2003.

O primeiro curso da área no Brasil foi fruto de uma ação da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS) com a Escola de Saúde Pública do estado (ESP/RS). O Bacharelado em Administração de Sistemas e Serviços de Saúde teve seu primeiro vestibular e ingresso em 2002. Por seu foco restrito à gestão de sistemas e serviços de saúde o curso perdeu a ênfase na Área da Saúde Coletiva para a Área da Administração durante o processo de mudança de orientação político-educacional da universidade, deixando de ser um curso da área da saúde (CECCIM, 2002; UFRGS, 2008).

A discussão mais sistemática sobre os CGSC no Brasil inicia-se em setembro de 2002 com a “I Oficina Nacional sobre a Pertinência e Viabilidade da Graduação em Saúde Coletiva”, organizada pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), com o apoio do Ministério da Saúde (MS) e contando com a participação de representantes da ABRASCO, OPAS, Fiocruz, universidades, entre outros. O evento teve como objetivos: estimular o debate acerca da pertinência e viabilidade de implantação de cursos de graduação em saúde coletiva no contexto brasileiro; discutir quais seriam as competências e habilidades esperadas do profissional graduado em saúde coletiva e seus desdobramentos em termos de conteúdos curriculares; e discutir diretrizes gerais e estratégias para implantação de cursos de

graduação em saúde coletiva visando construir bases comuns, preservando as especificidades institucionais.

Segundo registro do encontro, a maioria dos presentes concluiu pela pertinência e viabilidade da proposta e encaminhou-se a sugestão de que os pré-projetos já existentes no NESC (atual IESC) da UFRJ e no ISC da UFBA, fossem aprofundados para posterior socialização e tramitação nos órgãos competentes. Definiu-se uma agenda de atividades com destaque para duas oficinas de trabalho sobre o ensino de Graduação em Saúde Coletiva a se realizar respectivamente: em maio de 2003, no V Congresso Nacional da Rede Unida, e em julho de 2003 no 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (UFBA, 2002).

A proposta de agenda foi cumprida e o debate se ampliou em todo país. Durante apresentação realizada no V Congresso Nacional da Rede Unida, Elias (2003, p.167) afirmou que ao acrescentar o termo graduação à formação em Saúde Coletiva é lícito supor que ele diz respeito à profissionalização ou à formação de profissionais da área. Afirmou também que “a profissão envolve a necessidade de um campo de conhecimentos e/ou de práticas socialmente requeridos nos quais os indivíduos preparam-se para exercê-los ou não”. Para ele, por suas características e trajetória, a Saúde Coletiva “preenche os requisitos formais para a formação em graduação e a correspondente profissionalização”.

Em julho de 2003, como atividade prévia ao 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Brasília, tem lugar uma segunda oficina nacional. Soma-se a isto a inclusão na programação oficial do congresso o painel intitulado: “É tempo de termos uma graduação em Saúde Coletiva?” (BOSI; PAIM, 2010).

Neste congresso as divergências ficaram evidentes e houve posicionamentos contrários no referido painel. Almeida (2003, p.22), expôs sua opinião frente à proposta da seguinte forma:

[...] entendo que a proposta é frágil na sua fundamentação, insuficiente na sua dimensão teórico-metodológica e equivocada quanto ao seu objetivo político-programático. Entre muitas outras coisas, aponta para a formação de um profissional com competências que deveriam ser dos profissionais de todas as carreiras da saúde, fazendo ainda com que as lacunas da participação da saúde coletiva nos cursos de graduação sejam aumentadas, no mínimo por conta do redirecionamento dos professores da área; terminam por empobrecer duas características fundantes da saúde coletiva como área de saber, que são a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade. Penso que o SUS não precisa de mais uma categoria profissional, mas de médicos, enfermeiras e demais profissionais com novo perfil, novas competências e novos compromissos técnicos e políticos.

Ainda segundo ele,

Após as conquistas das diretrizes curriculares nacionais para os cursos da área da saúde, essa proposta surge para desviar a atenção e negar todo o esforço para se ampliar a formação e construir um diálogo efetivo entre saúde coletiva e clínica, que possibilite enriquecer o pensamento e as intervenções concretas dos profissionais de saúde. Criar uma graduação em saúde coletiva é dizer que o trabalho que propomos aos demais profissionais de saúde é, em verdade, privativo de um novo profissional.

Paim (2003, p.23), por sua vez, acreditava na importância de se investir nesta nova modalidade de formação de sanitaristas e apontava possíveis locais de atuação destes profissionais. Segundo o autor:

o SUS tem pressa para reorientar o modelo assistencial dominante e não é defensável confinar o profissional de saúde coletiva nas unidades de administração central de órgãos públicos, quando a reorganização das práticas de saúde nos sistemas locais, nas unidades de saúde e até nas equipes de saúde da família requer habilidades e competências em Saúde Coletiva.

Naquele mesmo período, Teixeira (2003, p. 165), tomando por base o projeto do curso da UFBA (em discussão desde a criação do ISC/UFBA em 1994), corroborava com Paim e defendia a necessidade de antecipação da formação de sanitaristas. Nas palavras da autora:

[...] no momento evidencia-se uma enorme demanda por profissionais de nível superior capacitados para consolidar a Reforma Sanitária Brasileira, integrando equipes para a administração do SUS, em diversas modalidades de atuação (gestão de sistemas locais de saúde, gestão de unidades de saúde, administração de custos e auditoria, gestão de informação, gestão de recursos humanos em saúde). Soma-se a isto o fato de que o fortalecimento dos processos de reorientação do modelo de atenção, com ênfase na proposta de Promoção e Vigilância da Saúde, precisa ser respaldado pela formação de profissionais de Saúde Coletiva capazes de assumir os desafios dessa transformação.

Almeida (2003, p.22) contrapôs-se a esta argumentação afirmando que

[...] o objetivo político-programático de fortalecer, com a formação de profissionais de saúde coletiva, os processos de reorientação do modelo de atenção, com ênfase na proposta de Promoção e Vigilância da Saúde, parece equivocado porque deixa intocado o modelo biomédico hegemônico e desconhece que a reorientação do modelo de atenção somente será possível com a prática renovada dos profissionais de saúde, os verdadeiros sujeitos dos processos de trabalho e de atenção à saúde individual e coletiva.

O período que seguiu após estes debates e eventos, que se estendeu de 2003 até 2008, acabou sendo de articulações locais em algumas universidades que centraram esforços na institucionalização da proposta de cursos via instâncias e colegiados superiores em suas respectivas instituições. Assim, em 2008, com o avanço dos debates em nível local, foram aprovados os primeiros cursos em algumas universidades federais e ocorreram três reuniões de âmbito nacional: em Belo Horizonte, Salvador e Porto Alegre. Dentre estas, destaca-se o seminário de Salvador que contou com a participação de diversas universidades de todas as regiões do país e coincidiu com os primeiros processos de seleção no vestibular. Neste encontro foram apresentados os projetos político-pedagógico de dez cursos de bacharelado já aprovados, sendo a Universidade Federal do Rio de Janeiro a primeira instituição a aprovar um curso de graduação em saúde coletiva (ABRASCO, 2010).

Contribuiu bastante para este exponencial crescimento do processo de elaboração e implantação dos CGSC a promulgação, por parte do governo federal, do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI, em 2007, que se não deve ser considerado a inspiração da proposta, certamente “[...] foi o catalisador de suas bases institucional e material de implantação” (BOSI; PAIM, 2010, p.2032).

A 4ª Reunião Nacional dos CGSC aconteceu no interior do 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Recife, em novembro de 2009. Como atividade pré-congresso foi realizada uma Oficina de Trabalho para debate sobre a graduação em Saúde Coletiva, promovida pelo GT de Trabalho e Educação na Saúde da ABRASCO com o objetivo de discutir a inserção desse novo ator no campo da Saúde Coletiva e mapear processos significativos que envolvem a implantação desses cursos.

Neste congresso a ABRASCO assumiu o compromisso com os cursos de criar, na sua estrutura de gestão, o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC), capaz de congrega docentes e discentes, composto por um Fórum de Coordenadores, com representação estudantil e um Fórum Ampliado, com representação de gestores do SUS, de gestores de setores complementares da saúde nas políticas públicas e de movimentos sociais interessados na condução das políticas e sistemas de saúde.

O FGSC é criado durante o 1º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, em Salvador, em agosto de 2010 e sua 1ª Reunião Nacional ocorre em novembro de 2010, em Brasília, mesclada com a 5ª Reunião Nacional dos CGSC. Já a 2ª Reunião Nacional do FGSC e a 6ª Reunião Nacional dos CGSC acontecem durante

o V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde da ABRASCO, em São Paulo, em abril de 2011. A 3ª, 4ª e 5ª Reuniões do FGSC acontecem, respectivamente, no VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia da Abrasco (São Paulo) em novembro de 2011; no X Congresso Internacional da Rede Unida (Rio de Janeiro) em maio de 2012; e no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Porto Alegre) em novembro de 2012. Por decisão do FGSC, todos os Congressos da ABRASCO serão cenários de reuniões nacionais. Entre janeiro e maio de 2013 o colegiado gestor do FGSC realizou ainda quatro reuniões por teleconferência³⁴.

No I Mini Congresso da ABRASCO, realizado em abril de 2011, ficou aprovada a mudança no nome da Associação que passa de "Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva" para "Associação Brasileira de Saúde Coletiva". Além disso, houve o reconhecimento das instituições de educação superior que compõem o Fórum de Coordenadores de Graduação em Saúde Coletiva como associados institucionais e dos graduandos dos CGSC como associados individuais.

A organização estudantil iniciou-se em 2009 no interior do 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Recife, onde foi realizada a I Assembleia Geral de Estudantes. A II Assembleia realizou-se no I Congresso de Política, Planejamento e Gestão da ABRASCO que aconteceu em Salvador (2010) e contou com a presença de mais de 100 estudantes. Em abril de 2011, no Rio de Janeiro, foi realizado o I Encontro Nacional de Estudantes de Saúde Coletiva (ENESC) e criada a Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva – CONESC. O II ENESC ocorreu em novembro de 2012 em Esteio (RS), prévio ao 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva³⁵.

Ao longo do 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Porto Alegre, foram apresentados vários trabalhos e realizadas mesas de discussão sobre os CGSC. Em uma delas, intitulada “Graduação em Saúde Coletiva: formação, carreira e profissão”, um dos expositores colocou que a graduação não vem para substituir as especializações e que na verdade ela ajuda a criar um campo de saber específico. “São objetivos distintos. A graduação forma profissionais, sanitaristas, e a pós-graduação forma pesquisadores”. Outro componente da mesa concordou afirmando que se trata de “uma profissão e não uma pós-profissão”, e que o desafio agora é pedagógico (RADIS, 2013, p.30).

³⁴ Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/grupos/g20.php>>. Acesso em: 29/06/2013.

³⁵ Disponível em: <<http://conescbrasil.wordpress.com/>>.

Os estudantes, por sua vez, trouxeram outras questões que definiram como sendo de ordem prática. Isto porque as primeiras turmas estão se formando e os egressos não tem assegurado o direito de exercer a função, pois tem sido exigido o registro no conselho. Segundo uma estudante da UFRJ, “até editais para pós-graduações muitas vezes exigem inscrições em conselhos corporativos. [...] Estou aconselhando meus colegas a arranjam bons advogados. [...] Vamos nos preparar para a luta jurídica” (RADIS, 2013, p.31). Caracterizando o que chamou de “aflição dos estudantes”.

Por se tratar de uma proposta relativamente nova, ainda são poucos os artigos científicos sobre os CGSC. A maioria apresentam suas motivações, justificativas e vantagens. Entretanto, em contrapartida às visões predominantemente otimistas das bases de sustentação e dos benefícios das Graduações em Saúde Coletiva, Koifman e Gomes (2008, p.418) sistematizam prós e contras à proposta e tecem alguns questionamentos críticos, quais sejam: As competências/habilidades/attitudes desse novo profissional não deveriam ser trabalhadas nas graduações de ciências da saúde em geral?

Será possível transformar um programa que devia fazer parte de várias graduações em uma só graduação? Não haveria um esvaziamento das outras graduações em Ciências da Saúde? [...] Será que o SUS precisa de mais uma categoria profissional? Ou não precisaria dos profissionais existentes, mas com um novo perfil de atuação, novas competências, novos compromissos políticos, técnicos e profissionais? [...] Quantos estudantes saídos do ensino médio conhecem o campo da Saúde Coletiva?

Ainda segundo as autoras,

desde a década de 1980, o campo da Saúde Coletiva tem relegado as graduações a um segundo plano e privilegiado as pós-graduações na área. Com isso perdeu-se um espaço vital de formação dos profissionais de saúde que não será retomado apenas com a inauguração de uma graduação. Existe o risco de que o campo se isole ainda mais (KOIFMAN; GOMES, 2008, p.418).

Com relação ao questionamento no título do artigo de Koifman e Gomes (2008): “A Graduação em Saúde Coletiva: um debate ou uma realidade?”, verificamos que hoje a formação de sanitaristas na modalidade graduação no Brasil é uma realidade. Atualmente são 16 cursos em funcionamento, 935 vagas autorizadas pelo MEC³⁶ e,

³⁶ Foram identificadas as seguintes nomenclaturas para os cursos: Saúde Coletiva (UFAC, UFRJ, UFBA, UFMT, UNILA, UFPE, UFPR); Gestão de Serviços de Saúde (UFMG); Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde (UFRN); Análise de Políticas e Sistemas de Saúde (UFRGS); Gestão de Saúde Coletiva (UNB - Darcy); Gestão de Saúde (UNB – Ceilândia); Gestão em Saúde Coletiva Indígena (UFRR); Gestão em

segundo estimativa de Ceccim e Müller (2012), mais de 4.200 estudantes frequentando as salas de aula. Ademais, no final de 2012, já começaram a se formar as primeiras turmas de egressos. Soma-se a estes dados, o já citado reconhecimento desta modalidade de formação por parte da ABRASCO através da mudança de seu nome e estatuto.

5.2 ANÁLISE DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

De acordo com Bosi e Paim (2010, p.2032, grifo nosso), com o passar do tempo ocorreu “um deslocamento de ênfase no debate que não mais recairia na pertinência, ou seja, no *porquê*, mas no *como* implementar essa formação”. Entretanto, em nossa ótica, o fato de configurar atualmente uma realidade não esgota a necessidade de debater sobre os porquês de sua implementação, ou seja, seus interesses e justificativas. Pelo contrário, entendemos que o caminho para compreender esta realidade - o *como* estes cursos devem se organizar – passa pela tentativa de responder a três perguntas que correspondem, cada uma delas, a uma dimensão de análise sobre a proposta em curso: *por quê? para quê? para quem?*

A fonte de informação privilegiada para elaborar as respostas das perguntas foram os PPP de doze cursos dessa natureza no Brasil³⁷. Serviram de auxílio também documentos referentes aos encontros e reuniões sobre o tema, assim como artigos e toda produção acadêmico-científica representativa do acúmulo e da memória deste objeto. Esse conjunto de elementos foi analisado à luz do referencial teórico-metodológico e dos apontamentos trazidos em capítulos anteriores, notadamente, dos impactos da reconfiguração do capitalismo no final do século XX e início do XXI sobre a educação e a saúde no país.

Estas dimensões e suas categorias não tem a pretensão de esgotar as possibilidades de compreensão deste objeto de estudo, mas sim contribuir com a

Saúde Ambiental (UFU e FMABC); e Saúde Pública (USP). O número total de vagas autorizadas pelo MEC corresponde à soma de todos os cursos. Consulta realizada no sistema e-MEC. Disponível em: <<https://emec.mec.gov.br>>. Acesso em: 18/04/2013.

³⁷ Foram selecionados os projetos dos cursos vinculados à instituição federais de ensino superior que aderiram ao REUNI para avaliar o impacto das reformas do ensino superior no Brasil sobre a criação destes novos cursos: UFAC, UFRJ, UFBA, UFMT, UFPE, UFPR, UFMG, UFRN, UFRGS, UNB – Darcy, UNB – Ceilândia e UFU. Os cursos da UNILA e da UFRR não possuíam PPP disponível até o fechamento da pesquisa e, portanto, não puderam participar da análise.

identificação e análise dos interesses e justificativas presentes na esteira da “antecipação da formação de sanitaristas” via bacharelado.

5.2.1 Graduação em Saúde Coletiva: por quê?

Nesta primeira dimensão questiona-se *o porquê* surgiu esta modalidade de formação de sanitaristas no Brasil. Os elementos para a resposta baseiam-se nas justificativas para criação dos cursos apresentadas nas fontes de informação analisadas.

Uma das justificativas mais recorrentes nas propostas dos cursos é a existência de uma expressiva demanda por profissionais qualificados para atuar principalmente nas áreas da gestão de sistemas locais e de unidades de saúde, gestão de informação e de recursos humanos, gestão e avaliação de serviços e ações de vigilância à saúde, saúde ambiental, promoção à saúde e prevenção e controle de agravos, e na administração de custos e auditoria. O argumento é que estes profissionais são necessários para consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS.

De acordo com os projetos analisados, a existência desta demanda deve-se ao crescimento do setor saúde no Brasil nas últimas décadas que ocorreu em função, especialmente, da implantação das redes descentralizadas e regionalizadas do SUS e pela expansão da oferta de serviços de assistência médica do setor privado em todas as regiões do país. O fato desta lacuna de profissionais com este perfil ser apontada pelo Ministério da Saúde (articulado com CONASS, CONASEMS, e outras instituições) aparece também como justificativa para implantação da proposta.

Esta conjuntura apresentada implica, na visão da maioria dos cursos, em uma lacuna no mercado de trabalho para profissionais com essas características tanto no setor público-estatal quanto no privado-suplementar (empresas, seguradoras e operadoras de planos de saúde).

Outro argumento utilizado pelos formuladores da proposta de formação de sanitaristas através da graduação é a especificidade da área da gestão em saúde e a amplitude e complexidade do setor. Isto se dá por conta da configuração da política de saúde no Brasil e do cotidiano mutante e incerto que vivemos atualmente, apontando para a necessidade da constituição de um núcleo específico de conhecimentos e práticas de atuação profissional. Os trechos a seguir de dois projetos de curso ilustram estes argumentos:

Os problemas e as necessidades de saúde, os grandes avanços tecnológicos do setor e as iniquidades na distribuição e alocação dos recursos, as novas tecnologias de informação e comunicação, a legislação sanitária em vigor e as diretrizes das políticas setoriais, **as mudanças rápidas e a incerteza que caracterizam o mundo contemporâneo**, trazem enormes desafios para a gestão em saúde e exigem uma formação compatível com a complexidade do contexto histórico (UFRN, 2008, p.5, grifo nosso).

Para fazer frente a esses desafios o argumento de criação do Curso de Gestão de Serviços de Saúde teve como base a necessidade social de um profissional **para preencher uma lacuna no mercado das profissões de saúde, liberar os profissionais das categorias tradicionais da saúde para se ocuparem de seus objetos específicos, de acordo com a formação de cada profissional e possibilitar uma formação menos onerosa e mais adequada para a gestão**. Para o cenário da saúde, com suas demandas e potencialidades diferenciadas, a formação de um profissional de gestão em saúde visa oferecer sustentação ao desempenho do setor, tendo em vista sua amplitude e complexidade (UFMG, 2013, p.12, grifo nosso).

Em uma das propostas afirma-se que a justificativa para criação da titulação, “analista/sanitarista”, foi construída com base na empregabilidade e análise de mercado para este profissional:

A designação “analista/sanitarista” buscada em nossa proposta foi examinada no confronto entre profissões, ocupações e **empregos**. **Nessa linha, observamos que a orientação vocacional e a escolha profissional não resultam mais das profissões regulamentadas, mas do potencial de empregabilidade e chances de remuneração**. [...] No mundo das ocupações, o cargo de “analista” está presente numa ampla diversidade de concursos públicos e de **processos seletivos empresariais** nas áreas da saúde, da educação, da assistência social e da ciência e tecnologia. [...] A demanda aquilatada à nova formação não é a da adequação de perfil, como se poderia supor às profissões já existentes e às especializações já existentes, é a superação do cruzamento de uma profissão com uma especialização para chegar a um generalista intensamente demandado pelas políticas públicas setoriais, pelo mundo do trabalho **e pelo mercado de empregos** (UFRGS, 2008, p.12, grifo nosso).

Com relação a estes primeiros argumentos, concordamos que a criação do SUS inaugurou uma necessidade de redefinição de perfis profissionais, e de formação de quadros técnico-políticos em sintonia com seus princípios e diretrizes. De fato, a baixa profissionalização da gestão em saúde e a insuficiente formação de sanitaristas vêm sendo apontadas como um dos entraves para a efetivação e bom funcionamento do sistema público de saúde. Entretanto, não encontramos dados ou estudos nos projetos analisados que sustentem esta argumentação e localizem estas “expressivas” lacunas e demandas por estes profissionais.

Já a especificidade da área da gestão em saúde como fruto das incertezas características do mundo contemporâneo indica aproximação com as reconfigurações no

mundo do trabalho operadas pela reestruturação produtiva que vimos anteriormente em Antunes (2010). O generalista que se demanda é o trabalhador flexível e polivalente que dê conta da intensificação dos ritmos, tempos e processos de trabalho que tem atingido também os serviços públicos, entre eles, a saúde.

Além disso, “o potencial de empregabilidade” e as alusões ao mercado de trabalho e seus similares (mercado de profissões e mercado de empregos) caminha na mesma direção, assim como acena com “o fenômeno observado no mundo produtivo, de eliminação de postos de trabalho e redefinição de seus conteúdos de trabalho à luz do avanço tecnológico, [...] [que tem promovido] um reordenamento social das qualificações” (RAMOS, 2011, p.64).

Faz-se frequente também entre os argumentos a favor da proposta dos CGSC em vários PPP e alguns artigos (TEIXEIRA, 2003; PAIM, 2006; BOSI, PAIM, 2010; CASTELLANOS et al., 2013) o discurso de que as duas principais modalidades de formação em Saúde Coletiva no Brasil apresentam limites importantes. A primeira, composta pelas disciplinas ou módulos de saúde coletiva distribuídas ao longo dos currículos dos diversos cursos de graduação da área da saúde (medicina, enfermagem, odontologia, nutrição e outros), acaba sendo subordinada ao modelo médico hegemônico e limitada em termos de aquisição de competências. A segunda, no ensino da pós-graduação, nas modalidades *lato* e *stricto sensu*, é demasiado longa e socialmente custosa e acaba convertendo-se em um curso básico de preparação de profissionais para atuar em Saúde Coletiva onde são corrigidas as deficiências acumuladas na graduação. Segundo uma das propostas,

[...] a formação das tradicionais categorias profissionais da área de saúde é onerosa, tendo em vista a necessidade do uso intensivo de laboratórios, relação professor/aluno menor em aulas práticas e o direcionamento para questões biológicas, do conhecimento de patologias e tratamentos e da relação profissional/usuários, o que não coincide com o objeto da gestão. Há, portanto, um direcionamento, a nosso ver, pouco adequado de formação e aproveitamento dos profissionais de saúde, em decorrência da falta de um profissional graduado no **mercado** para a área administrativa do setor (UFMG, 2013, p.11, grifo nosso).

De acordo com os documentos analisados, além de ser considerado um caminho mais longo e oneroso do que o bacharelado, a pós-graduação na área da Saúde Coletiva, passaria a ocupar outro lugar no campo da formação. Vejamos o que dizem dois projetos com relação a isso:

Um curso de graduação em Saúde Coletiva terá a vantagem de reduzir o tempo de formação deste profissional, sem prejuízo da formação pós-graduada. Ademais, o ensino da saúde coletiva na pós-graduação seria beneficiado no que pode se constituir efetivamente em uma modalidade de qualificação avançada e mais específica. Da mesma maneira, não haveria prejuízo para o ensino da saúde coletiva nas demais profissões da saúde, uma vez que o exercício das atribuições específicas dos diversos profissionais evitaria qualquer superposição competitiva com aquelas dos profissionais egressos de curso de graduação em saúde coletiva (UFBA, 2008, p.4-5).

Justifica-se, portanto, a oportunidade de construir e implementar a formação, no âmbito da graduação, de profissionais em Saúde Pública, com as diversas ênfases que a área da Saúde Coletiva oferece, permitindo a incorporação, pelo sistema de saúde do País, tanto no que diz respeito aos subsistemas público-estatal, como privado-complementar **e privado-suplementar de profissionais cujo investimento público seja mais conseqüente na esfera da educação superior básica (bacharelado), reservando a pós-graduação para as áreas de real especialidade ou para o desenvolvimento da pesquisa**, racionalizando e otimizando a oferta de subespecialidades e formando, no âmbito do stricto sensu, para o desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação em saúde (UFRGS, 2008, p.13, grifo nosso).

Além disso, na visão de alguns pesquisadores, o acúmulo do campo da saúde coletiva no Brasil na realização de cursos de pós-graduação fornece outra importante contribuição na direção da proposta, qual seja:

Ao se defender a figura do bacharel em Saúde Coletiva, um elemento importante é que já não mais se coloca a clássica questão: quem formará os formadores? No caso em tela, a expansão e consolidação da pós-graduação deram conta dessa complexa etapa. Nesse sentido, [...] papel decisivo foi desempenhado pela Rede Nacional de Pós-Graduação stricto sensu e, antes disso, pelas especializações e residências. Contudo, há que considerar as especificidades dessas formações que, a despeito da sua importância, não se confundem com o que se espera de um graduado em Saúde Coletiva (BOSI e PAIM, 2010, p.2032).

Sobre a contribuição da pós-graduação para a formação do bacharel em Saúde Coletiva, coordenadores de quatro cursos (UFBA, UNB/Darcy, UFRN, UFMT) presentes em uma oficina realizada pela ABRASCO, através do GT Trabalho e Educação na Saúde, em novembro de 2011, apresentaram suas visões. Para dois deles, a presença de professores habituados a trabalhar com pós-graduação tem se configurado em um desafio e não um facilitador para o desenvolvimento das propostas. Também foi apontado como desafio, unânime entre os quatro coordenadores, a escassez de textos didáticos adequados para o nível de graduação no campo da Saúde Coletiva (ABRASCO, 2011). “[...] Nós temos no Brasil muito pouca coisa produzida para a graduação na Saúde Coletiva, temos para pós” (BELISÁRIO et al., 2013, p. 1631).

Outra questão que sobressaiu na análise dos documentos no tocante à justificativa para criação do curso foi o contexto loco regional onde ele acontecerá e o fortalecimento da capacidade de resposta local que eles poderão proporcionar. Todavia, de acordo com a análise, poucos cursos apresentaram de forma detalhada esta preocupação. O da UFPR foi uma dessas exceções:

[...] o litoral do Paraná e Vale do Ribeira se configura como uma das regiões mais pobres do Estado, com economia estagnada, baixos índices de qualidade de vida, apresentando um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano do Estado e renda per capita abaixo de 0,49% do salário mínimo [...]. A região [...] se caracteriza por peculiaridades sócio-ambientais, [sic] que influenciam de maneira complexa o processo de saúde-doença da população residente. [...] [Um dos] problemas no âmbito da Saúde Coletiva enfrentados pelos municípios na região litorânea tem sido o número insuficiente de profissionais qualificados nos setores de vigilância em saúde dos municípios. Além disso, evidenciam-se deficiências nos dados e pesquisas relacionados à saúde da população residente na região, bem como a falta de articulação e divulgação das informações existentes. Isto dificulta a formulação, a implementação e a avaliação das ações e serviços de saúde, sua análise e posterior redirecionamento em busca de eficiência e eficácia (UFPR, 2011, p.16-17).

Por se tratar de uma iniciativa na área da educação superior foram mencionadas também, enquanto base de sustentação para criação dos cursos, algumas políticas de formação profissional na área da saúde como o “Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde”, o “AprenderSUS” e a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” promovidas pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Além disso, argumentou-se que a Saúde Coletiva é a única área da grande área da saúde na tabela de áreas do conhecimento da CAPES que não configura uma profissão de saúde (UFRGS, 2008).

As experiências de CGSC em fase de formulação ou já iniciados em Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) de vários estados do Brasil aparecem em praticamente todas as propostas no momento de justificativa de seus projetos. Segundo depoimentos de alguns coordenadores de curso, o já citado curso de Sistemas e Serviços de Saúde implantado em 2002 na área de Administração pela UERGS é considerado uma das fontes inspiradoras dos bacharelados em Saúde Coletiva. Nesse curso a proposta é de que “o egresso poderá atuar no planejamento, execução e avaliação de sistemas administrativos de saúde pública e **privada**, bem como no desenvolvimento de políticas públicas na área da saúde”. A inspiração advém também do fato de que “os

estudantes egressos deste curso foram absorvidos pelos serviços públicos e **privados** de saúde, fato esse indicativo da carência desse tipo de profissionais no âmbito de trabalho em saúde” (ABRASCO, 2010, p.51, grifo nosso).

Em vários PPP o REUNI foi citado enquanto política que viabilizou a implementação dos cursos. Como aludido anteriormente o debate sobre a formação de sanitaristas via bacharelado o antecede, mas ganha força e materialidade notadamente a partir de sua promulgação através do decreto nº 6.096 de 24 de abril de 2007.

O programa tem como meta global a elevação gradual da taxa de conclusão média dos cursos de graduação presenciais para noventa por cento e da relação de alunos de graduação em cursos presenciais por professor para dezoito, no final de cinco anos, a contar do início de cada plano. Entre suas diretrizes estão, dentre outras, o aumento de vagas de ingresso, especialmente no período noturno, e a diversificação das modalidades de graduação (BRASIL, 2007) o que foi apontado como uma importante janela de oportunidade para os CGSC.

Esta importância do Reuni para o surgimento dos cursos, identificada nos PPP analisados, é corroborada por uma passagem da pesquisa realizada por Belisário et al. (2013) em que a autora avaliou a implantação de oito CGSC:

O curso foi motivado pelo Reuni [...] foi construído na proposta do Reuni. O projeto todo foi encaminhado por essa proposta. Os professores todos que estão entrando agora são pela proposta do Reuni, tem professores que estão entrando agora só para o curso [...].

O Reuni significou carga horária docente, vaga, infraestrutura, dando viabilidade ao projeto do curso [...] (BELISÁRIO et al., 2013, p.1628).

Conforme vimos anteriormente, com o passar do tempo começa a haver uma desaceleração da implantação do REUNI em decorrência da elevada despesa com o crescimento desenfreado das universidades públicas (LIMA, 2011). No caso dos CGSC esta desaceleração já impõe desafios. Os coordenadores sinalizam que, com o currículo pleno, haverá dificuldade em relação ao espaço/estrutura física e com a diminuição dos concursos para preenchimento das vagas está havendo sobrecarga dos docentes e a equipe já está insuficiente para todas as atividades programadas (ABRASCO, 2011). A fala de um dos coordenadores é ilustrativa quanto a este aspecto:

Eu colocaria como dificuldade a questão dos recursos humanos [...] porque hoje precisamos juntar a política de se ter um curso novo com uma expansão, mas precisamos de recursos humanos pra trabalhar nesse curso [...].

Desacelerou muito a implantação do Reuni e isso se revelou também na desaceleração das vagas docentes [...]. Isso pode também comprometer o projeto no futuro, porque nós não podemos sustentar curso com substituto, curso novo precisa ser sustentado com quadro efetivo [...] (BELISÁRIO et al., 2013, p. 1631).

Em consonância com uma das diretrizes do REUNI, dos doze PPP analisados nove funcionam em período noturno. Em função disto aparecem alguns desafios, a saber: pouca interação dos alunos dos CGSC com alunos de outros cursos da universidade; dificuldade de viabilizar cenários de aprendizagem e realização de práticas e estágio no turno noturno; e dificuldade de inserção de disciplinas optativas (ABRASCO, 2011).

Trouxemos no capítulo anterior as reservas críticas a este processo de expansão do ensino superior no Brasil operado em sintonia com as propostas de diversos organismos internacionais, sobretudo do Banco Mundial. De qualquer forma, diante da sinalização dos primeiros efeitos negativos do REUNI nos CGSC, acreditamos não se tratar de excesso de zelo alertar que

Os organismos internacionais reservam à educação superior na sociedade do conhecimento a tarefa estratégica de formar intelectuais urbanos de novo tipo que eduquem o consenso dessa “nova” sociedade de acordo com os novos imperativos do capital, não só na fábrica mas na sociedade em seu conjunto (NEVES; PRONKO, 2008, p.116).

O argumento da preocupação mundial com uma formação de profissionais habilitados na discussão de temas da saúde pública também apareceu enquanto referência para a criação dos cursos de graduação em saúde coletiva no país. Segundo o projeto da UFRGS (2008, p.11):

Em todo o mundo, o debate sobre as funções essenciais da saúde pública [FESP], projeto da Organização Mundial da Saúde, gerou o documento referencial de competências do profissional da saúde pública que corresponde ao perfil do curso de graduação proposto. A formação com este perfil de competências é a do profissional de saúde pública, ou em uma terminologia brasileira, o profissional em Saúde Coletiva.

Com relação às FESP cabe lembrar o contexto em que elas surgem, qual seja: no bojo das propostas de reformas dos sistemas de saúde receitadas pelos países capitalistas centrais aos países da América Latina e Caribe. Importante retomar também a crítica feita por Franco (2011) que reconhece a importância das FESP, mas acredita que elas reúnem tarefas muito diversas do campo da saúde pública recorrendo a

enfoques de predomínio utilitário e funcionalista e tratando de fazer eficiente, quantificável e avaliável o trabalho sanitário. O autor coloca também que até o momento tem sido relativamente escassa a presença das FESP no meio acadêmico, sua implementação efetiva e seus resultados práticos.

5.2.2 Graduação em Saúde Coletiva: para quê?

A segunda dimensão de análise dos CGSC visa buscar elementos que respondam ao *para quê* esta formação foi criada, qual seu propósito. As categorias dos PPP analisados que contribuíram com a resposta foram: objetivos/finalidade do curso; perfil do egresso; e competências e habilidades gerais e específicas.

A legislação educacional relacionada às DCN para os cursos de graduação no Brasil são as principais referências que norteiam as categorias desta dimensão de análise. De acordo com o parecer CNE/CES 776/97,

a orientação estabelecida pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, no que tange ao ensino em geral e ao ensino superior em especial, aponta no sentido de assegurar maior flexibilidade na organização de cursos e carreiras, atendendo à crescente heterogeneidade tanto da formação prévia como das expectativas e dos interesses dos alunos. [...] Os cursos de graduação precisam ser conduzidos, através das Diretrizes Curriculares, a abandonar as características de que muitas vezes se revestem, quais sejam as de atuarem como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, **passando a orientar-se para oferecer uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional** (BRASIL, 1997, p.2, grifo nosso).

O documento aponta também que as diretrizes curriculares são orientações para elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Outro parecer, o CNE/CES 583/2001, acrescenta que as diretrizes de cada curso devem contemplar: perfil do egresso/profissional; competência/habilidades/attitudes; habilitações e ênfases; conteúdos curriculares; organização do curso; estágios e atividades complementares; acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2001).

No caso dos cursos da área da saúde, o parecer CNE/CES 1.133/2001, referente aos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição, define como objeto das diretrizes curriculares:

permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2001a, p.4).

Já o objetivo das diretrizes curriculares destes cursos, segundo o mesmo parecer, é

levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001a, p.4).

No que tange as competências e habilidades gerais definidas pelos CGCS há um predomínio daquelas relacionadas às diretrizes curriculares nacionais estabelecidas pelo Ministério da Educação para os cursos da área da saúde (BRASIL, 2001a), quais sejam:

- *Atenção à saúde*: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos;
- *Tomada de decisões*: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- *Comunicação*: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- *Liderança*: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da

comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

- *Administração e gerenciamento*: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

- *Educação permanente*: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

No que concerne às competências e habilidades específicas dos projetos analisados destaca-se, dentre outras: participar ativamente do processo de gestão dos sistemas e serviços de saúde; ter flexibilidade para atuar com as incertezas e constantes transformações das organizações de saúde; instrumentalizar-se para imprimir à administração e ao gerenciamento de serviços e sistemas de saúde uma perspectiva mais empreendedora; fazer regulação dos serviços terceirizados e conveniados; desenvolver investigação científica na determinação dos processos saúde-doença e nos serviços e sistemas de saúde; implementar atividades de pesquisas de mercado e de impacto à saúde; implementar atividades de apoio no desenvolvimento mercadológico de novos programas e de resposta às necessidades em saúde; manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde; assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde; participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde; utilizar os principais sistemas de informação e sua aplicação no campo da Saúde Coletiva; fomentar a concepção ampliada e positiva de saúde nas instituições públicas e privadas; promover a integração efetiva das instituições relacionadas a área da saúde públicas e privadas, organizações não governamentais, comunidade e universidade; analisar e compreender as diferentes concepções e necessidades sociais de saúde da população.

Com relação à finalidade, objetivos e perfil do egresso dos cursos analisados, a maioria das propostas aponta para a formação de profissionais em Saúde Coletiva em consonância com o contexto político-normativo do SUS. Propõem uma formação

generalista, humanista, crítica e reflexiva, com elevado padrão de qualidade e pautado em princípios da ética e da bioética. Almeja-se também a formação de um profissional empreendedor; em harmonia com os princípios propostos no relatório da comissão internacional para a educação no século XXI da UNESCO (aprender a conhecer, fazer, conviver e ser); e, de maneira pontual, que apresente postura ética fundamentada em valores como felicidade, cooperação, honestidade, respeito, humildade e tolerância.

De uma forma geral os PPP dos cursos analisados preconizam a formação de profissionais qualificados para o exercício de atividades do campo da Saúde Coletiva em todos os níveis de gestão e de atenção à saúde, atuando na perspectiva da promoção da saúde e orientados por uma concepção interdisciplinar. Ademais, espera-se que os egressos sejam capazes de realizar intervenções sociais organizadas dirigidas à vigilância, à proteção da saúde, à comunicação, gestão do trabalho e educação em saúde e que fortaleçam os processos de descentralização da gestão, de democratização do processo decisório, da integralidade da atenção à saúde e da participação popular no âmbito dos sistemas e serviços de saúde.

Alguns cursos colocaram como um de seus objetivos atenderem à crescente demanda do mercado de trabalho por profissionais qualificados em nível de graduação na área de gestão da saúde e comprometidos com as questões envolvendo a preservação ambiental e a saúde pública.

Apenas um curso analisado (UFRN) coloca que um de seus objetivos é atender às diretrizes da recente política educacional do governo brasileiro, especialmente do REUNI. Espera também oferecer uma formação acadêmica que observe e contemple as características de uma universidade criativa, pluralista, democrática, comprometida com a realidade, crítica e orgânica.

Nesta dimensão de análise, destaca-se uma formação generalista com uma extensa lista de competências e habilidades em diversas áreas da Saúde Coletiva com ênfase em atribuições de ordem técnica e instrumental. Sobressaiu-se também a inexistência de DCN próprias para os CGSC e a utilização como referência das DCN de cursos da área da saúde.

Aqui é possível encontrar as principais categorias que rejuvenesceram a noção de capital humano: formação flexível, polivalência, empreendedorismo, competências, além da referência aos pilares do Relatório Delors que orientou reformas no campo da educação tendo em vista a formação de personalidades flexíveis para a adaptação à realidade instável e incerta. Indicam, em suma, a formação de sanitaristas para a

sociedade do conhecimento (FRIGOTTO, 2006; RAMOS, 2011) quando propõem que a formação prepare o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e quando propõem aos trabalhadores serem empregadores na equipe de saúde, instrumentalizar-se para imprimir à administração e ao gerenciamento de serviços e sistemas de saúde uma perspectiva mais empreendedora.

Ademais, a proposta de integração das instituições públicas e privadas como competência e habilidade a ser desenvolvida pelos novos sanitaristas, além da regulação de serviços terceirizados e contratados, acena para o discurso da governança presente na proposta do PDRAE e que sinalizamos no capítulo anterior (BRASIL, 1998; LIMA, 2011b).

A elaboração de um referencial curricular próprio para os CGSC é pauta desde o primeiro encontro do FGSC e atualmente está sendo apreciada uma proposta baseada no documento de referenciais curriculares nacionais para os cursos de bacharelado e licenciatura do MEC composta pelos tópicos: perfil do egresso; temas abordados na atuação; ambiente de atuação; e infraestrutura recomendada³⁸.

Acreditamos que um desafio importante para os CGSC é pautar-se, no momento de elaboração de suas DCN, nos escritos do relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde e não na lógica das competências presente nas diretrizes estabelecidas pelo MEC (BRASIL, 2010).

5.2.3 Graduação em Saúde Coletiva: para quem?

A terceira dimensão de análise intenta alcançar a resposta de *para quem* os CGSC pretendem formar sanitaristas. A delimitação de quem são os possíveis interlocutores dos egressos e da proposta foi feita com base nos cenários de prática, campos de estágio, e da perspectiva de inserção no mundo do trabalho da documentação analisada.

Na análise dos possíveis locais de inserção no mundo do trabalho para os sanitaristas egressos dos CGSC evidenciaram-se dois caminhos, o do setor público-estatal e o do setor privado-suplementar conforme exemplos de alguns projetos:

³⁸ Disponível em <<http://www.abrasco.org.br/ckfinder/userfiles/files/proposta%20sintese.pdf>>. Acesso em: 28/06/2013.

No que se refere ao **mercado de trabalho**, a partir do cenário descrito, evidencia-se uma **clara possibilidade de absorção do profissional graduado em Saúde Coletiva tanto no setor público** – inserindo-se nos processos de formulação de políticas setoriais, gestão de sistemas e serviços de saúde e na produção tecnológica - **como no setor privado, notadamente na esfera do sistema de saúde suplementar**. Por fim, considera-se que o **terceiro setor, através das organizações não governamentais também deve contribuir muito para a empregabilidade deste profissional** (UFBA, 2008, p.4, grifo nosso).

A compatibilidade nas atribuições do Bacharel em Saúde Coletiva e a denominação proposta ao curso é que o profissional formado na área pretendida atuará em [...] áreas intersetoriais: Saúde e Cultura, Saúde e Educação, Saúde e Previdência, Saúde e Assistência Social, Saúde e Saneamento, Saúde e Ambiente, Saúde e Agricultura, entre outros. **O setor privado empresarial também comporta ações em Gerenciamento da Saúde e na Saúde no Trabalho, além das Seguradoras e Operadoras de Planos de Saúde que configuram o subsistema de Saúde Suplementar no Sistema Único de Saúde** (UFRGS, 2008, p.10, grifo nosso).

Há também a compreensão de que estes dois caminhos não são antagônicos e que na verdade se somam na conformação do SUS:

O bacharel em Saúde Coletiva atuará considerando o Sistema Único de Saúde no Brasil com seus dois subsistemas: o estatal e o suplementar. **A saúde suplementar é considerada um subsistema do SUS. Com essa compreensão de sistema único, entende-se a sua constituição com uma área público-estatal e uma área privada-suplementar**. Portanto, a formação é inserida nessas diferentes dimensões do SUS, possibilitando a atuação nesses diferentes espaços (UFRGS, 2008, p.13, grifo nosso).

Quanto aos espaços de trabalho do setor público-estatal o profissional egresso poderá atuar em: unidades básicas e mistas de atenção à saúde, urgência e emergência, atenção hospitalar, serviços especializados de apoio diagnóstico e terapêutico, centros de vigilância à saúde, centros de controle de zoonoses e vetores, níveis de decisão centrais e regionais, consórcios intermunicipais ou intergestores de saúde, espaços de pactuação política e de participação social, polos de educação permanente em saúde, comissões de integração ensino-serviço em saúde, colegiados de gestão regional da saúde, ouvidorias e Ministério Público, espaços de pesquisa e produção de conhecimento como laboratórios, universidades, hospitais de ensino, escolas técnicas de saúde e centros de educação e assessoramento popular.

Ainda na esfera pública são apontadas também como instituições que podem vir a contratar o bacharel em Saúde Coletiva: agências reguladoras, prefeituras, secretarias de saúde municipais e estaduais, ministérios, Fundação Nacional de Saúde (FUNASA),

Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (FEEMA), IBAMA, dentre outros.

“Na iniciativa privada, também há espaço crescente para o profissional de Saúde Coletiva. A título de exemplo, constituem mercados potenciais: ONGs, associações de moradores, sindicatos, indústria farmacêutica, empresas médicas, grandes empresas” (UFRJ, 2011, p.12), laboratórios de análise, administradoras e operadoras de planos e seguros privados de saúde, além de unidades privadas de atenção à saúde nos vários níveis de complexidade.

Apenas um dos doze cursos analisados (UNB, 2010) não fez menção ao mercado de trabalho e/ou de empregos nem colocou o setor privado-suplementar como potencial espaço de atuação do sanitarista egresso dos CGSC.

Com relação aos cenários de prática e campos de estágio há uma semelhança em relação aos potenciais locais de trabalho apontados anteriormente. São indicados os mesmos caminhos: público-estatal e privado-complementar/suplementar.

Existe um predomínio de espaços do setor público, nos três níveis de gestão (municipal, estadual e federal), com destaque para: órgãos e instituições de gestão de serviços de atenção básica e especializada do sistema local (distritos sanitários, unidades e centros de saúde, Programa Saúde da Família, hospitais e ambulatórios); hospitais universitários, fundações estaduais de pesquisa e produção em saúde, núcleos de estudos de Saúde Coletiva das universidades; setores de vigilância epidemiológica e sanitária; departamentos de controle e regulação; serviços de saúde do trabalhador; conselhos de saúde; comissões intergestoras; FEEMA e FUNASA.

Com relação à atuação no âmbito da Estratégia Saúde da Família, a portaria N° 256 de 11 de março de 2013, que estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), incluiu o sanitarista, em seu artigo quinto, entendendo-o também como profissional graduado em saúde coletiva.

São apontados outros locais relacionados direta ou indiretamente com a saúde da população como instituições de longa permanência de idosos, organizações relacionadas ao saneamento básico, tratamento de resíduos sólidos, espaços da sociedade civil que possibilitem o reconhecimento das necessidades de saúde da população, setores de gerência de recursos humanos, serviços de auditoria, acreditação hospitalar e regulação em saúde; além de aldeias indígenas, quilombos, associações de moradores e escolas.

No setor privado estão previstas sociedades de capital misto, hospitais privados e filantrópicos e ONGs. Alguns cursos afirmam possuir ampla relação com empresas privadas no ramo de planos de saúde e produtos para a saúde e que se trata de uma oportunidade para realização de estágios e atividades teórico-práticas e prático-aplicativas. O trecho a seguir retrata este tipo de parceria:

O desenvolvimento das atividades de ensino é sustentado nas parcerias desenvolvidas pela Escola de Enfermagem e pela Universidade. A Escola de Enfermagem está inserida na política de fortalecimento da interação da Universidade com a sociedade, nos âmbitos local, regional, nacional e internacional, e visa: interação com o setor público, com o setor privado e com o terceiro setor [...]. As parcerias contemplam vinculação institucional com a UFRGS por meio de convênios, contratos, projetos, programas ou outras modalidades de cooperação interinstitucional. Atualmente, a Escola de Enfermagem contempla parcerias com a rede de saúde local e regional, citando-se, entre outros: [...] **Unimed** (UFRGS, 2008, p.37-38, grifo nosso).

A questão dos cursos formarem profissionais para o mercado privado não se deu de forma unânime, como ilustra o seguinte trecho: “Dentro do próprio grupo teve alguma resistência [...] Tinham duas professoras [...] que queriam que fosse formado um gestor para o SUS. Aí, nós discutimos muito [...] e falamos [...] ‘vai ser formado [...] prioritariamente para o SUS, mas não só para o SUS’” (BELISÁRIO et al., 2013, p. 1631). Outro curso diz que “é importante considerar que a formação em saúde não responde direta e unicamente ao mercado de trabalho” (UNB, 2009, p.30).

Durante a 5ª Reunião do FGSC foram realizadas discussões sobre empregabilidade, carreira e inserção profissional. Destacamos aqui os seguintes pontos referentes, em especial, ao setor público:

Há grande heterogeneidade em relação à situação da carreira de sanitário no Brasil, (há lugares em que essa carreira nunca existiu, outros em que desapareceu e outros em que permanece ativa); Há grande resistência para a reformulação e ampliação da carreira de sanitário, demonstrada especialmente por parte dos próprios sanitários inseridos nas secretarias de saúde; Há risco de serem criadas carreiras paralelas à de sanitário, destinadas a acolher os egressos das graduações em saúde coletiva, com restrições salariais, de atuação profissional e nível hierárquico, quando comparada à carreira de sanitário já existente (ABRASCO, 2012a, p.10).

Em uma oficina da ABRASCO, realizada em março de 2012, intitulada “Mercado de Trabalho para os novos profissionais da Saúde Coletiva” a representação estudantil do FGSC

ressaltou que a questão do mercado de trabalho tem sido tratada como esse ingresso vai se dar, o que se tem de fazer e como fazer. Reconheceu que o mercado de trabalho do setor público, o do SUS, é a bandeira de luta dos estudantes dos CGSC, e na perspectiva estudantil, o mercado privado é o espaço possibilitador a questionamentos, reflexões e problematizações. Os estudantes não concordam com a reserva de mercado para a graduação em relação à pós-graduação nos seus diversos níveis, e acham que deve estreitar os laços com esses tipos de formação em todas as necessidades existentes. Isso porque, o SUS precisa de profissionais diversificados, incluindo os novos egressos dos CGSC (ABRASCO, 2012b, p.11).

Sobre a relação entre o público e o privado na saúde e o posicionamento do campo da Saúde Coletiva frente a isto neste início de século XXI, Bahia (2008, p. 123) aponta que:

[as] referências valorativas ao público e ao privado frequentam, mais explicitamente, as teses de defesa dos sistemas universais de saúde ou eficiência da privatização. Isso se não forem computadas as numerosas análises, fundamentadas, ou ao menos alusivas às relações entre o público e o privado que, revestidas de neutralidade, equilíbrio ou profundo conformismo e ceticismo, não se prestam com a mesma facilidade das anteriores às operações de soma ou subtração. Afinal de contas, ao longo desses vinte anos e especialmente no início do século XXI, a saúde coletiva no Brasil também absorveu determinadas noções e pressupostos da economia neoclássica, tomados como indicadores de verdade e muitos dos rituais do culto à ambiguidade e indeterminação.

Ainda de acordo com a autora, em exposição no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 49 milhões de pessoas, ou 26,3% da população, estão cobertas por 1.386 empresas e planos privados de saúde e que, desde 2008, devido à sua expansão, o mercado de planos de saúde no Brasil é o segundo maior do mundo (BAHIA, 2013).

Este crescimento do mercado de planos de saúde no Brasil vai ao encontro da possibilidade de absorção dos egressos dos CGSC na saúde suplementar apontada por diversos PPP. De fato, com essa tendência certamente haverá a necessidade de mais analistas, auditores, gestores, e profissionais com o perfil dos sanitaristas bacharéis para atuar no mercado privado em detrimento, presume-se, do setor público-estatal.

Ressalta-se, entretanto, que com relação a este apontamento na direção do mercado privado de saúde por parte dos CGSC, ele não vem se dando de forma unânime existindo resistência por uma parcela de docentes e ponderação por parte de discentes.

Nesta última dimensão de análise vimos que os caminhos trilhados para os sanitaristas, o setor público-estatal e o privado-suplementar, são entendidos como um bloco único que conforma o SUS. Esta compreensão é a mesma que consta nas

recomendações do PDRAE, ao primeiro caminho competem as ações básicas de saúde para a toda a população, ao segundo os procedimentos mais complexos (como transplantes e cirurgias) com subsídio do Estado para os que não podem arcar com os custos do tratamento.

Esta apologia à publicização, a transformação de órgãos estatais em entidades públicas não estatais, e à terceirização, a contratação de serviços prestados por terceiros, se posiciona em favor da contrarreforma do SUS, que, conforme abordado no capítulo anterior, por ser inconclusa, encontra-se em curso atualmente e ataca questões cruciais como a universalização do direito à atenção à saúde, a oferta majoritariamente pública dos serviços, o financiamento baseado em tributos e inclusive a gratuidade do sistema (LIMA, 2010a).

5.3 NOVAS FACES PARA O SANITARISTA?

No resgate sobre a formação e atuação dos sanitaristas durante o século XX apresentamos as diversas faces por ele assumidas em função dos distintos contextos (político, econômico, social) e modelos tecno-assistenciais de cada período: campanhista; desenvolvimentista; racionalizadora/modernizante; médico-social; generalista; e gerencial (BELISÁRIO, 1995).

Com base na análise aqui empreendida acreditamos que a criação dos CGSC acena com a formação de “novos” sanitaristas supostamente necessários para uma “nova” sociedade, a “sociedade do conhecimento” ou a “sociedade pós-industrial”. Esta nova configuração pode levar, por seu turno, à conformação de novas faces para os sanitaristas neste início de século XXI.

A proposta dos CGSC, no que diz respeito a seus documentos norteadores, tem apontado justificativas variadas para sua criação e que se referem a atual configuração e organização da política de saúde no país. Indicam principalmente uma carência de profissionais com perfil para atuar no âmbito da gestão do SUS que, pela sua amplitude e complexidade, requer a constituição de um núcleo específico de conhecimentos e práticas de atuação profissional.

A demanda por estes profissionais no espaço administrativo da saúde suplementar e o potencial de empregabilidade no mercado privado da saúde também foram apontadas enquanto justificativas das propostas. Esta valoração à iniciativa

privada e ao mercado de trabalho do setor saúde denota para o sanitarista, em nosso entendimento, uma face “privada” ou “mercadológica”. São os sanitaristas formados para atuar na indústria farmacêutica, nos laboratórios de análise, nas sociedades de capital misto, nas seguradoras e planos de saúde, nas empresas médicas, entre outros.

Em termos de atribuições elencadas para este novo profissional, a proposta do bacharelado sistematiza a reestruturação produtiva imposta aos sanitaristas nos anos 1990 e direciona a formação para um viés pragmático e tecnicista em consonância com a pedagogia das competências. Trata-se de uma formação generalista com um *modus operandi* gerencialista. Generalista não no sentido multiprofissional capaz de identificar os determinantes do processo saúde-doença e com ênfase no compromisso político que caracterizou esta face nos anos 1970 e 1980 (BELISÁRIO, 1995), mas sim no sentido do trabalhador polivalente e multifuncional característico da sociedade pós-industrial, ou seja, a face gerencialista se “transveste” de generalista. Esta agora reconfigurada nos moldes do trabalhador flexível (RAMOS, 2011).

A alusão ao terceiro setor como importante contribuidor para a empregabilidade do novo sanitarista, sobretudo através das ONGs, também traz implicações para o sanitarista bacharel. Conforme vimos anteriormente, as ONGs e o terceiro setor, assim como a concepção de empreendedorismo largamente encontrada nos documentos analisados, fazem parte do conceito de público não estatal formulado no âmbito do programa neoliberal da Terceira Via (MARTINS, 2011). Esse esquema, ao ser posto em prática, pode dar origem a outra face do sanitarista, que aqui definiríamos como “sanitarista da Terceira Via”.

Com relação às políticas de saúde há uma incorporação na documentação analisada das recomendações da reforma Bresser. A proposta de integração das instituições públicas e privadas como competência e habilidade a ser desenvolvida pelos novos sanitaristas, além da regulação de serviços terceirizados e contratados, acena para o discurso da governança presente na proposta do PDRAE como apontamos anteriormente.

O seguinte trecho do PDRAE é condizente com o que encontramos nas propostas dos CGSC: “[...] a administração pública deve ser permeável à maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da sociedade civil e deslocar a ênfase dos procedimentos (meios) para os resultados (fins)” (BRASIL, 1995, p.16).

Por fim, sendo o principal mote dos CGSC as práticas no âmbito da gestão em saúde e sendo um dos principais objetivos e justificativas das propostas a consolidação da Reforma Sanitária brasileira e do SUS encerramos com o seguinte trecho:

Para que a “gestão” tenha um papel estratégico na implantação do Sistema Único de Saúde, ela deve necessariamente cuidar daquelas características consideradas negativas aos objetivos do SUS e que não lhe escapem à capacidade de influência. Assim, no caso brasileiro, não há como fugir ao tema da “privatização da coisa pública” (CAMPOS, 2006, p.119).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou analisar as propostas educacionais dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC) vigentes no Brasil. Situamo-as dentro do impacto que a reconfiguração do capitalismo no final do século passado e início do século XXI promoveram na construção das políticas sociais, mais especificamente seus desdobramentos nos setores da saúde e educação.

Para realizar a análise partimos do entendimento do sanitarista enquanto um intelectual orgânico, inspirado em Gramsci, que teve sua origem e atuação diretamente vinculada ao surgimento e desenvolvimento do Estado capitalista. Esta premissa nos levou a enxergar a formação de sanitaristas no Brasil em sua totalidade, historicidade e contradição, imprimindo ao estudo um recorte temporal bem mais abrangente do que o período recente em que surge a proposta dos CGSC.

Neste sentido, acabamos nos preocupando menos com o caráter exaustivo da análise e mais com o horizonte da mesma. O recorte temporal maior cumpriu para nós um duplo papel. O primeiro foi demonstrar que a atuação e a formação de sanitaristas não se iniciou com os CGSC e que na verdade ela se reconfigurou, não sendo o ponto de partida nem o ponto de chegada da história da educação em saúde pública no Brasil. O segundo foi constatar que a formação de sanitaristas ao longo do último século não se deu de forma neutra e desinteressada, ao contrário, esteve permeada pela contradição. O papel destes intelectuais orgânicos ora foi de mantenedor do *status quo* das classes dominantes, ora se deu em uma perspectiva contra hegemônica em favor da classe trabalhadora, com nítido predomínio do primeiro sobre o segundo.

Além disso, o fato da proposta de formação de sanitaristas na modalidade graduação ser muito recente impôs desafios e limitações para nosso estudo. Desafio na medida em que durante os dois anos em que a pesquisa se realizou (2011-2013) o contexto modificou-se: abertura de novos cursos; realização de eventos de diferentes naturezas; formatura dos primeiros egressos; e publicação de artigos e documentos sobre o tema. Assim, colocar ponto final ao trabalho não foi tarefa fácil diante das novas informações que continuaram chegando e poderiam tornar mais rico o processo de análise. A limitação, por sua vez, deriva justamente dos desafios impostos. Fica a certeza de não termos dado conta de tudo que diz respeito aos CGSC e que o campo está aberto para futuras investigações.

Por se tratar de uma proposta de formação profissional em saúde vimos como é importante não se ater somente às políticas de formação do Ministério da Saúde e da SGTES, que são obviamente importantes uma vez que compete ao SUS ordenar a formação de seus profissionais, mas também as políticas emanadas do próprio MEC e que impactam diretamente em todos os níveis e áreas de formação.

No caso dos CGSC tiveram papel central o estudo da LDB/96, das DCN para os cursos de graduação da área da saúde e do REUNI. Na medida em que aproveitam a janela de oportunidade aberta pelo REUNI os CGSC tem se adequando à sua proposta de reforma do ensino superior no Brasil. Nesse sentido, vimos que já têm sido relatados os primeiros efeitos negativos do modelo de educação terciária em que estão inseridos estes cursos.

A análise política dos documentos referentes aos CGSC apontou em termos pedagógicos uma sintonia das propostas com o referencial epistemológico da sociedade do conhecimento e da pedagogia das competências. Referencial que pode levar à conformação de novas faces do sanitarista em relação àquelas descritas por Belisário (1995): campanhista; desenvolvimentista; racionalizadora/modernizante; médico-social; generalista; e gerencial.

Em relação ao mundo do trabalho o potencial de empregabilidade no mercado privado da saúde aponta para o surgimento da face “privada” ou “mercadológica”. A reestruturação produtiva também foi um componente importante e provocou um deslocamento na concepção da face generalista dos anos 1970-1980, que agora flerta com a polivalência, a flexibilidade e adquire um *modus operandi* gerencialista.

No que concerne à política de saúde, as propostas analisadas, ao que parece, fundamentam-se nas formulações do PDRAE e na matriz neoliberal da Terceira Via. A lógica é a da parceria e do diálogo com as ONGs, “o limbo do terceiro setor” (FRIGOTTO, 2006, p.275), e a concepção de público não estatal e de empreendedorismo, características que podem levar à outra face, a do “sanitarista da Terceira Via”.

Vale ressaltar, conforme observou Belisário (1995, p. 135), que “a conformação de uma nova face não significou o desaparecimento da face anterior. O convívio entre elas se deu quase sempre de maneira pouco harmônica, identificando-se apenas a predominância de uma sobre a outra em determinados períodos”.

Como afirmamos no início a expectativa deste trabalho era mais de formulação de questões do que de respostas ou afirmativas diante da escassez de estudos sobre o

tema. A limitação da análise documental, quando se trata de processos educacionais em qualquer área, é que ela não pode antecipar a experiência profissional. Ela pode, no máximo, representá-la em situações práticas de aprendizagem, sejam aulas ou estágios (CIAVATTA; RAMOS, 2012).

Por isso, nosso desejo é de que as próximas pesquisas sobre o tema, ao avaliarem *in loco* os processos formativos e a experiência profissional dos educandos e egressos, demonstrem que estávamos equivocados ao afirmar que estes “novos” sanitaristas estão sendo formados em sintonia com a contrarreforma do SUS e como linha auxiliar da *burguesia de serviços de saúde* no Brasil.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. *Análise da implantação dos cursos de graduação em saúde coletiva em diferentes regiões do Brasil*. Relatório final. GT Trabalho e Educação na Saúde. Rio de Janeiro, 2010.

ABRASCO. *A Graduação em Saúde Coletiva e a Saúde Coletiva na Graduação*. Relatório final. GT Trabalho e Educação na Saúde. Salvador, 2011.

ABRASCO. *Mercado de Trabalho para os novos profissionais da Saúde Coletiva*. Relatório final. GT Trabalho e Educação na Saúde. Salvador, 2012.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(12):2234-2249, dez, 2010.

ALMEIDA, Marcio. A área é multiprofissional e interdisciplinar. In: *Graduação em Saúde Coletiva: sim ou não?* *Radis*, p. 13-22, 2003.

ANDREAZZI, Maria de F. S. de. *Organizações Sociais*. In: Sala de Convidados. Canal Saúde/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2012.

ANTUNES, Ricardo. A nova morfologia do trabalho. Suas principais metamorfoses e balanço preliminar. In: GUIMARÃES, Cátia; BRASIL, Isabel; MOROSINI, Marcia V. (Org.). *Trabalho, educação e saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010, p. 11-28.

AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ÁVILA, Cristiany da Silva. *Médico-sanitarista: ainda uma escolha de carreira?* Dissertação (Mestrado) - Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

BAHIA, Ligia. O sistema de saúde brasileiro no século XXI: narrativas, mitos e críticas. In: GUIMARÃES, Cátia; BRASIL, Isabel; MOROSINI, Marcia V. (Org.). *Trabalho, educação e saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010, p. 73-88.

_____. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1998-2008. In: MATTA, Gustavo C.; LIMA, Julio César F. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; EPSJV, 2008, p.123-185.

_____. Por uma saúde fora do mercado. *Radis*, 125, p.15-15, 2013.

BANCO MUNDIAL, *Informe sobre El desarrollo mundial: invertir en salud*, Washington, 1993.

BARRETO, Raquel G.; LEHER, Roberto. Do discurso e das condicionalidades do Banco Mundial, a educação superior “emerge” terciária. *Revista Brasileira de Educação*, v. 13, n. 39, p. 423-436, set./dez., 2008.

BELISÁRIO, Soraya Almeida. As múltiplas faces do médico-sanitarista. In: MACHADO, Maria Helena (Org.). *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995, p.133-148.

BOSI, Maria Lúcia; PAIM, Jairnilson. Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário. Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário. Editorial. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.2, Rio de Janeiro, fev. 2009.

_____. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 2029-2038, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais*. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *A Reforma administrativa do sistema de saúde*. Brasília: MARE, 1998 (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 13).

_____. Secretaria da Reforma do Estado. *Organizações sociais*. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1998 (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 2).

BROWN, Th. M. *et al.* A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 3, p. 623-47, jul.-set. 2006.

BRZEZINSKI, Iris. Tramitação e desdobramentos da LDB/1996: embates entre projetos antagônicos de sociedade e educação. *Trab. Educ.Saúde*, Rio de Janeiro, v 8, n. 2 , p.185-206 , jul./out., 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Os sanitaristas enquanto intelectuais da democratização dos serviços de saúde. In: *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 2006, 3ª ed., p.89-106.

CANDEIAS, Nelly M. F. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1918/1954). *Revista de Saúde Pública*, v. 18, p. 2-60, 1984.

CARDOSO, Mirian L. Sobre as relações Sociais Capitalistas. In: LIMA, Júlio C. F.; NEVES, Lucia M. W. (Org.). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2006. p. 25-56.

CARVALHEIRO, José R. Os desafios para a saúde. *Estudos avançados*, v. 12, n. 35, p. 07-20, 1999.

CECCIM, Ricardo B. Acreditação pedagógica na educação em saúde coletiva. *Bol. da Saúde*, v. 14, n. 1, p. 81-97, 1999-2000.

_____. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. *Bol. da saúde*, v. 16, n. 1, p. 9-36, 2002

_____; MULLER, Guilherme S. A emergência do bacharelado em Saúde Coletiva no Brasil. Disponível em: <http://susbrasil.net/2012/06/17/a-emergencia-do-bacharelado-em-saude-coletiva-no-brasil/>. Acesso em Set. 2013.

CHINELLI, Filipina; LACERDA, Alda; VIEIRA, Mônica. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Marcia Raposo (Org.). *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011, p.79-118.

CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise. A “era das diretrizes”: a disputa pelo projeto de educação dos mais pobres. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro: ANPED, v.17, n.49, jan.-abr. 2012, p.11-37.

COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origem das políticas públicas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1986.

COUTINHO, Carlos Nelson. Estado Brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, Júlio C. F.; NEVES, Lucia M. W. (Org.). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2006. p. 173-200.

_____. *Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios*. 3ed, São Paulo: Cortez, 2008.

CUETO, Marcos. *O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

ELIAS, Paulo Eduardo. Graduação em Saúde Coletiva: notas para reflexões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v7, n13, p.167-70, ago 2003.

ESCOREL, Sarah. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

_____. *Saúde Pública: utopia de Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Prefeitura, 2000.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfare state. *Lua Nova*, nº24, p.85-116, 1991.

FALLEIROS, Ialê; PRONKO, Marcela Alejandra; OLIVEIRA, Maria Teresa C. Fundamentos históricos da formação/atuação dos intelectuais da nova pedagogia da hegemonia. In: NEVES, Lúcia Maria W. (Org.). *A direita para o social e a esquerda para o capital: intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil*. São Paulo: Xamã, 2010, p.39-95.

FARIA, Lina. Os primeiros anos da Reforma Sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, vol. 5, número 1, p. 109-129, 1995.

_____. *Saúde e Política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FAUSTO, Márcia C. R.; MATTA, Gustavo C. Atenção Primária: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia V.G.C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). *Modelos de Atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 43-68.

FONSECA, Cristina M. Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970). *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2):393-411, 2000.

FONSECA Cristina M. O. A Criação da Ensp: integração e diversidade na formação em saúde pública. In: LIMA, Nísia T. (Org.). *Uma escola para a saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 39-78.

FONTES, Virgínia. Sociedade civil no Brasil contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. In: LIMA, Júlio C. F.; NEVES, Lucia M. W. (Org.). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2006. p. 201-239.

_____. *O Brasil e o capital-imperialismo*. Teoria e História. Rio de Janeiro: UFRJ/EPSJV, 2010.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Tradução de Roberto Machado. 11ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998, p.79-98.

FRANCO, Saúl. Los verbos esenciales de la salud pública. In: UGALDE, Edmundo G. Varios autores. *La salud y la vida*, v. 3, p. 211- 234, 2011.

FRANCO-GIRALDO, Álvaro; PALMA, Marco; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos. Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980–2000. *Rev Panam Salud Publica*, 19(5):291–9, 2006.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Delírios da razão: crise do capital e metamorfose conceitual no campo educacional. In: GENTILLI, Paulo (Org.). *A pedagogia da exclusão*. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

_____. A educação como capital humano: uma teoria mantenedora do senso comum. In: *A produtividade da escola improdutiva*. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Prefácio. In: NEVES, Lúcia M.W.; PRONKO, Marcela A. Mercado do Conhecimento e Conhecimento para o Mercado. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

_____. Novos fetiches mercantis da pseudoteoria do capital humano no contexto do capitalismo tardio. In: ANDRADE, Juarez de.; PAIVA, Lauriana G. de (Org.). *As políticas públicas para educação no Brasil contemporâneo*. Juiz de Fora: ed. UFJF, 2011, p. 18-35.

GIOVANELLA, Lígia. As Origens e as Correntes Atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 7(1): 26-44, jan/mar, 1991.

GRAMSCI, Antonio. A formação dos Intelectuais. In: *Os Intelectuais e a Organização da Cultura*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982, p. 3-23.

_____. *Cadernos do Cárcere*. Volume 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

_____. *Cadernos do Cárcere*. Volume 3. 5ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

HOCHMAN, Gilberto. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública e Juscelino Kubitschek. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, p.313-331.

KOIFMAN, Lilian; GOMES, L. N. A Graduação em Saúde Coletiva: um debate ou uma realidade. *Rev. Bras. Educ. Médica*, v.32, n.4, p.417-18, 2008.

KONDER, Leandro. *História das ideias socialistas no Brasil*. São Paulo: Expressão Popular, 2003.

KOSIK, Karel. *Dialética do Concreto*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LAURELL, Asa Cristina. Para um novo estado de bem estar na América Latina. *Lua Nova*, nº 45, p.187-243, 1998.

LEHER, Roberto. 25 de Educação Pública: notas para um balanço do período. In: GUIMARÃES, Cátia; BRASIL, Isabel; MOROSINI, Márcia Valéria (Org.). *Trabalho, educação e saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010, p.29-72.

LEITE, Janete L. As transformações no mundo do trabalho, reforma universitária e seus rebatimentos na saúde dos docentes universitários. *Universidade e sociedade*, ano XXI, n. 48, p. 84-96, 2011.

LIGUORI, Guido. *Roteiros para Gramsci*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007.

LIMA, Júlio C. F. *Trabalhadores de saúde (1900-1920): contribuição para sua história*. 1994. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Estudos Avançados em Educação, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1994.

_____. Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. *Trabalho Necessário*, ano 5, n.5, 2007a.

_____. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In: FONSECA, Angélica F. (Org.). *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b, p. 57-96.

_____. Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem. Tese (Doutorado) – Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010a.

_____. A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? In: FIDELIS, Carlos; FALLEIROS, Ialê (Org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC/EPSJV, 2010b, p. 279-310.

LIMA, Kátia R. de S. Ensaio fotográfico. *Universidade e sociedade*, ano XXI, n. 48, p. 97-106, 2011a.

_____. O Banco Mundial e a educação superior brasileira na primeira década do novo século. *Revista Katalysis*, v.14, n. 1, p. 86-94, jan-jun, 2011b.

_____. Educação Superior no plano nacional de educação. *Perspectiva*, Florianópolis, v. 30, n. 2, 625-656, maio/ago. 2012.

LIMA, Nísia T; FONSECA, Cristina M. O. História da Especialização em Saúde Pública no Brasil: nota introdutória. In: LIMA, Nísia T. (Org.). *Uma escola para a saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 25-38.

LIMA, Nísia T.; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). *Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p.27-58.

MACHADO, Maria Helena. Gestão do trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio C.F (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 197-202.

MATTA, Gustavo C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias a luta pela hegemonia. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.3, n. 2, p. 371 - 396, 2005.

MATTA, Gustavo C.; LIMA, Julio César F. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; EPSJV, 2008.

MARTINS, André S. O neoliberalismo da terceira via: uma proposta para educar a sociabilidade. In: *A Direita para o Social: a educação da sociedade no Brasil contemporâneo*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2009, p.59-110.

_____; NEVES, Lúcia Maria W. A nova pedagogia da hegemonia e a formação/atuação de seus intelectuais orgânicos. In: NEVES, Lúcia Maria W (Org.). *A direita para o social a esquerda para o capital: intelectuais da nova pedagogia da hegemonia*. São Paulo: Xamã, 2010.

_____. O Estado educador. In: ANDRADE, Juarez de.; PAIVA, Lauriana G. de (Org.). *As políticas públicas para educação no Brasil contemporâneo*. Juiz de Fora: ed. UFJF, 2011, p. 72-89.

MARX, Karl. Introdução à Contribuição à Crítica da Economia Política. In: *Contribuição à Crítica da Economia Política*. Tradução e Introdução de Florestan Fernandes. 2ª Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MATTOS, Ruben de A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):377-389, 2001.

MELLO, João Manuel Cardoso de. *O capitalismo tardio*. 8ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1990.

MELO, Adriana A.S. de. *A mundialização da educação: consolidação do projeto neoliberal na América Latina. Brasil e Venezuela*. Maceió: EDUFAL, 2004.

MERHY, Emerson Elias. A herança no campo da saúde pública no pós-30: os sanitaristas e as matrizes discursivas de 1920 a 1930. In: *A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p.67-105.

MOTTA, Vânia C. Educação e capital social: orientações dos organismos internacionais para as políticas públicas de educação como mecanismos de alívio à pobreza. In: ANDRADE, Juarez de.; PAIVA, Lauriana G. de (Org.). *As políticas públicas para educação no Brasil contemporâneo*. Juiz de Fora: ed. UFJF, 2011, p. 36-55.

NETTO, José P. *Introdução ao estudo do método de Marx*. São Paulo: Expressão popular, 2011.

NEVES, Lúcia Maria W. A Política Educacional Brasileira na 'Sociedade do Conhecimento'. In: MATTA, Gustavo C.; LIMA, Júlio César F. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; EPSJV, 2008, p.355-391.

_____.; PRONKO, Marcela A. *Mercado do Conhecimento e Conhecimento para o Mercado*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

NUNES, Everardo D. *Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito*. Saúde e sociedade 3(2): p. 5-21, 1994.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Org). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro; Hucitec; Fiocruz; 2006. pp. 295-315;

NUNES, Tânia C. *A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989*. Tese (Doutorado) – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 1998.

_____. A Valorização do ‘Instituinte’ na Construção do Modelo de Escola Nacional: a Ensp de 1970 a 1989. In: LIMA, Nísia T.(Org.) *Uma escola para a saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 167-202.

_____. *Democracia no ensino e nas instituições: a face pedagógica do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

OLIVEIRA, Ramon. Empregabilidade. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio C.F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 197-202.

OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F. *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis. Editora Vozes. 1985.

Organización Panamericana de la Salud (OPAS). La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, D.C., 1992. (OPS – Publicación Científica, 540).

Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Funções Essenciais de Saúde. 126ª Sessão do c executivo. Washington, D.C., 26-30 junho de 2000.

PAIM, Jairnilson S. Transición paradigmática y desarrollo curricular en Salud Pública. In: OPAS. *Educación en Salud Pública: nuevas perspectivas para las Américas*. Washington, D.C.: OPAS, 2001.

_____. O SUS tem pressa para reorientar modelo. *Radis*, p. 13-23, 2003.

_____. Desafios para Saúde Coletiva no Século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006.

_____; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PAULANI, Leda Maria. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, Júlio César F.; NEVES, Lúcia Maria W. (Org.). *Fundamentos da educação escolar no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p.67-107.

PEREIRA, Eliane Ministro; LINHARES, Fernando. O Estado e as Políticas Sociais no Capitalismo. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; REIS, José Roberto Franco (Org.). *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.63-80.

PEREIRA, João Márcio Mendes. *O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-2008)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

POLIGNANO, M.V. *História das Políticas de Saúde no Brasil*, 2006. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf). Acesso em 23/05/2012.

PONTE, Carlos F.; NASCIMENTO, Dilene R. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. In: FIDELIS, Carlos; FALLEIROS, Ialê (Org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC/EPSJV, 2010b, p. 181-220.

PONTE, Carlos F.; REIS, José Roberto F.; FONSECA, Cristina M.O. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes? In: FIDELIS, Carlos; FALLEIROS, Ialê (Org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC/EPSJV, 2010b, p. 113-151.

POULANTZAS, Nicos. *O Estado, o poder e o socialismo*. 3ª ed. Biblioteca de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

RADIS. Profissão: sanitaristas. *Radis*, 125, p.30-33, 2013

RAMOS, Alexandre et al. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde, 2006, p.375-390.

RAMOS, Marise N. A pedagogia das competências a partir das reformas educacionais dos anos de 1990: relações entre o (neo)pragmatismo e o (neo)tecnicismo. In: ANDRADE, Juarez de.; PAIVA, Lauriana G. de (Org.). *As políticas públicas para educação no Brasil contemporâneo*. Juiz de Fora: ed. UFJF, 2011, p. 56-71.

RIZZOTTO, Maria L. F. Focalização em saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio C.F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 221-225.

_____. *O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Tese (doutorado) – Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2010.

_____. *Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS*. São Paulo, SP: Hucitec, 2012.

ROSEN, George. *Da policia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Tradução de Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SANTOS, Aparecida de Fátima Tiradentes. Política educacional para a universidade microondas: gestão universitária, trabalho docente e qualidade da formação humana sob o efeito do "mercado educador". *Revista Gestão Universitária na América Latina - GUAL*, v. 03, p. 01-16, 2010.

SANTOS, L. A. C. O pensamento sanitaria na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados. Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985.

SANTOS, L. A. C; FARIA, L. O ensino da saúde pública no Brasil: Os primeiros tempos no Rio de Janeiro. *Trabalho, Educação e Saúde*. v. 4 n. 2, p. 291-324, 2006.

SHEFFER, M.; BAHIA, L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 96-103, jan./mar. 2013.

SIMÕES BARBOSA, R. H. A 'teoria da práxis': retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 9-26, mar./jun.2010.

SOARES, Laura Tavares. O impacto do ajuste sobre a política social: o desmonte e as propostas de "reforma". In: *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2009, p.71-89.

TEIXEIRA, S.M.F. Evolução e Crise de uma Política Social. *Saúde em Debate*. São Paulo: CEBES, n.9: 21-36. 1980

TEIXEIRA, Carmem F. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do sanitaria. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. v.7, n.13, p.163-6, ago, 2003.

VIEIRA, Tamara R. No coração do Brasil, uma capital saudável – a participação dos médicos e sanitaria na construção de Brasília (1956-1960). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, p.289-312.

VIEIRA, Monica. Recursos Humanos em Saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio C.F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p.343-347.

WOOD, Ellen M. *Democracia contra capitalismo: a renovação do materialismo histórico*. São Paulo: Boitempo, 2003.