



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Doutorado em Saúde Pública

VINÍCIO OLIVEIRA DA SILVA

GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: MÚLTIPLOS OLHARES SOBRE A DOCÊNCIA



Salvador

2019

VINÍCIO OLIVEIRA DA SILVA

**GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL:
MÚLTIPLOS OLHARES SOBRE A DOCÊNCIA**

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

Orientadora: Prof^ª Dr^a Isabela Cardoso de Matos Pinto

Salvador

2019

Ficha Catalográfica
Elaboração: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S586g Silva, Vinício Oliveira da.

Graduação em Saúde Coletiva no Brasil: múltiplos olhares sobre a docência / Vinício Oliveira da Silva. -- Salvador: V.O. Silva, 2019.

147f.

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto.

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

1. Saúde Coletiva. 2. Construção Social da Identidade. 3. Ensino. 4. Educação Superior. I. Título.

CDU 378:614

Imagem da capa: <https://divulgasaudecoletiva.wordpress.com/onde-estudar-saude-coletiva/> (capturado em 10/02/2019).



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

VINÍCIO OLIVEIRA DA SILVA

Graduação em Saúde Coletiva no Brasil: múltiplos olhares sobre a docência.

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

Data de defesa: 26 de fevereiro de 2019.

Banca Examinadora:

Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto - Orientadora - ISC/UFBA

Profa. Liliana Santos – ISC/UFBA

Profa. Carmen Fontes de Souza Teixeira – IHAC/UFBA

Profa. Cristina Maria D'Ávila Teixeira – FACED/UFBA

Prof. Daniel Canavese de Oliveira - UFRGS

**Salvador
2019**

*As histórias que os outros contam
sobre nós e as histórias que nós
mesmos contamos: quais delas se
aproximam mais da verdade?*

Pascal Mercier.

*Sua visão se tornará clara somente
quando você olhar para dentro do seu
coração. Quem olha pra fora, sonha.
Quem olha pra dentro, acorda.*

Carl Jung.

Este trabalho é dedicado à minha Mãe,
Anatilde. Mulher guerreira, forte e de
fé. Exemplo de sabedoria.

AGRADECIMENTOS

À professora, Isabela Pinto, orientadora e amiga. Pelo apoio, confiança, generosidade, estímulo e respeito ao caminho que escolhi, nesses dez anos de convivência, desde minha inserção na graduação em Saúde Coletiva, principalmente nos momentos difíceis e decisivos neste caminhar, muito importantes para a minha formação e trajetória profissional;

À professora e amiga, Carmen Teixeira, pelo acolhimento, carinho e pelas várias contribuições que me forneceu em minha caminhada, trazendo inspiração nos momentos difíceis e decisivos;

À professora e amiga, Liliana Santos, pelas trocas, contribuições, carinho e auxílio, imprescindíveis, ao longo desses dez anos de convivência, desde a graduação em Saúde Coletiva, lá em 2009;

À professora, Cristina D'Ávila, por contribuir com os saberes da área da educação e da pedagogia universitária, fundamentais para o desenvolvimento deste estudo;

À amiga, Catharina Matos, pelas contribuições, parceria e troca de conhecimentos;

À amiga, Rosa Malena, pelo carinho e palavras de incentivo;

À amiga, Leonor Abreu, pela forte influencia e participação em minha trajetória. Exemplo de sabedoria ao longo dos últimos 20 anos;

Ao amigo, Reinaldo e à amiga, Tatá, por terem me acolhido com afeto na reta final da escrita da tese, trazendo força e inspiração.

Ao amigo, Ricardo Lins, pelos momentos de alegrias compartilhadas e incentivos nas horas difíceis;

Ao amigo, Daniel Canavese, pelas trocas e conversas que me apoiaram e incentivaram nos últimos meses;

Ao amigo David Rios, pela convivência, troca de experiências e contribuições;

Ao amigo Adiel Ríos, pelo indispensável apoio e incentivo na reta final;

Aos amigos e funcionários do ISC-UFBA pela boa convivência;

Aos meus amigos e companheiros do grupo de pesquisa “Trabalho e Educação na Saúde” do ISC, pela troca de experiências e estímulos nos momentos de desafios: Mais uma vez, Catharina e Lili, Iracema, Therezinha, Thadeu, Silvana, Ednir e Silvânia;

A todos (as) os (as) professores (as) do ISC-UFBA pelo aprendizado e marcas deixadas em minha identidade e trajetória profissional;

À coordenação e funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do ISC-UFBA, pelo acolhimento e apoio em vários momentos de minha trajetória durante o curso;

Aos professores da graduação em Saúde Coletiva de todo o Brasil, especialmente aos da UFRGS, UFRJ, UFMT, UFAC e UFBA por compartilharem suas experiências e trajetória de vida e profissional, possibilitando a construção deste trabalho;

Aos colegas da Câmara de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR), pela compreensão e apoio nesse momento de transição, que coincidiu com a conclusão da tese, especialmente, à também amiga, Carla Straub, parceira de muitas horas;

Ao universo, aos meus familiares, por tudo até aqui. A cada dia mais comprometido a sair da minha zona de conforto, descer para o mundo e ter uma vida real, com todas as suas delícias e também dissabores...

SILVA, Vinício Oliveira. **Graduação em Saúde Coletiva no Brasil: múltiplos olhares sobre a docência**. 2019. 147 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

RESUMO

Este estudo trata do processo de construção/reconstrução das identidades profissionais dos docentes dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil e suas relações com a formação do sanitarista. Foi realizado um estudo exploratório, de natureza qualitativa, que toma por objeto a identidade dos docentes dos cursos de Graduação em Saúde Coletiva no Brasil, analisada com base na teoria da construção das identidades sociais e profissionais de Claude Dubar. O objetivo geral, portanto é analisar o processo de construção/reconstrução das identidades profissionais dos docentes dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil. Os objetivos específicos incluem: a) caracteriza a formação, a trajetória socioprofissional e a prática dos docentes dos cursos de graduação em Saúde Coletiva; b) analisar a percepção dos docentes sobre os cursos e o campo da Saúde Coletiva; c) discutir a relação entre o processo de construção/reconstrução da identidade profissional dos docentes e a formação dos sanitaristas. A produção dos dados adotou a técnica de entrevistas semiestruturadas, do tipo individual - em profundidade. A análise do material foi realizada partindo da teoria da construção das identidades sociais e profissionais. Os resultados desse estudo evidenciam que, de fato, a implantação dos CGSC, envolveu docentes com diversas formações em Saúde e em Ciências Humanas e Sociais, diversidade característica do campo da Saúde Coletiva, desencadeando um processo de reconstrução da sua identidade profissional que pode se apresentar como uma sequência de formas identitárias ao longo da sua trajetória socioprofissional. Apontando a construção de uma identidade docente, a partir dos processos de socialização, influenciados tanto por fatores profissionais quanto pelas formas típicas de suas trajetórias individuais, de mundos sociais e sistemas de práticas. Espera-se que esses resultados e reflexões possam contribuir para identificação de questões e desafios que precisam ser superados no âmbito da formação em Saúde Coletiva, bem como no debate sobre a constituição deste campo.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Construção Social da Identidade. Ensino. Educação Superior.

SILVA, Vinício Oliveira. **Graduation in Collective Health in Brazil: multiple perspectives on teaching**. 2019. 147 f. Thesis (Doctorate in Public Health) - Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Salvador, 2019.

ABSTRACT

This study deals with the process of construction / reconstruction of the professional identities of the professors of undergraduate courses in Public Health in Brazil and their relationship with the training of the sanitariat. An exploratory study of a qualitative nature was carried out, taking as objective the identity of the professors of the undergraduate courses in Collective Health in Brazil, analyzed based on the theory of the construction of the social and professional identities of Claude Dubar. The general objective, therefore, is to analyze the process of construction / reconstruction of the professional identities of the professors of undergraduate courses in Collective Health in Brazil. The specific objectives include: a) characterize the training, the socio-professional trajectory and the practice of the professors of the graduation courses in Collective Health; b) analyze the perception of the teachers about the courses and the field of Collective Health; c) discuss the relationship between the process of construction / reconstruction of the professional identity of teachers and the training of sanitarians. The production of the data adopted the technique of semi - structured interviews, of the individual type - depth. The analysis of the material was carried out starting from the theory of the construction of the social and professional identities. The results of this study evidenced that, in fact, the CGSC implantation involved teachers with diverse backgrounds in Health and Human and Social Sciences, a characteristic diversity of the field of Collective Health, triggering a process of reconstruction of their professional identity that may present itself as a sequence of identity forms throughout their socio-professional trajectory. Aiming the construction of a teaching identity, from the processes of socialization, influenced by both professional factors and the typical forms of their individual trajectories, social worlds and systems of practices. It is hoped that these results and reflections can contribute to the identification of issues and challenges that need to be overcome in the scope of collective health training, as well as in the debate about the constitution of this field.

Keywords: Collective Health. Social Construction of Identity. Teaching. Education, Higher.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ASCES - Faculdades ASCES (Caruaru, Pernambuco)
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CGSC - Cursos de Graduação na área de Saúde Coletiva
CHS – Ciências Humanas e Sociais
CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP – Coordenação Nacional de Ética em Pesquisa
CSHS – Ciências Sociais e Humanas em Saúde
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EPI - Epidemiologia
FGSC - Fórum de Graduação em Saúde Coletiva
FTC – Faculdade de Tecnologia e Ciências
GSC - Graduação em Saúde Coletiva
IESC – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ISC - Instituto de Saúde Coletiva
LILACS - Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC - Ministério da Educação (Brasil)
ONGs - Organizações Não Governamentais
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PG – Pós-Graduação
PPC – Projeto Pedagógico de Curso
PPP – Projeto Político Pedagógico
PPGS – Política, Planejamento e Gestão em Saúde
REUNI - Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SC - Saúde Coletiva
SCIELO - Scientific Electronic Library Online
SESAB - Secretaria de Estado de Saúde da Bahia

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUCEN – Superintendência de Controle de Endemias
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
UEA - Universidade do Estado do Amazonas
UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana
UERGS - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFAC - Universidade Federal do Acre
UFBA- Universidade Federal da Bahia
UFMT- Universidade Federal do Mato Grosso
UFPE- Universidade Federal de Pernambuco
UFPR- Universidade Federal do Paraná
UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFRR- Universidade Federal de Roraima
UFU - Universidade Federal de Uberlândia
UNB - Universidade de Brasília
UNI - Programa Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde
UNIFESSPA - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
UNILA - Universidade da Integração Latinoamericana
UNIME – União Metropolitana de Educação e Cultura
UPE - Universidade de Pernambuco (Estadual)
USP - Universidade de São Paulo
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução temporal das publicações nacionais sobre docência em saúde no Brasil, até 2017, Brasil, 2018.	34
Gráfico 2 - Distribuição da concentração da produção científica sobre docência em saúde, por regiões, Brasil, 2018.	35
Gráfico 3 - Distribuição da produção científica sobre docência em saúde, segundo Qualis CAPES 2012-2014, Brasil, 2018.	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Campos essenciais da identidade profissional.	46
Figura 2 - Categorias de análise de construção das identidades profissionais.	50
Figura 3 - Distribuição dos cursos de graduação na área da Saúde Coletiva no Brasil, segundo região, estado, instituição e nomenclatura.	52
Figura 4 - Plano de Análise das formas identitárias dos docentes dos cursos de graduação em Saúde Coletiva.	57
Figura 5 - Distribuição dos cursos de graduação na área da Saúde Coletiva selecionados no Brasil, segundo região, estado, instituição e nomenclatura.	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da produção científica sobre docência em saúde, por número de estudos e percentual, segundo categorias analíticas e tipos de estudo, Brasil, 2018.	34
Tabela 2 - Identificação e distribuição territorial e institucional dos cursos de graduação em SC em funcionamento no momento da investigação.	54
Tabela 3 - Cursos selecionados de acordo com os critérios estabelecidos, segundo região, instituição, ano de implantação, ano de formação da primeira turma e nota MEC.	55
Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo região, instituição, área de atuação, gênero, idade e ano de início das atividades nos cursos.	56
Tabela 5 - Dados descritivos gerais e aspectos estruturais dos cursos selecionados, segundo instituição, carga horária, modalidade, turno de funcionamento, periodicidade e oferta de vagas.	62
Tabela 6 - Caracterização geral dos docentes dos CGSC selecionados, por área de atuação, idade, gênero e formação.	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese do perfil do egresso dos cursos de Graduação em Saúde Coletiva selecionados.	61
--	-----------

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	17
1	INTRODUÇÃO	22
2	PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE DOCÊNCIA EM SAÚDE NO BRASIL	30
3	REFERENCIAL TEÓRICO: A CONSTRUÇÃO DAS IDENTIDADES PROFISSIONAIS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA	43
3.1	O CONCEITO DE IDENTIDADE PROFISSIONAL	44
3.2	O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADES PROFISSIONAIS	46
4	METODOLOGIA	51
4.1	PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DOS DADOS	51
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	52
4.3	SELEÇÃO DOS CURSOS	54
4.4	SUJEITOS DO ESTUDO	55
4.5	PLANO DE ANÁLISE	56
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	58
5	RESULTADOS	59
5.1	PANORAMA GERAL DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - CENÁRIOS DA PRÁTICA DOCENTE	60
5.1.1	PERFIL DO EGRESSO	60
5.1.2	ANÁLISE COMPARATIVA DOS CURSOS: SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE OS PROJETOS	62
5.2	CARACTERIZAÇÃO DOS DOCENTES SELECIONADOS	65
5.3	DOCENTES DE EPIDEMIOLOGIA: FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA PROFISIONAL	67
5.4	DOCENTES DE PPGS: FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA PROFISIONAL	70
5.5	DOCENTES DE CSHS: FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL	73
5.6	PERCEPÇÃO DOS DOCENTES SOBRE OS CURSOS DE GSC	75
5.7	PERCEPÇÃO SOBRE A FORMAÇÃO DOCENTE	80
5.8	PERCEPÇÃO DOS DOCENTES SOBRE A PRÁTICA NOS CURSOS	88
5.9	ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS NOS CGSC	95
5.10	PERCEPÇÃO DOS DOCENTES SOBRE O CAMPO DA SC	101
5.11	PERCEPÇÃO DOS DOCENTES SOBRE A RSB	106
6	DISCUSSÃO	110
6.1	A DIVERSIDADE DE PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CGSC	110
6.2	PERFIL, FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA DOS DOCENTES DOS CGSC	112

6.3	A FORMAÇÃO DOCENTE E A PRÁTICA PEDAGÓGICA NOS CGSC	116
6.4	DIVERSIDADE /HETEROGENEIDADE DAS PERCEPÇÕES ACERCA DOS CURSOS E DO CAMPO DA SC E DA RSB	119
7	COMENTÁRIOS FINAIS	125
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
	APÊNDICES	136
	ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

A construção/reconstrução da identidade docente é uma temática importante no momento em que o ensino na Saúde Coletiva (SC) e a formação de sanitaristas passam por transformações e inovações curriculares e metodológicas, na medida em que a prática do professor é um eixo estruturante dos processos formativos de novos sanitaristas em nível de graduação. Trata-se de problematizar um conjunto de saberes e práticas da Saúde Coletiva, relacionados a um contexto amplo, de ordem político-social, ideológica e técnico-científica, processo que exige da prática docente uma formação caracterizada por dimensões complexas que extrapolam o domínio de determinado conteúdo, fazendo-nos refletir não apenas sobre como ensinar, mas o que ensinar, para quem e por quê.

Esses pressupostos compõem a problemática central que orienta este estudo. No entanto, gostaria de destacar que o meu interesse acadêmico pela docência foi amadurecido em minha trajetória ao longo dos últimos dez anos. Nesse sentido, destaco alguns aspectos que foram fundamentais e motivaram o desenvolvimento da tese ora apresentada.

Em 2009, ao ingressar no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), por meio da graduação em Saúde Coletiva, em sua primeira turma, meu campo de interesse foi se constituindo ao perceber a importância da área Trabalho e Educação na Saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS). Com a emergência dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC), diversos fóruns colocavam, nacionalmente, em discussão a multiplicidade de modalidades de formação de sanitaristas no campo da Saúde Coletiva, as quais implicam a constituição da identidade de seus atores.

Considero essa inserção como um importante passo, definidor de minha trajetória. Nesse processo, surgiram então inúmeras inquietações e reflexões em minha caminhada, ao ter optado por cursar Enfermagem e Saúde Coletiva ao mesmo tempo. Sendo assim, enquanto estudante de dois cursos, convivi com diferentes realidades, entre distintos processos formativos.

Vale retomar alguns elementos do meu percurso formativo, os quais antecederam minha inserção na Graduação em Saúde Coletiva (GSC). No período de junho de 2006 a julho de 2010, ao cursar a graduação em Enfermagem, a temática da formação profissional em saúde já despertava meu olhar. No início dessa graduação, aproximei-me de várias áreas da Enfermagem. Participei de diversas atividades, muitas de origem da clínica da enfermagem, mas sentia-me particularmente implicado e feliz com a Saúde Coletiva, principalmente a

partir do 3º semestre, quando comecei a cursar o componente curricular “Introdução à Saúde Coletiva I”.

A partir do momento em que passei a viver essas experiências, refletia então sobre os dois processos de formação pelos quais eu passava, sobre as práticas de ensino-aprendizagem, os conteúdos abordados e até mesmo sobre os processos pedagógicos e perfil dos professores. Foi quando me interessei em estudar a formação do Enfermeiro na perspectiva do SUS, especificamente, a direcionalidade dos conteúdos curriculares do meu próprio curso, que se constituiu como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Dessa experiência foi construído o artigo intitulado “Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios”, publicado na Revista Interface, no ano de 2014.

Contudo, destaco que meu interesse pelas temáticas da identidade profissional no campo da Saúde Coletiva e pela docência nos cursos, como objeto de investigação, foi amadurecido ao longo da Graduação em Saúde Coletiva e, posteriormente, com a inserção no mestrado. Foi no contexto de participação no Centro Acadêmico de Saúde Coletiva, no grupo de pesquisa Trabalho e Educação na Saúde do ISC/UFBA, no GT de Trabalho e Educação na Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em Congressos e Seminários, que se consolidou o meu interesse, notadamente, pela temática da identidade dos sujeitos desse campo, especialmente pela problemática da identidade do “novo sanitaria” formado na graduação.

A partir de então me aprofundei acerca do estado da arte das publicações que tratavam da identidade dos atores desse campo, cujo estudo foi construído e publicado na Revista Interface, no ano de 2013, o segundo artigo sobre a temática, intitulado “Construção da identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil: uma revisão da literatura”. O referido artigo teve como objetivo analisar a produção científica referente à identidade de atores da Saúde Coletiva no Brasil entre 1990 e 2011, cujos resultados foram apresentados em três categorias, a saber: Construção da identidade; Formação profissional e identidade e; Mercado de trabalho e identidade.

A revisão do estado da arte sobre identidade dos atores da Saúde Coletiva permitiu um aprofundamento sobre referenciais teóricos que tratam da questão da identidade profissional, resultando na elaboração do ensaio teórico intitulado “O Sanitaria” como Trabalhador da Saúde no Brasil: uma identidade em transformação” apresentado no Seminário Internacional Brasil-Portugal, realizado em Braga, na Universidade do Minho, com o tema: Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas. Esse trabalho – que teve como objetivo discutir e apresentar os conceitos de identidade profissional e suas relações com o processo de

reconstrução da identidade do sanitarista como trabalhador da saúde no Brasil – posteriormente, no ano de 2014, gerou um capítulo de livro, publicado no E-book Brasil-Portugal: Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas.

Logo após finalizar a graduação em Saúde Coletiva, e ter acumulado alguns questionamentos em torno da minha formação e prática profissional, no ano de 2013 ingressei no mestrado acadêmico em Saúde Coletiva do ISC/UFBA, concluído em março de 2015, sob a orientação da professora Isabela Pinto.

Da primeira aproximação com a literatura sobre a temática, durante a graduação, surgiu meu interesse pela teoria do sociólogo francês, Claude Dubar, o qual se debruçou sobre o estudo da construção das identidades sociais e profissionais, desenvolvendo conceitos que trariam luz para a minha pesquisa de dissertação, durante o mestrado em Saúde Coletiva no ISC, que teve por objeto a construção da identidade profissional dos estudantes e egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil.

Nesse projeto de dissertação dei prosseguimento e ampliei a temática estudada na graduação em Saúde Coletiva. Dessa pesquisa foram produzidos o terceiro e o quarto artigos. O terceiro, intitulado “Identidade do sanitarista no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva”, foi publicado também na Revista Interface no ano de 2018. E o quarto, denominado “Identidade profissional e movimentos de emprego de egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva”, também teve sua publicação durante o doutorado, no ano de 2018, na Revista Saúde em Debate.

O mestrado abriu mais possibilidades de ampliação do olhar científico e acadêmico, pelo qual tive a oportunidade de continuar convivendo com lideranças da Saúde Coletiva, grandes mestres, que fizeram parte da minha formação, dentre os quais destaco a professora Isabela Pinto, uma das pessoas que mais influenciaram em minha trajetória, me acompanhando desde a graduação até o doutorado, e as contribuições da Prof.^a Carmen Teixeira, que foram fundamentais, ao longo das disciplinas do mestrado e do doutorado e em vários momentos desta caminhada.

As experiências e grupos pelos quais passei também muito contribuíram para o amadurecimento do objeto de pesquisa do doutorado. Considero como um grande laboratório o Grupo de Pesquisa Trabalho e Educação na Saúde do ISC/UFBA, coordenado pela professora Isabela Pinto. Nesse espaço, me inseri nas discussões e projetos, compartilhei trocas e obtive muitos aprendizados com os colegas do grupo.

No ano de 2010, ainda durante a graduação em Saúde Coletiva, a convite da Professora Tânia Celeste, passei a integrar o Grupo Temático (GT) de Trabalho e Educação

na Saúde da ABRASCO, com participação ativa nas diversas atividades desenvolvidas nesse âmbito, dentre as quais se destaca minha participação no projeto intitulado “Análise da implantação dos cursos de Graduação em Saúde Coletiva em diferentes regiões do Brasil”, cuja proposta, além de me proporcionar as experiências da pesquisa, possibilitou minha reflexão e o amadurecimento de algumas questões acerca do meu objeto de estudo na Graduação em Saúde Coletiva, no mestrado, e que agora se desdobrou como proposta da presente tese de doutorado.

As vivências em grupos de pesquisa possibilitaram o meu fortalecimento como pesquisador, bem como avançaram no delineamento das minhas disposições para a área de “Trabalho e Educação na Saúde”. Nesse sentido, enfatizo mais um importante projeto no qual me envolvi, no âmbito do grupo de estudos Trabalho e Educação na Saúde do ISC/UFBA, em parceria com o GT Trabalho e Educação na Saúde da ABRASCO. Refiro-me ao mapeamento da produção científica da área, como parte das atividades do Plano Diretor do GT, seguido da elaboração de um catálogo sobre a produção científica da área de Trabalho e da Educação na saúde. Dessa pesquisa suscitaram três publicações, incluindo minha autoria, sendo um artigo publicado na revista *Ciência & Saúde Coletiva* e dois capítulos de livros, além dos trabalhos que foram apresentados em congressos. A minha integração às atividades do GT da ABRASCO permitiu percorrer mais essa dimensão do campo da Saúde Coletiva, o campo político, acrescentando novos desafios e possibilitando o desenvolvimento de novas competências, o que considero um enriquecimento na minha trajetória.

Destaco também as minhas experiências de docência na Saúde Coletiva, as quais trouxeram reflexões sobre a prática docente nesse campo, dentre as quais na atuação como professor substituto, por duas vezes no ISC/UFBA. A primeira, na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PPGS), no ano de 2013, e a segunda, como professor na área de Epidemiologia, no ano de 2017. Posteriormente, em 2018, fui aprovado em concurso público para professor da graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Essas vivências me colocaram em contato com a prática docente, que se constitui como dimensão relevante para o campo da Saúde Coletiva e se configura como um grande desafio da área.

Os estudos desenvolvidos durante a graduação e o mestrado em Saúde Coletiva apontaram lacunas que davam ênfase à problemática de implementação dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil. Dentre elas, está a docência nesses cursos, um elemento de grande importância, considerando-se a diversidade de fatores que implicam a

identidade dos docentes, enquanto sujeitos dos cursos, que se constituem como cenários de prática docente na Saúde Coletiva.

No entendimento de que existem, portanto, a lacuna e a importância de um estudo sobre esse tema, efetuamos uma revisão bibliográfica sobre Docência em Saúde, de modo a caracterizar melhor o “estado da arte”, a partir do qual tratamos de definir a pergunta de investigação e os objetivos, à luz do referencial teórico adotado, que contribuiu para a elaboração da “tese geral da investigação” e iluminou a pesquisa de campo. Essa revisão sistemática da literatura gerou o artigo intitulado “Produção científica sobre docência em saúde no Brasil”, o qual se encontra aprovado para publicação na revista Saúde em Debate e é apresentado como um dos capítulos desta tese.

Nessa perspectiva, este estudo busca se debruçar sobre a tese de que a implantação dos CGSC está atraindo docentes com diversas formações em Saúde e em Ciências Humanas e Sociais (CHS), cuja inserção nos cursos desencadeia um processo de reconstrução da sua identidade profissional que pode se apresentar como uma sequência de formas identitárias ao longo da sua trajetória socioprofissional. Entretanto, este processo, em função da heterogeneidade de projetos e de práticas pedagógicas nos cursos, ainda não resultou na construção de uma visão consensual sobre o que é Saúde Coletiva entre os docentes, aspecto que certamente repercute sobre a formação dos sanitaristas nos cursos de GSC aos quais estão vinculados, o que se expressa na heterogeneidade de projetos e de práticas pedagógicas nos cursos.

Esse movimento de construção de conhecimento demandou não apenas minha ruptura, enquanto pesquisador, com o senso comum, como também o exercício de me distanciar do objeto de pesquisa, com o qual possuí uma forte relação na condição de sujeito dos cursos de graduação em Saúde Coletiva. Foi fundamental substituir minhas impressões sobre o curso de graduação em Saúde Coletiva, que é tão presente e implicado em minha trajetória. Por fim, embora ainda haja outras questões a serem profundadas analiticamente, acredito ter contribuído para a construção do conhecimento sobre o processo de construção/reconstrução das identidades profissionais dos docentes dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil e suas interfaces com o processo de formação dos sanitaristas.

1 INTRODUÇÃO

O campo da Saúde Coletiva vem se constituindo no Brasil a partir da análise e crítica de um conjunto de movimentos de reforma em saúde, que se configuraram ao longo da história, quais sejam, a Polícia Médica, Higiene, Medicina Social, Saúde Pública, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária, Medicina Familiar, Promoção da Saúde, Saúde Coletiva e Nova Saúde Pública (VIEIRA DA SILVA; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2016; VIEIRA-DA-SILVA, 2018). Cabe destacar que estas diferentes denominações não são sinônimas e não podem ser confundidas remetendo a distintos princípios, conceitos e práticas, que expressam o modo como as sociedades identificam os seus problemas de saúde, buscam a sua explicação e se organizam para enfrentá-los (PAIM, 2006).

A emergência desses projetos reflete de um modo geral, o contexto socioeconômico e político-ideológico mais amplo, como também as sucessivas crises que marcam tanto o plano epistemológico como também as práticas de saúde e a formação de recursos humanos, notadamente a partir de meados da década de 50. Nesse particular, o projeto preventivista implicava mudanças na formação médica, contemplando a inclusão, no curso de graduação em medicina, de disciplinas e temas associados à epidemiologia, ciências da conduta, administração de serviços de saúde, bioestatística, procurando, desta forma, criticar a biologização do ensino (NUNES, 1994). Nos anos 70, os movimentos de reforma médica iriam incorporar novas dimensões, dentre as quais a principal ficou conhecida como medicina comunitária ou saúde comunitária, posteriormente alvo de muitas críticas em decorrência de suas limitações como estratégia de ensino (NUNES, 1994; 1996).

Segundo Paim (2006) a Saúde Coletiva latino-americana, em seu desenvolvimento recorreu ao diálogo e à crítica em relação à Medicina Preventiva, Medicina Comunitária e à Medicina da Família, fundamentada em diversos estudos (AROUCA, 1975; DONNÂNGELO, 1976; PAIM, 1986), além de ser fertilizada pela Medicina Social do Século XIX e pela Saúde Pública institucionalizada, seja no âmbito dos serviços, seja na academia. Envolve um conjunto articulado de práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e em instituições de pesquisa vinculadas a diferentes correntes do pensamento resultantes de projetos de reforma em saúde.

Assim, no Brasil, esse movimento aproxima-se da proposta de democratização da saúde, articulando-se com os movimentos sociais, constituindo o “movimento sanitário”. Este

enquanto sujeito coletivo do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB)¹, de natureza mais ampla, inclui além de atores institucionais, sindicatos, entidades de saúde, organizações populares, grupos religiosos, partidos políticos etc. Seus principais sujeitos coletivos são o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), criadas respectivamente em 1976 e 1979, passaram a se estabelecer como espaços de resistência e análise crítica da situação de saúde e das políticas sanitárias (NUNES, 1994). A ABRASCO, especificamente, surgiu como uma entidade, que pudesse congrega os interesses das instituições formadoras, fundamentadas na crítica à saúde pública institucionalizada, assumindo que a formação deve ser orientada por “um processo gerador de análise crítica do setor saúde na realidade social em que se insere; seja potencialmente capaz de influir no campo da docência, pesquisa e prestação de serviços” (ABRASCO, 1982).

Desse modo, a Saúde Coletiva tem sido reconhecida como um campo científico de caráter multi/inter/transdisciplinar, tendo como base um tripé disciplinar composto pela epidemiologia, ciências sociais e humanas em saúde e planejamento e gestão em saúde, e um espaço social², voltado para os problemas de saúde no âmbito populacional, assentado em um triedro composto por *ideologia, saberes e práticas* (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SHRAIBER, 2014). Para Paim (2006), a Saúde Coletiva:

Envolve um conjunto articulado de práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e instituições de pesquisa a diferentes correntes de pensamento resultantes de projetos de reforma em saúde. [...] Assenta-se no tripé de eixos disciplinares: epidemiologia, ciências sociais e planejamento e gestão em saúde, mantendo conexões com disciplinas auxiliares (ciências biológicas, estatística, demografia, geografia, clínica, genética, direito, comunicação etc.) [...]. Trata-se de um campo de saber, âmbito de práticas e área de atuação profissional cujo marco conceitual inicial buscava a recuperação dos princípios da medicina social, ao tempo em que produzia conhecimentos críticos que embasavam movimentos sociais e lutas políticas pela democratização da saúde e da sociedade (p.128).

¹ O Movimento de Reforma Sanitária teve como propósito estabelecer uma reforma social na saúde, incluindo a democratização da sociedade brasileira e a criação de um sistema universal de saúde, bem como a democratização do Estado e seus aparelhos. Representa um movimento de reforma que transcende uma simples reforma setorial, relacionando-se com a vida das pessoas e com a forma de organização da vida social (PAIM, 2008).

² Em muitas publicações, há referência de que a Saúde Coletiva configura um “campo”. No entanto, em recente publicação que examina a Saúde Coletiva, essa qualificação de “campo”, é relativizada, considerando que a Saúde Coletiva, ora denominada como “área”, ora como “espaço social”, aponta em seu desenvolvimento uma tendência para consolidar-se como um campo (VIEIRA DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014). Nesse trabalho, deixaremos essa questão em aberto, utilizando tanto “campo” quanto “espaço”.

A Saúde Coletiva apresenta a peculiaridade de ser construída a partir de uma conjuntura marcada por movimentos sociais, os quais uniam forças em defesa da democratização do Estado e da sociedade, na qual destaca-se o movimento pela democratização da saúde, conhecido como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Esse movimento representou a defesa do direito à saúde, teve como principal conquista o Sistema Único de Saúde (SUS) inerente à luta pela cidadania. Dentre os seus participantes estiveram muitos professores, pesquisadores e estudantes de graduação e pós-graduação envolvidos em atividades de ensino, pesquisa e extensão, estabelecendo articulações entre academia e movimentos sociais (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SHRAIBER, 2013; TEIXEIRA, SOUZA; PAIM, 2013).

A partir da implementação do SUS houve todo um esforço em torno da reconfiguração de novas práticas de saúde na perspectiva de reorientação do modelo de atenção hegemônico médico assistencial privatista e superação da Saúde Pública institucionalizada, tornando-se necessário a redefinição dos processos de formação e qualificação profissional no campo da saúde. Esses processos vêm passando por inovações educacionais através de um conjunto de iniciativas que vivem a tensão entre o lugar da ruptura em direção a novos arranjos, as novas práticas de saúde e as novas interações entre campos de conhecimentos diversos, com sua tradicional ênfase em processos normalizadores e disciplinadores (MOTTA; RIBEIRO, 2013). Os quais:

Crítica ao ensino *flexneriano* e instalação de residências médicas (década de 50); movimento da Medicina Preventiva (década de 60); Saúde Comunitária, ensino em Centros de Saúde e Medicina Familiar (década de 70); Programa de Integração Docente- Assistencial (IDA), I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde e Constituição da República, definindo a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) para ordenar a formação dos recursos humanos em saúde (década de 80); adoção do enfoque *Problem Based Learning* (PBL), implementação do Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa Ensino, Serviço e Comunidade), difusão da *Medicina Baseada em Evidências*, criação da Rede Unida, aprovação da Lei das Diretrizes e Bases (LDB) e o estabelecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (década de 90); e, mais recentemente, a instalação do Promed e do Pró-Saúde, Política de Educação Permanente, estágios de vivência no SUS (VER-SUS), PET-Saúde, Universidade Aberta do SUS (UNASUS), Tele-saúde e graduação em Saúde Coletiva (PAIM; PINTO, 2013, p.14).

Esses esforços empreendidos pelo conjunto de atores que compõem o espaço da Saúde Coletiva Brasileira, tem se preocupado amplamente com a efetivação do SUS e dado importância à necessidade de formar profissionais qualificados para a transformação das

práticas e mobilizados politicamente para a mudança de modelos de atenção, como propõe esse campo (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SHRAIBER, 2013; BOSI; PAIM, 2010).

No âmbito da formação em saúde, desde a criação do SUS, investimentos foram registrados na modalidade pós-graduação *Lato e Stricto Sensu*, onde se observaram vários cursos para a qualificação dos processos de trabalho em saúde e o crescimento dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, respectivamente; e mais recentemente a criação de cursos de graduação em Saúde Coletiva. Esse cenário foi responsável pela expansão, heterogeneidade e diversidade das modalidades de cursos, no âmbito da Saúde Coletiva.

A graduação em Saúde Coletiva é tributária da construção do campo da Saúde Coletiva no Brasil e da sua vinculação à Reforma Sanitária Brasileira e ao SUS, os quais se constituem como base argumentativa para a implantação dos referidos cursos. O seu ensino “envolve a crítica permanente dos sucessivos projetos de redefinição das práticas de saúde surgidas nos países capitalistas, que tem influenciado a reorganização do conhecimento médico e a reformulação de modelos de prestação de serviços de saúde” (BOSI; PAIM, 2010; VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SHRAIBER, 2013).

Esses cursos se configuram como a mais nova iniciativa no campo da formação em Saúde Coletiva, a qual passou por um longo processo de amadurecimento a partir do acúmulo no ensino da Saúde Coletiva em diferentes cursos de graduação na área da saúde e da tradição na pós-graduação *Lato e Stricto Sensu* em várias décadas de redefinição da formação dos profissionais de saúde. Surgiram como uma ideia em função do desenvolvimento da Saúde Coletiva enquanto campo de saberes e práticas, distinto da saúde pública institucionalizada e transformaram-se num projeto que identificava a necessidade de formar novos sujeitos, individuais e coletivos, transformadores, comprometidos com a Reforma Sanitária Brasileira e com a implementação do SUS, a partir de um corpo de conhecimentos e práticas que pudessem ser assimiladas desde a graduação (PAIM; PINTO, 2013; BOSI; PAIM, 2010).

O SUS precisa de um graduado em Saúde Coletiva, com perfil profissional que o qualifique como *um ator estratégico* e com identidade específica não garantida por outras graduações disponíveis. Portanto, longe de se sobrepor aos demais integrantes da equipe de saúde, esse novo ator vem se associar de modo orgânico aos trabalhadores em Saúde Coletiva (BOSI; PAIM, 2009, p.236).

A graduação em Saúde Coletiva, portanto, pretende superar as práticas e identidades profissionais tradicionais da Saúde Pública, apontando com mais clareza para uma formação interdisciplinar, com ênfase nas noções de direito à saúde, cidadania e emancipação dos

sujeitos, sendo o egresso desses cursos um profissional com formação generalista, humanista crítica e reflexiva, qualificado para o exercício das práticas que compõem o campo da Saúde Coletiva, fundamentado nos saberes provenientes da Epidemiologia, da Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. (PAIM; PINTO, 2013).

A criação da graduação em Saúde Coletiva foi pensada por quase duas décadas, sua emergência nos últimos anos, colocou em debate inúmeras questões, dentre as quais, algumas fundamentadas no fato da pós-graduação ser o espaço reconhecido e privilegiado para a formação de sanitaristas e porque muitos dos conteúdos desse campo em construção encontram-se inseridos nos currículos das graduações da área de saúde, especialmente após a institucionalização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, datada do início dos anos 2000 (PAIM; PINTO, 2013). Como se trata de Níveis diferenciados de formação há que se pensar em suas especificidades, as quais geram consequências para o ensino da Saúde Coletiva em diferentes contextos.

Nesse sentido, observa-se que, diferentemente de tantas outras categorias profissionais, na Saúde Coletiva aconteceu o inverso, uma vez que os cursos de Graduação em Saúde Coletiva surgiram após o amadurecimento e acúmulo de conhecimentos nessa área a partir da inserção de componentes curriculares nos cursos de graduação da área de saúde e dos programas de pós-graduação que se expandiram por todo o Brasil (SILVA; PINTO, 2013).

Uma particularidade nesse processo é que a prática docente na Saúde Coletiva se estruturou e amadureceu com especificidades dos programas de pós-graduação *Lato e Stricto Sensu*, os quais privilegiam a formação do pesquisador. Assim, levando em conta que os cursos de graduação em Saúde Coletiva possuem especificidades diferenciadas no que diz respeito à formação de um novo sanitarista, que esteja capacitado a atuar nos serviços e práticas de saúde, na perspectiva de um processo de profissionalização, Bosi e Paim, (2010) apontam a necessidade de “se pensar sobre a formação dos formadores dos novos sanitaristas em nível de graduação, com identidade específica, diferentemente da pós-graduação”.

Nessa perspectiva, cabe registrar que existe relativo consenso de que o lugar da formação para o exercício do magistério superior seria a pós-graduação *Stricto Sensu* (SILVA; PINTO, 2013), considerado espaço privilegiado da formação de docentes, embora constata-se que estes cursos se constituem espaço para a pesquisa e para o aprofundamento dos saberes específicos do campo da saúde, ficando a consolidação dos saberes da prática pedagógica em segundo plano. Assim, não é de se estranhar a tendência dos professores

universitários em construir sua identidade profissional com base na produção científica e nas atividades produtivas que geram mérito acadêmico e que, conseqüentemente, trazem benefícios econômicos e profissionais (ZABALZA, 2004).

Pelo exposto, percebe-se que a construção/reconstrução da identidade docente é uma temática importante no momento em que o ensino na Saúde Coletiva e a formação de sanitaristas passam por transformações e inovações curriculares e metodológicas, na medida em que a prática do professor é um eixo estruturante dos processos formativos de novos sanitaristas em nível de graduação (MOTTA; RIBEIRO, 2013). Trata-se de problematizar um conjunto de saberes e práticas da Saúde Coletiva, relacionados a um contexto amplo, de ordem político-social, ideológica e técnico-científica, processo que exige da prática docente, uma formação caracterizada por dimensões complexas que extrapolam o domínio de determinado conteúdo, fazendo-nos refletir não só como ensinar, mas o que ensinar, para quem e por quê.

Nesse sentido, se torna indispensável refletir sobre o papel dos formadores, ou seja, sobre a formação como uma das dimensões da identidade docente que está implicada com a direcionalidade de sua prática pedagógica, indissociável das práticas de saúde e do processo de trabalho em saúde. Especificamente no que se refere à prática docente na graduação em Saúde Coletiva, este processo se torna um desafio, uma vez que tal prática deve possibilitar a formação de sujeitos capazes de “recompor as práticas de Saúde Coletiva como uma utopia concreta para além do sanitarismo” (PAIM; PINTO, 2013, p.29), ou seja, exigindo o “repensar da *formação* do profissional e a *constituição* dos sujeitos, como uma forma de não repetir a História”, inspirado no “ideal” de ensino na Saúde Coletiva, tal como sintetizado a seguir:

O processo ensino-aprendizagem não é neutro. Representa um momento de apropriação do saber pelo educando e pode ser acionado como prática de mudança ou de manutenção. O conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão de suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la. A participação ativa e criativa do educando e do educador se dá no processo ensino-aprendizagem pressupõe o privilegiamento de uma prática pedagógica fundamentalmente dialógica e antiautoritária, na qual o aluno não se limita a receber conteúdos emitidos pelo professor. Ou seja, tanto o aluno como o professor aproveitam-se do momento para problematizar a realidade, o modelo de pensá-la e o próprio processo de produção-transmissão-apropriação do conhecimento. O ensino da Saúde Coletiva remete a uma concepção ampliada de prática. Nela se incluem a prática técnica, a prática teórica e a prática política, entendidas como dimensões da prática social. Nessa perspectiva, as práticas exercidas pelos alunos e professores tem a se articular com os movimentos das forças sociais. (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SHRAIBER, 2013, p.8).

Nesse contexto, sujeitos e identidades passam a fazer parte da produção discursiva de inúmeros enunciados, tanto no campo da saúde, pelos processos de mudanças nos saberes e práticas, tanto na educação, inscritos de diferentes formas; como na interface da saúde e educação, notadamente por meio das políticas de formação profissional para o SUS. As mudanças em processo nas práticas, nos saberes e na formação refletem na prática docente e fazem com que a identidade desses agentes se constitua conforme o envolvimento, a atuação e o seu papel desempenhado no campo da Saúde Coletiva (MOTTA; RIBEIRO, 2013; SILVA; PINTO, 2013).

Nos últimos anos, a composição do quadro de docentes na Saúde Coletiva vem passando por mudanças. Se por um lado, historicamente, o ensino e a formação em Saúde Coletiva vieram se constituindo por professores, pioneiros da Saúde Coletiva que tiveram ampla participação na Reforma Sanitária Brasileira e na criação do SUS, os quais guardam raízes e identidades vinculadas à esse contexto histórico e singular, por outro, vivemos atualmente uma transição de gerações de docentes desta área, além de novas contratações decorrentes das demandas de implantação dos cursos de Graduação em Saúde Coletiva³, onde uma nova identidade docente pode vir a recompor as práticas de ensino-aprendizagem nas universidades.

Definido, portanto, como tema de investigação a Docência em Saúde Coletiva tratamos de efetuar uma aproximação inicial à literatura científica, a qual evidenciou a existência de poucos trabalhos sobre docência em saúde, em geral, e praticamente nenhum sobre docência em Saúde Coletiva. Um estudo de revisão sistemática da literatura sobre a docência em saúde no Brasil, realizado por Araújo, Batista e Gerab (2011), identificou no total de publicações selecionadas (76) no período de 1997 a 2007 que 43% das publicações eram sobre a docência em enfermagem, 33% sobre a docência em medicina, 9% em odontologia e 9% sobre a docência nas demais profissões da saúde, as quais contemplam o ensino na graduação, a formação docente e métodos de ensino inovadores como temáticas centrais de interesse.

Após esta revisão sobre a temática, outros estudos sobre a docência na saúde foram publicados, os quais: (MARSIGLIA, 2007; COSTA, 2007; RODRIGUES; MENDES

³ Chama à atenção a multiplicidade de denominações dos cursos de GSC, que podem refletir, inclusive distintas concepções acerca deste campo e distintos projetos pedagógicos que condicionam e determinam a prática docente. São exemplos destas denominações Graduação em Saúde Coletiva (UFMT, UFBA, UFRJ, UFAC, UFPR, UFRGS, UFPE, UEA), Análise de Sistemas e Serviços de Saúde (UFMG), Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde (UFRN), Graduação em Saúde Pública (USP), Gestão em Saúde Coletiva (UNB), Administração de Serviços e Sistemas de Saúde (UERGS).

SOBRINHO, 2007; MADEIRA; LIMA, 2007; FREITAS; SEIFFERT, 2007; PIMENTEL ET AL., 2007; COSTA, 2009; RODRIGUES, 2009; CORREA, 2010; BACKES, 2010; CORRAL-MULATO; BUENO; FRANCO, 2010; MACHADO; MACHADO; VIEIRA, 2011; CONTIM; SANNA, 2011; TERRA; SECCO; ROBAZZI, 2011; ABENSUR; TAMOSAUSKAS, 2011; GARCIA; SILVA, 2011; ARAUJO; MELO, 2012; OLIVEIRA; KOIFMAN, 2013; e o estudo de Cardoso et al. (2014). Estudos dessa natureza são ainda mais escassos no âmbito da Saúde Coletiva, a saber: (RIBEIRO; CUNHA, 2010; OLIVEIRA, 2010; CORREA; RIBEIRO, 2013).

Os estudos sobre a graduação em Saúde Coletiva contemplam diversas abordagens, exceto a docência nesse âmbito (CECCIM, 2002; TEIXEIRA, 2003; BOSI; PAIM, 2009; BOSI; PAIM, 2010; BELISÁRIO ET AL., 2013; CASTELLANOS ET AL., 2013; SILVA; PINTO, 2013; PAIM; PINTO, 2013; MOTA; SANTOS, 2013; e SILVA; PINTO, 2014). No que se refere à produção científica sobre a identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil, Silva e Pinto (2013) realizaram uma revisão do estado da arte no período de 1990 a 2011, os quais identificaram que esses estudos são escassos na literatura.

Considerando, portanto, a existência dessa lacuna e a importância de um estudo sobre este tema, efetuamos uma revisão bibliográfica sobre Docência em Saúde, de modo a caracterizar melhor o “estado da arte”, que compõe o próximo capítulo desta tese. A partir desse estudo exploratório definimos como pergunta de investigação: Como se configura o processo de construção/reconstrução das identidades profissionais dos docentes dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil? Este processo vem contribuindo para a construção de uma percepção abrangente do que é a Saúde Coletiva entre os docentes desses cursos? Qual o efeito desse processo na formação dos sanitaristas?

O objetivo geral do estudo foi analisar o processo de construção/reconstrução da identidade profissional dos docentes dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil. Como objetivos específicos: a) Caracterizar a formação, a trajetória socioprofissional e a prática dos docentes dos cursos de GSC; b) Analisar a percepção dos docentes do CGSC sobre os cursos e o campo da SC; c) Discutir a relação entre o processo de construção/reconstrução da identidade profissional dos docentes e a formação dos sanitaristas.

Este estudo busca se debruçar, portanto, sobre a tese de que a implantação dos CGSC está atraindo docentes com diversas formações em Saúde e em Ciências Humanas e Sociais, cuja inserção nos cursos desencadeia um processo de reconstrução da sua identidade profissional que pode se apresentar como uma sequência de formas identitárias ao longo da sua trajetória socioprofissional. Entretanto, este processo, em função da heterogeneidade de

projetos e de práticas pedagógicas nos cursos, ainda não resultou na construção de uma visão consensual sobre o que é Saúde Coletiva entre os docentes, aspecto que certamente repercute sobre a formação dos sanitaristas nos cursos de GSC aos quais estão vinculados.

2 PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE DOCÊNCIA EM SAÚDE NO BRASIL

Nas duas últimas décadas, o ensino em saúde vem passando por transformações decorrentes da busca de modelos de formação que deem conta das necessidades sociais e sejam coerentes com as mudanças no mundo do trabalho e com as políticas de saúde vigentes. Nesse contexto, é visível a inserção de novas tecnologias na produção do conhecimento, que consequentemente revolucionam a disponibilidade e rapidez da informação. Esse cenário leva a refletir sobre a dinâmica do ensino, as práticas pedagógicas, o papel do professor na formação dos profissionais e o perfil adequado à realidade em que estão inseridos (MAIA, 2004; BATISTA; BATISTA, 2005; PIMENTA; ANASTASIOU, 2003).

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da década de 90, ganha destaque a reconfiguração de novas práticas de saúde na perspectiva de reorientação do modelo de atenção hegemônico e superação dos desafios enfrentados pelos modelos de formação e qualificação profissional no campo da saúde. Esses processos vêm passando por inovações educacionais através de um conjunto de iniciativas que vivem a tensão entre o lugar da ruptura em direção a novos arranjos, as novas práticas de saúde e as novas interações entre campos de conhecimentos diversos, com sua tradicional ênfase em processos normalizadores e disciplinadores (MOTTA; RIBEIRO, 2013).

No Brasil, ao longo dos últimos 20 anos, observa-se uma reforma da educação superior aliada a uma política de expansão do ensino, adotando-se os princípios da diversificação e da diferenciação como novo ideário das políticas de ensino superior, bem como a disseminação de instituições voltadas apenas para o ensino, dissociado de pesquisa e extensão. Consequentemente, observa-se o aumento da produção de conhecimento, acompanhada de uma maior exigência na produção do trabalho docente, sobretudo no crescimento de publicações científicas. Portanto, as universidades estão situadas no centro do processo de produção da ciência, tecnologia e inovação, o que têm por consequência a transformação qualitativa do trabalho do professor (SOUZA ET AL., 2017; CATANI ET AL., 2007).

Nesse sentido, as mudanças na formação profissional em saúde exigem diálogo com as propostas pedagógicas e faz necessário que o docente estruture cenários de aprendizagem que

sejam significativos e problematizadores da prática profissional. Esse contexto traz reflexões sobre a relação entre prática e formação docente, se constituindo como importante desafio para o ensino superior em saúde que se desenvolve em um panorama acadêmico marcado pela valorização da pesquisa em detrimento dos saberes pedagógicos (BATISTA, 2005).

Nessa perspectiva, se a universidade e o sistema educacional vêm passando por reformas, com o intuito de dar conta da complexidade que caracteriza a saúde como processo social, a prática docente se caracteriza como potencial para transpor modelos educativos conservadores. No entanto, há que se pensar nas fragilidades impostas ao processo de trabalho docente, o qual tem sido objeto de diversas críticas, que reverberam na formação docente e, sobretudo nos aspectos didático-pedagógicos. Inserem-se aí, as dicotomias no ensino em saúde, apontadas por vários estudos (teoria-prática, saúde-doença, promoção e cura, básico e profissional, ensino e pesquisa) (MAIA, 2004; BATISTA, 2005).

Nesse sentido, a questão da docência em saúde assume grande relevância no debate, problematizando-se em torno dos desafios e das dificuldades que vem enfrentando na mudança necessária aos processos formativos (ABRASCO, 2012). A docência em saúde torna-se uma temática importante no momento em que a formação de novos perfis profissionais passam por transformações e inovações curriculares, considerando, a prática do professor como eixo estruturante, a qual segundo Motta e Ribeiro (MOTTA; RIBEIRO, 2013) é entendida como uma prática social complexa e interdisciplinar que exige competências para a ação.

No que diz respeito à formação docente, de modo geral, a Lei de Diretrizes e Bases Nacionais de 1996 admite que os docentes de nível superior sejam preparados pela pós-graduação *stricto* e *lato sensu*. A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) aponta os mestrados e doutorados acadêmicos como *locus* de formação docente ao assinalar que estes têm o intuito de promover a formação de professores para o ensino superior (FIGUEREDO ET AL., 2017; BARBOSA; VIANA, 2008).

Segundo Ribeiro e Cunha (2010) há uma compreensão de que a qualidade no ensino superior depende da relação de indissociabilidade do ensino com a pesquisa e extensão, todavia, o lugar da formação para o exercício do magistério superior seria a pós-graduação *Stricto Sensu*. Esses autores mencionam que na esfera da pós-graduação, espaço privilegiado da formação de docentes, há relativo privilégio da formação de pesquisadores, uma vez que eles se constituem espaço para a pesquisa e para o aprofundamento dos saberes específicos do campo da saúde, mas a consolidação dos saberes da prática pedagógica fica em segundo plano.

A partir de uma aproximação inicial à literatura científica sobre a docência em saúde enquanto objeto de estudo, poucos trabalhos foram encontrados. Um estudo de revisão sistemática da literatura sobre a docência em saúde no Brasil, realizado por Araújo et al., (2011), identificou no total de publicações selecionadas (76) no período de 1997 a 2007 que 43% das publicações eram sobre a docência em enfermagem, 33% sobre a docência em medicina, 9% em odontologia e 9% sobre a docência nas demais profissões da saúde, as quais contemplam o ensino na graduação, a formação docente e métodos de ensino inovadores como temáticas centrais de interesse. O estudo evidencia a necessidade de compreensão do processo de mudança na área e aponta para a necessidade de diretrizes para a elaboração de um projeto de desenvolvimento docente.

Diante dos pressupostos, torna-se importante colocar em discussão a produção científica sobre docência em saúde no Brasil, situando-se como condição fundamental para identificar as lacunas do conhecimento. Nesse sentido, analisou-se a produção científica sobre docência em saúde no Brasil, visando identificar suas características, os principais temas de investigação e as possíveis lacunas do conhecimento.

Realizou-se um estudo de síntese da produção científica a partir de artigos publicados sobre a temática "Docência em Saúde". Foram considerados estudos nacionais, com texto em qualquer língua, publicados em todo o período até o ano de 2017 no *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs). A escolha por uma revisão da literatura exclusivamente nacional, para o presente estudo, baseia-se no fato de que a docência em saúde no Brasil pode ter recebido forte influência das mudanças ocorridas nas políticas de saúde e consequentemente das exigências das políticas de formação profissional para o SUS, passando a envolver questões específicas do sistema público de saúde, considerando-se, portanto, que sua *práxis* e sua identidade são construídas em um universo sociocultural específico.

Em cada uma das bases (SCIELO e LILACS), foram utilizadas as seguintes palavras de busca: docentes; professores; ensino; docência universitária; formação docente; formação de professores; prática docente; trabalho docente; competências pedagógicas; trajetória docente e, identidade docente, cada uma combinada com a palavra saúde, separadamente, com busca em qualquer parte do texto. Em alguns casos, quando se utilizaram diferentes descritores ou bases de dados, ocorreu duplicidade de publicações, sendo consideradas apenas uma vez.

Após a seleção, procedeu-se à análise das informações de cada estudo, realizando-se leitura interpretativa, sistematização e catalogação, a partir de uma planilha em Excel®

contendo: ano de publicação, identificação do estudo, palavras-chave, instituição, estado, região, revista de publicação, Qualis CAPES, tipo de estudo (ensaios teóricos / artigos de discussão / opinativos; estudos empíricos; revisões da literatura e relatos de experiência), objetivos, metodologia, resultados, análise e conclusões. Para a identificação das informações referentes à instituição, estado e região do país considerou-se o autor principal (primeiro autor do estudo). A classificação das publicações segundo Qualis do periódico baseou-se na Classificação do ano 2014 para área da Saúde Coletiva. Quando não houve classificação para algum periódico neste ano, recorreu-se à classificação no ano de 2013.

Para a análise, recorreu-se aos textos completos dos trabalhos selecionados. Os estudos foram lidos atentamente para se encontrarem pontos de convergência entre os assuntos tratados, sendo extraídas/definidas as seguintes categorias temáticas sobre docência em saúde: Formação docente; Identidade docente; Perfil docente; Prática docente: Saúde docente e Trajetória docente.

Os trabalhos foram analisados considerando o tipo de estudo: ensaios teóricos/artigos de discussão/opinativos; estudos empíricos; revisões da literatura e relatos de experiência. Além disso, foi considerada a metodologia utilizada na produção das informações, especialmente nos desenhos de pesquisa. Procurou-se, ainda, obter uma estimativa do quantitativo de artigos produzidos ano a ano, de acordo com o tema priorizado, sendo esta e outras informações apresentadas em forma de tabelas e gráficos, a fim de facilitar o processo de análise.

A busca de trabalhos sobre a temática em todo o período até o ano 2017 resultou em um total de 8.638 documentos no Lilacs e 4.164 no Scielo, totalizando 12.802 documentos, dos quais foram selecionados 627 para análise preliminar. Após a exclusão das duplicidades e dos trabalhos que não atendiam aos critérios de inclusão deste estudo, foram analisados, na íntegra, 99 estudos. Os anos que tiveram maior concentração de publicações sobre a temática foram 2011 e 2016 com 13,13%, respectivamente e 2017 (11,11%) (Gráfico 1).

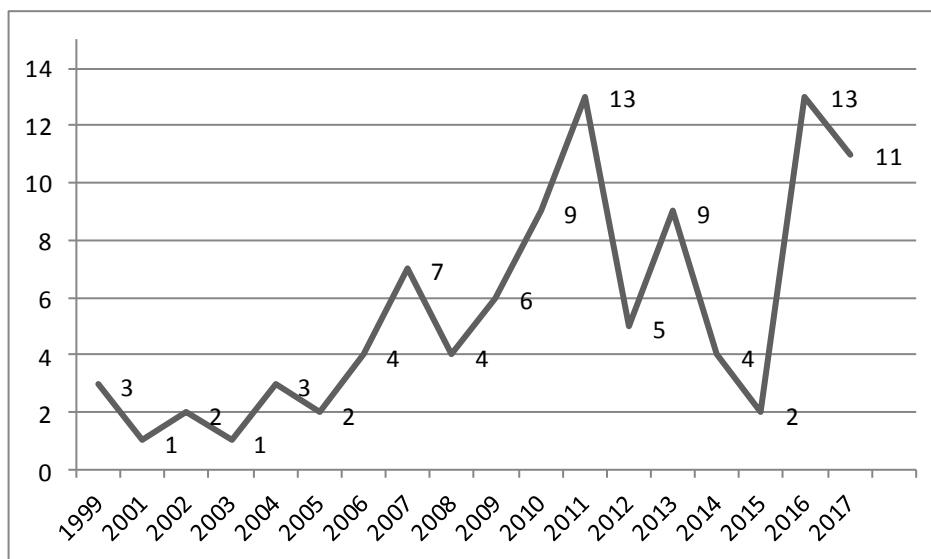


Gráfico 1. Evolução temporal das publicações nacionais sobre docência em saúde no Brasil, até 2017, Brasil, 2018. Fonte: Lilacs; Scielo.

No que se refere às categorias temáticas, houve predominância da Prática docente com (36,3%) dos estudos, seguindo de Formação docente (31,3%), Saúde do docente (18,2%), Perfil docente (10,1%), Trajetória docente (3%) e Identidade docente (1%). A distribuição quantitativa por tipo de estudo demonstra que 71,8% são empíricos, 13% são ensaios teóricos, 10,1% são relatos de experiência e 5% revisão da literatura (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da produção científica sobre docência em saúde, por número de estudos e percentual, segundo categorias analíticas e tipos de estudo, Brasil, 2018.

CATEGORIAS / N (%)		TIPOS DE ESTUDO / N (%)			
		Estudo Empírico	Ensaio Teórico	Revisão da Literatura	Relato de Experiência
Prática docente	36 (36,36)	28 (77,77)	6 (15,78)	-	2 (5,55)
Formação docente	31 (31,31)	16 (51,61)	6 (19,35)	2 (6,45)	7 (22,58)
Perfil docente	10 (10,10)	9 (90)	-	-	1 (10)
Trajetória docente	3 (3,03)	3 (100)	-	-	-
Identidade docente	1 (1,01)	-	1 (100)	-	-
Saúde do docente	18 (18,18)	15 (83,33)	-	3 (16,66)	-
Total	99 (100)	71 (71,71)	13 (13,13)	5 (5,05)	10 (10,10)

Fonte: Lilacs; Scielo.

A região Sudeste foi a que apresentou maior concentração (55,55%), seguida da região Sul (18,18%) e região Nordeste com 17,17%. Esses resultados podem ser justificados por maior concentração de instituições de ensino e pesquisa na região Sudeste (Gráfico 2). Esses achados revelam que a região Sudeste mantém a maior concentração de estudos quando comparados com os resultados do estudo de revisão da literatura de Araújo et al. (2011), o qual analisou a produção científica no período de 1997 a 2007 e identificou que a região Sudeste possui maior concentração dos estudos (67,5%), além da pouca diferença no quantitativo da produção entre as regiões Sul e Nordeste do país.

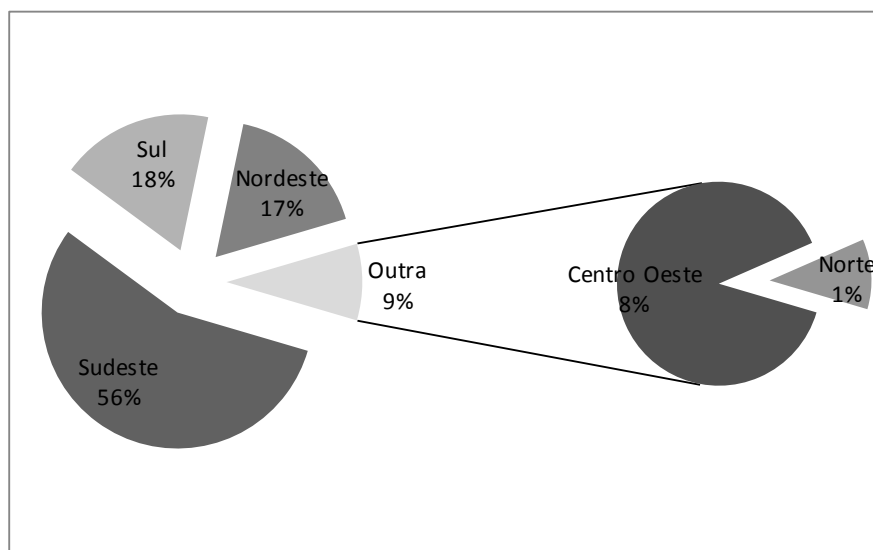


Gráfico 2 - Distribuição da concentração da produção científica sobre docência em saúde, por regiões, Brasil, 2018. Fonte: Lilacs; Scielo.

No que se refere aos estratos Qualis CAPES, a maioria das publicações selecionadas é B1 (35,35%), seguido de B2 (26,26%), B3 (9,09%), B4 (10,10%), B5 (4,04%) e A2 (2,02%). Ressaltam-se aspectos qualitativos dessa produção científica, visto que a maioria dos estudos vem sendo publicada em revistas com índices de qualidade elevados (Gráfico 3).

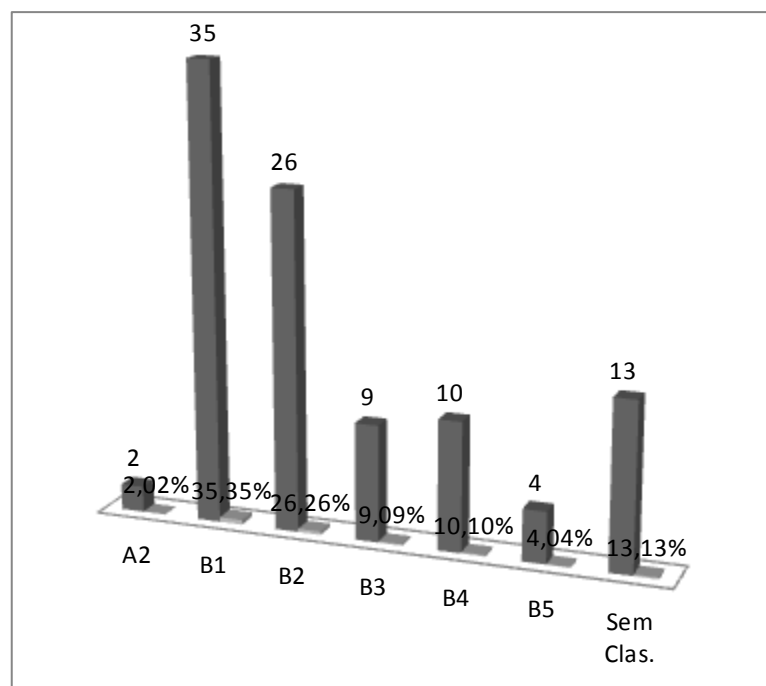


Gráfico 3 – Distribuição da produção científica sobre docência em saúde, segundo Qualis CAPES 2012-2014, Brasil, 2018. Fonte: Lilacs; Scielo.

Categorias analíticas

Prática docente

Composta por 36 trabalhos, publicados no período entre 2004 e 2017, as publicações sobre prática docente são em sua maioria de natureza empírica (77,77%), seguidos por manuscritos teóricos (16,66%) e relatos de experiências (5,55%). No que se referem à distribuição geográfica, os estudos são oriundos de diferentes regiões do país: Sudeste (44,44%), Sul (22,22%), Nordeste (22,22%) e Centro-Oeste (11,11%), publicados em revistas científicas com Qualis que variam entre B5 a A2.

Esta categoria engloba trabalhos com as seguintes abordagens: gestão da docência; Concepções, características e propostas do trabalho docente; Trabalho em equipe entre docentes; Prática docente em cursos específicos; Percepções sobre a parceria ensino-serviço; Concepções sobre a prática pedagógica; Inovação na prática pedagógica; Avaliação da prática docente; Metodologia do ensino-aprendizagem; Desafios da prática docente.

Os artigos selecionados possuem os objetivos mais variados, a saber: analisar questões relativas à gestão coletiva da atividade docente; investigar os saberes docentes que alicerçam a prática pedagógica dos professores; compreender as concepções dos docentes sobre cuidado

integral em saúde e sobre o ensino de graduação extramuros, dentre outros. As metodologias utilizadas são em sua maioria qualitativas, envolvendo aplicação de questionários e entrevistas semiestruturadas.

Quando analisados os estudos sobre prática docente por área profissional, identifica-se que dos 36 estudos, 14 deles (38,88%) são na área de enfermagem, seguida de medicina com 4 estudos (11,11%), odontologia com 3 (8,33%) e, fonoaudiologia e educação física, ambas com 2,77% cada. Esses estudos trazem, de modo geral, a problemática das demandas sociais e os feitos produzidos pelas novas diretrizes curriculares dos cursos de saúde que colocam desafios à prática docente nas instituições de educação superior. Nesse sentido, os princípios do SUS e as políticas de saúde são apontadas nos estudos como norteadores dos processos de mudanças, na formação profissional em saúde (MADEIRA; LIMA, 2007; FREITAS ET AL., 2016; ANDRADE ET AL., 2015; GUIMARAES; VIANA, 2012; PEREIRA; CHAOUCHA, 2010; DINIZ; AVELAR, 2009; FORTE ET AL., 2012; TURINI; ALMEIDA, 2002; PONTES ET AL., 2006; MOURA; ARCE 2016; MACHADO, 2017). Já o estudo de Rozendo (1999) busca caracterizar as práticas docentes - a nível de planejamento, execução e avaliação de atividades e de ensino-aprendizagem - utilizadas por professores dos cursos de Odontologia, Medicina, Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Nutrição, Serviço Social e Medicina Veterinária, no Brasil. O destaque para o maior quantitativo de trabalhos publicados sobre docência na área de Enfermagem também foi revelado pelo estudo de Araújo et al. (2011), no qual a Enfermagem apareceu com 43,42% do total de publicações analisadas, no período de 1997 a 2007.

Nessa perspectiva, são colocados os desafios para a integração ensino-serviço e a adoção de novas abordagens metodológicas e de ensino-aprendizagem estimuladas pelo Programa de Reorientação da Formação dos Profissionais em Saúde (Pró-Saúde) (FORTE, 2012). Esses desafios evidenciam as fragilidades da formação docente no Brasil, dentre as quais o pouco preparo pedagógico do docente, diante das exigências da educação contemporânea que por sua vez possui relação direta com as transformações no mundo do trabalho em saúde.

Os estudos classificados na categoria prática docente são, em sua maioria, de abordagem qualitativa. O estudo de Araújo et al. (2008) discute acerca das abordagens pedagógicas propostas na classificação de Libâneo e sua utilização no processo de formação de força de trabalho na enfermagem. Utilizando categorias relacionadas ao modelo de Meleis, o estudo de Diniz e Avelar (2009) discute princípios e práxis dos docentes ante uma atitude crítico-reflexiva voltada ao processo de ensino. A teoria da comunicação de Habermas

também é utilizada por Ribeiro (1999) como referência para um trabalho sobre currículo e docência, o qual oferece como resultados indicadores metodológicos que permitem transformar a prática docente em um processo permanente de construção do conhecimento. Para Pereira e Chaoucha (2010), as práticas pedagógicas precisam ocupar um novo lugar no ensino superior, que ainda está muito voltado à valorização e produção de conhecimentos.

Os estudos concluem que há fragilidade na apropriação teórica e pedagógica que possam efetivar mudanças no processo ensino-aprendizagem e apontam para a necessidade de rever tanto a formação quanto a atualização didático-pedagógica do professor universitário para que se possa buscar uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva no campo da saúde. Dentre as fragilidades, destacam-se a desvalorização das atividades de ensino e a supervalorização da pesquisa e produção científica, a falta de uma identidade profissional docente e a resistência a mudanças e incorporação de inovações pedagógicas, sinalizando pontos de conflito em relação a paradigmas que se articulam diretamente a questões curriculares e político-estruturais.

Alguns estudos evidenciam que na prática docente há predominância da educação “bancária”, segundo aspectos conceituais de Paulo Freire, caracterizando-se pela ênfase no tradicionalismo, na transmissão do conhecimento, excesso de carga horária com integração curricular (FREITAS ET AL., 2016; ROZENDO ET AL., 1999; COSTA, 2000; SECCO; PEREIRA, 2004).

Formação docente

Esta categoria é composta por 31 trabalhos, publicados entre os anos de 2004 e 2017, em revistas que vão do Qualis B5 a A2. Os estudos são majoritariamente do tipo empírico (51,61%), seguido pelos relatos de experiências (22,58%), os trabalhos teóricos (19,35%) e as revisões de literatura (6,45%). Os artigos são provenientes em sua maioria do Estado de São Paulo (48,38%).

Os trabalhos selecionados podem ser sistematizados nas seguintes subcategorias: Formação pedagógica na pós-graduação (FIGUEREDO ET AL., 2017; FREITAS; SEIFFERT, 2007; PONCE ET AL., 2006; CORRÊA; RIBEIRO, 2013; ABENSUR ET AL., 2016); Estágio em docência (SINIAK ET AL., 2013; TOMAZ ET AL., 2014; MIELKE; OLSCHOWSKY, 2009; PINHO; SANTOS, 2006); Formação pedagógica do Enfermeiro docente (PIMENTEL ET AL., 2007; RODRIGUES; MENDES SOBRINHO, 2007; MAFTUM; ALENCASTRE, 2008; BARBOSA; VIANA, 2008; BACKES ET AL., 2017);

Formação pedagógica do Nutricionista docente (COSTA, 2009; CARDOSO ET AL., 2014); Formação pedagógica do Odontólogo docente (SECCO; PEREIRA, 2004; BALTAZER ET AL., 2010); Formação pedagógica do fonoaudiólogo docente (NARDI ET AL., 2012); Formação docente em EAD (RUIZ MORENO ET AL., 2013; PAIM; GUIMARAES, 2009; MEZZARI, 2011; RUIZ-MORENO; SONZOGNO, 2011); Tecnologia Educacional na formação docente; Tecnologia da Informação e Comunicação na formação docente (ABENSUR ET AL., 2011); Avaliação da formação docente (BOMFIM ET AL., 2014). No conjunto de 31 estudos sobre formação docente, quando analisados por área profissional, identifica-se que, 29,03% são na área de enfermagem, seguida de nutrição e odontologia, ambas com (6,45%) cada e fonoaudiologia com 1 (um) estudo (3,22%).

Os estudos dessa categoria possuem objetivos diversos, que vão desde a reflexão sobre o processo de formação docente, as concepções e as práticas sobre aspectos didático-pedagógicos de pós-graduando, de forma ampla, até a análise da formação pedagógica para a docência na graduação na área da saúde.

Em sua maioria, de abordagem qualitativa, os estudos não deixam claro em suas respectivas metodologias quais referenciais teóricos conceituais foram utilizados, revelando a pouca importância dada aos referenciais do campo da educação, os quais poderiam trazer possibilidades de problematização das lacunas existentes na formação docente que, conseqüentemente, refletem na prática pedagógica. A teoria dos campos de Pierre Bourdieu e a teoria do currículo de Tomaz Tadeu da Silva foram utilizadas por Corrêa e Ribeiro (2013) para analisar a formação docente na pós-graduação em Saúde Coletiva.

É possível identificar que a pós-graduação não toma a questão da formação pedagógica como objeto de interesse. Segundo Corrêa e Ribeiro (2013), em seu estudo sobre a relevância e a necessidade da formação pedagógica do professor universitário no espaço da Saúde Coletiva, verificou-se que os mestrados e doutorados apresentam uma tendência de formação técnica-instrumental. Esses achados corroboram com os resultados da pesquisa de Figueredo et al. (2017), a qual analisou a formação didático-pedagógica na pós-graduação stricto sensu em Ciências da Saúde nas Universidades Federais do Nordeste do Brasil e constatou que a distribuição dos componentes curriculares que correspondem à formação didático-pedagógica se apresentou de forma optativa em detrimento das obrigatórias, além disso, desvinculadas da discussão entre teoria, epistemologia da educação e prática docente, mostrando-se insuficientes nos currículos da pós-graduação. Para Batista (2005: 290-291):

Os contextos em que se desenvolvem as propostas de formação didático-pedagógica na área da saúde contêm singularidades que devem ser

compreendidas e discutidas: o domínio do conteúdo e o sucesso da prática profissional são, comumente, considerados suficientes para o exercício da docência; a valorização da formação docente no contexto da pós-graduação brasileira é posta em segundo plano em relação à formação do pesquisador; há uma certa desarticulação entre as áreas da saúde e da educação na sociedade em geral e, particularmente, no espaço acadêmico, alimentando uma disputa em torno da responsabilidade de formar o professor.

Ainda, é possível verificar que: a educação permanente do processo de formação docente parece ser uma demanda crescente; o estágio de docência na formação da pós-graduação é relevante na formação dos futuros docentes; há necessidade de se desenvolver uma cultura de valorização do ensino na universidade e na pós-graduação. A complexidade da prática pedagógica deve ser assumida em todas as suas dimensões, reconhecendo a docência como uma prática que exige formação específica, caracterizada por elementos complexos que vão além do domínio de determinado conteúdo, não a reduzindo somente à instrumentação técnica, mas, fundamentalmente, uma reflexão crítica sobre esta prática e a realidade em que se processa.

Nesta perspectiva, os estudos apontam para a necessidade de um projeto de desenvolvimento docente na área da saúde. Segundo Batista (2005), o desenvolvimento docente é uma temática de grande importância no momento em que a graduação dos cursos da área da saúde passa por transformações curriculares e metodológicas, incluindo a integração curricular, currículo centrado na comunidade, a implementação de inovações educacionais, aprendizagem baseada em problemas, dentre outras que tem sido implementadas e avaliadas.

Perfil, trajetória e identidade docente

Composta por 10 artigos, a categoria perfil docente apresenta trabalhos em sua maioria do Estado de São Paulo (50%), seguidos por Bahia, Minas Gerais, Alagoas, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, com 10% cada estado. Publicados em revistas com o Qualis que vão do B3 ao B1, os artigos são em sua maioria empíricos (90%). Há ainda um relato de experiência (10%).

As metodologias adotadas são qualitativas, envolvendo métodos descritivos, exploratórios, analíticos, ou típicos da pesquisa-ação. Destaca-se nessa categoria a quantidade de artigos destinados a analisar o perfil dos docentes de enfermagem (3) (BACKES ET AL., 2010; CONTIM; SANNA, 2011; TERRA ET AL., 2011), apesar da maioria dos estudos se dedicarem a analisar o perfil geral dos docentes da área da saúde. De modo geral, os estudos

apontam para a necessidade de formação de um perfil docente, que possa dar conta das exigências impostas pela educação do profissional de saúde na contemporaneidade, sem perder de vista as necessidades sociais e as transformações no mundo do trabalho.

Já a categoria trajetória docente é composta por três trabalhos (RIBEIRO; CUNHA, 2010; BULCÃO; SAYD, 2003; SILVA; OLIVER, 2017), provenientes de Universidades Públicas Estaduais e Federais. Os estudos foram publicados em 2003 (UERJ), 2010 (UEFS) e 2017 (UFSCAR), nas revistas *Physis* e *Interface*, ambas com Qualis B1. Entre as fundamentações teóricas dos trabalhos destacamos as contribuições de Bourdieu, Sousa Santos, Anastasiou, e Pimenta nos trabalhos.

De natureza empírica, os três trabalhos possuem objetos de estudo distintos, mas objetivos semelhantes. Ribeiro (2010) busca analisar as representações de docência e formação pedagógica presentes no Projeto Político-Pedagógico de um Curso de Mestrado em Saúde Coletiva. Os referenciais de Bourdieu, Sousa Santos, Anastasiou, Pimenta, Cunha e Lucarelli deram a principal sustentação teórica ao estudo, o qual aponta que, mesmo tendo a docência como expectativa de ação profissional, pouco encontra nas propostas curriculares essa dimensão, havendo discrepância entre as suas motivações e a proposta de formação, o que pode indicar a fragilidade do campo científico da educação e da pedagogia universitária nesse contexto.

O estudo de Bulcão (2003) utilizou o referencial da sociologia das profissões com o objetivo de conhecer o professor médico, no que diz respeito a seus valores e comportamentos profissionais. Já o estudo de Silva (2017) teve como objetivo analisar a trajetória docente e a formação de terapeutas ocupacionais para Atenção Primária à Saúde (APS) no estado de São Paulo.

A categoria identidade docente é composta por um trabalho, realizado por pesquisadores da Universidade Federal Fluminense (OLIVEIRA; KOIFMAN, 2013), publicado na revista *Interface*, com Qualis B1. Trata-se de um estudo teórico, que buscou analisar as relações dos saberes que criam a identidade dos docentes da área da saúde, bem como valorizar o entendimento das relações e posicionamentos sociais que imprimem marcas, no exercício da docência, como elementos que contribuem ou não para a efetivação das propostas de transformação dos processos de formação em saúde em curso, a partir dos condicionantes éticos e políticos do Sistema Único de Saúde.

Saúde do docente

Chama atenção o número de artigos encontrados nessa categoria. Foram 18 artigos, publicados entre 2007 e 2017, sendo os anos de 2016 e 2017 os com maior quantidade de publicação, respectivamente 27,77% cada. Os trabalhos são provenientes das regiões Sudeste (61,11%), Sul (16,66%) e Centro-Oeste com 11,11%, tendo sido publicados em revistas com o Qualis entre B4 e B1.

Todos os artigos selecionados e pertencentes a esta categoria são do tipo empírico, e em sua maioria buscam identificar e analisar entre docentes, da área da saúde, os momentos de insatisfação, desgaste psíquico, ou outros indicadores que são relevantes no estudo da saúde mental. Utilizou-se para a coleta de dados questionários, protocolos como o MBI (Maslach Burnout Inventory), Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp, Questionário sobre percepção do próprio stress, dentre outros. Observou-se que o quantitativo de trabalhos sobre a saúde do docente enfermeiro (7) corresponde a aproximadamente 39% dos estudos classificados nesta categoria (CORRAL-MULATO ET AL., 2010; SANTOS ET AL., 2010; CARBOGIM; GOLÇALVES, 2007; SOARES ET AL., 2011; TERRA ET AL., 2013; BARLEM; LUNARDI, 2016; D'OLIVEIRA ET AL., 2017).

Os estudos selecionados apontam que os principais fatores que afetam a saúde mental são questões éticas, excesso de atividades da carreira acadêmica e dificuldades no ambiente de trabalho. As esferas pessoais, sociais e institucionais devem atuar conjuntamente para atender as complexas necessidades desse profissional (GOMES ET AL., 2017; LEITE; NOGUEIRA, 2017; SOUZA ET AL., 2017). Os estudos reafirmam que a sobrecarga de trabalho do professor é recorrente, reduzindo assim a disponibilidade de tempo para atividades de interesse pessoal, o que afeta sua qualidade de vida. Além disso, confirmou-se o imperativo da resistência coletiva organizada de maneira a se modificar o quadro de precarização do trabalho do professor.

Souza et al. (2017) analisou em seu estudo a nova organização do trabalho dos professores universitários e sua relação com a saúde desses profissionais, partindo-se do pressuposto que a precarização do trabalho nas universidades públicas vem gerando repercussões na saúde dos docentes da educação superior. Somam-se a esse contexto, as fortes pressões organizacionais tendo como consequência a intensificação do trabalho e o aumento da exigência de produtividade acadêmica.

Por sua vez, o estudo de Silvério et al. (2010) sobre ensino na área da saúde e sua repercussão na qualidade de vida docente revela que diferentes fatores promovem ou limitam

a qualidade de vida do docente, os quais estão relacionados à dinâmica das diversas interações pessoais desenvolvidas nos contextos dos processos de ensino-aprendizagem, especialmente naqueles onde há atividades que envolvem os serviços de saúde e a população.

Esta revisão sistemática possibilitou o acompanhamento da tendência da produção científica sobre docência em saúde no Brasil. Nesse sentido, foi possível identificar as categorias temáticas com maior número de estudos, as que despontaram com número significativo de trabalhos e aquelas que apontam a necessidade de aprofundamentos em questões que se constituem em lacunas de conhecimento. Enquanto categorias como, Prática docente e formação docente, praticamente dividem a totalidade dos trabalhos produzidos, seguida da categoria Saúde do docente, os grupos, Perfil docente, Trajetória docente e Identidade docente apresentam número reduzido de publicações. Os estudos revelam a complexidade da prática pedagógica e reafirmam a necessidade da formação docente no campo da saúde.

O debate sobre docência universitária e a necessidade de introduzir novas metodologias de aprendizagem vem desafiando pesquisadores, educadores e instituições para formulação e implementação de ações concretas que promovam mudanças na formação dos perfis profissionais que favoreçam as transformações das práticas e nas relações das equipes e trabalhadores de saúde.

O investimento em temáticas que envolvam a formação dos trabalhadores do SUS em muito contribuirão para a organização das políticas e práticas de educação no setor saúde, ampliando formatos e conteúdos que abriguem as novas interrelações que favorecem os perfis necessários à atualidade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para subsidiar a análise, optou-se pelo referencial teórico metodológico ancorado na teoria da construção das identidades sociais e profissionais de Claude Dubar⁴, que se debruçou no estudo de configurações identitárias para compreender como estas se constituem, se reproduzem e se transformam.

No processo de busca por um olhar que nos parecesse coerente com nosso objeto de estudo e que possa dar conta de discutirmos o problema de pesquisa que enunciamos, nos deparamos com autores de diversos campos de estudos. Ao tempo que fomos conhecendo

⁴ Claude Dubar foi professor de sociologia na Universidade de Versailles Saint Quentin e diretor do Laboratório Printemps [profissões-Instituições-Temporalidade], associado do Centro Nacional de Pesquisa Científica. Publicou *Analysier lês entretiens biographiques*, *Sociologie dès professions* e *La Crise des identités*.

melhor nosso objeto, identificamos alguns elementos que nos ajudaram a escolher o referencial teórico metodológico, e consequentemente os autores para o desenvolvimento da pesquisa. Entre esses elementos, podemos considerar as especificidades e características do campo da Saúde Coletiva e a diversidade de aspectos discursivos envolvendo a docência nesse campo. Por isso, escolhemos trabalhar com as ideias de Dubar, o qual apresenta um pensamento capaz de dar conta dos objetivos e da problemática do tema em foco.

Enquanto sociólogo francês, que analisa a evolução das identidades profissionais e a socialização das carreiras, com base em teóricos da sociologia das profissões, Dubar situa-se na interconexão entre sociologia das profissões e sociologia do trabalho. Suas pesquisas buscam relacionar “trajetórias subjetivas” com “mundos vividos”, organizados em torno de categorias específicas e oriundas da análise de relatos biográficos, propondo a noção de “formas identitárias”, as quais se configuram nas relações sociais e de trabalho, compreendendo-as como interação entre os atores e a sua trajetória pessoal e social.

Os estudos deste autor, realizados por décadas, elucidam os processos de socialização pelos quais as identidades profissionais se constroem e se reconstroem ao longo da vida, o que nos permite analisar o processo de construção da identidade profissional docente na Saúde Coletiva, como essas formas identitárias se constituem, como se articulam frente às mudanças que o campo atravessa atualmente no Brasil, sobretudo com a chegada da Graduação em Saúde Coletiva em um cenário contemporâneo tão diverso. Buscar elementos de compreensão da trajetória, da formação e da prática docente, certamente contribuirá ao esclarecimento dos agentes intervenientes no processo de socialização e nas dinâmicas identitárias da docência na Saúde Coletiva, então começemos a vislumbrar os pontos de contato entre os pensamentos nos quais nos baseamos.

3.1 O conceito de identidade

A teoria social tem colocado a questão da identidade em suas pautas de discussão e apontado que o conceito de identidade na literatura científica é diverso, configurando-se em um conceito dinâmico, o qual não corresponde a uma ideia de uma identidade única e integral. Para Dubar (2005), identidade pode ser compreendida como algo múltiplo, coletivo e não como uma realização individual. Caracteriza-se, portanto, como um processo de mudança pela qual os papéis vão adquirindo contornos, de acordo com os contextos sociais. É, por conseguinte, produto de sucessivas socializações, permanentemente reconstruída para o próprio indivíduo ao longo do tempo.

O termo “identidade” tem ganhado destaque nas Ciências Sociais, a qual engloba dificuldades de inserção profissional, aumento das exclusões sociais, desconforto diante das transformações no mundo do trabalho, desarmonia entre as categorias que servem para se definir e definir os outros. A identidade humana é construída desde a infância e, a partir de então, é reconstruída ao longo da vida e depende tanto do juízo dos outros, quanto de suas próprias orientações e autodefinições (DUBAR, 2005).

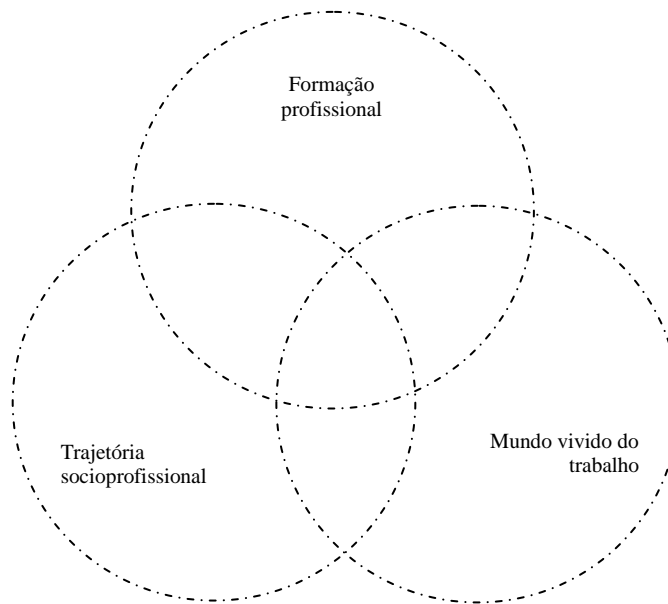
Segundo Dubar e Triper (1998), “os processos de construção de identidades são influenciados tanto por fatores profissionais quanto pelas formas típicas de trajetórias individuais e de mundos sociais, sistemas de crenças e de práticas, *habitus*⁵ e projetos de vida”. Tais identidades são as formas socialmente construídas pelos indivíduos de se reconhecerem uns aos outros no campo do trabalho e do emprego. É estabelecida pela socialização, a qual revela o sentimento de pertencer a determinado grupo, assumindo suas atitudes e valores que guiam as condutas.

O processo de socialização não limita-se à incorporação de um *habitus*. É definido como “construção de um mundo vivido”. Torna-se um processo de construção, desconstrução e reconstrução de identidades ligadas às diversas esferas de atividades, principalmente profissional, que cada um encontra durante sua vida e das quais deve aprender a tornar-se ator, portanto produz identidades que não se reduzem a *habitus* de classe. Ao *habitus* – um dos conceitos mais populares do sociólogo francês Pierre Bourdieu – se atribui com frequência um caráter mecânico e inescapável de produtor da reprodução social (DUBAR, 2005, p. XVII-XVIII).

Tal como propõe Dubar (2005), “as identidades resultam, pois, do encontro entre trajetórias socialmente condicionadas e campos socialmente estruturados”. É na interseção de três campos que se define a identidade profissional, os quais: o “mundo vivido do **trabalho**” (aspas do autor), a **trajetória** socioprofissional e principalmente os movimentos de **emprego**, e a relação dos profissionais com a **formação** e, em especial, a maneira como aprenderam o trabalho que realizam ou realizarão (Figura 1).

⁵Bourdieu define *habitus* como “sistemas de disposições duradouras e transponíveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípios geradores e organizadores de práticas e de representações” (1980, p.88).

Figura 1: Campos essenciais da identidade profissional



Fonte: Adaptado de Dubar (2005).

A identidade é “o resultado a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições”. A socialização é, enfim:

[...] um processo de identificação, de construção de **identidade**, ou seja, de pertencimento e de relação. Socializar-se é assumir seu pertencimento a grupos (de pertencimento ou de referência), ou seja, assumir pessoalmente suas atitudes, a ponto de elas guiarem amplamente sua conduta sem que a própria pessoa se dê conta disso [...] (DUBAR, 2005, p.24).

Tais concepções produzem reflexões e reforçam a pertinência de argumentos sobre a identidade dos docentes da graduação em Saúde Coletiva, suas especificidades, diferenças, trajetória, formação, prática e, até mesmo sobre o fazer em Saúde Coletiva.

3.2 O processo de construção das identidades profissionais

Há uma necessária articulação entre dois eixos para compreender como se dá a construção das identidades sociais e profissionais, considerando uma transversalidade com os três campos apresentados anteriormente: o eixo biográfico e o relacional - os quais possuem

categorias que são heterogêneas, inseparáveis, complementares ou contraditórias. O primeiro pode ser definido como uma construção no tempo, pelos indivíduos, a partir das categorias oferecidas pelas instituições sucessivas (família, escola, mercado de trabalho etc.) e consideradas acessíveis e valorizadoras, no qual ocorre uma transação “subjativa” entre: a) identidades herdadas; b) identidades visadas. Quanto ao eixo relacional, este diz respeito ao reconhecimento, em um momento dado e no interior de um espaço determinado de legitimação, das identidades associadas aos saberes, competências e imagens de si propostos e expressos pelos indivíduos nos sistemas de ação, no qual ocorre uma transação “objetiva” entre: a) identidades atribuídas/propostas; b) identidades assumidas/incorporadas. Essa articulação representa a projeção do espaço-tempo identitário de uma geração confrontada com as outras em sua trajetória biográfica e em seu desenvolvimento espacial (DUBAR, 2005). “As formas sociais dessa articulação constituem-se também como matriz das categorias que estruturam o espaço das posições sociais (alto/baixo, mas também no/fora do emprego) e a temporalidade das trajetórias sociais (estabilidade/mobilidade, mas também continuidade/ruptura)” (DUBAR, 2005, p.156).

Sobre o processo identitário relacional, Dubar destaca que:

[...] o investimento privilegiado em um espaço de reconhecimento identitário depende estreitamente da natureza das relações de poder nesse espaço e da posição que nele ocupam o indivíduo e seu grupo de pertencimento [...]. A transação objetiva entre os indivíduos e as instituições é essencialmente a que se organiza em torno do reconhecimento ou do não reconhecimento das competências, dos saberes e das imagens de si que constituem os núcleos das identidades reivindicadas (DUBAR, 2005, p.155).

Apesar de esses dois eixos concorrerem para a produção de identidades serem heterogêneas, não deixam de utilizar um mecanismo comum que se refere a esquemas de tipificação implicando a existência de tipos identitários, ou seja “de um número limitado de modelos socialmente significativos para realizar combinações coerentes de identificações fragmentárias”.

A transação subjativa depende das relações entre os sujeitos implicados com um determinado contexto de ação, sendo constitutiva da transação objetiva. A relação entre as identidades herdadas, aceitas ou recusadas pelos indivíduos, e as identidades visadas, em continuidade às identidades precedentes ou em ruptura com elas, depende dos modos de reconhecimento pelas instituições legítimas e por seus agentes que estão em relação direta com os sujeitos envolvidos. As identidades podem ser analisadas, tanto em termos de

continuidade entre identidade herdada e identidade visada quanto de ruptura implicando conversões subjetivas. Pode ser traduzida tanto por acordos quanto por desacordos entre identidade “virtual”, proposta ou imposta por outrem, e identidade “real”, interiorizada ou projetada pelo indivíduo. Portanto essa abordagem supõe uma necessária articulação entre as duas transações (DUBAR, 2005).

A partir das categorias de análise de construção das identidades sociais e profissionais é possível identificar a interface entre dois processos, denominados: “atributo” e “pertencimento”. Os atos de atribuição - parte do eixo relacional - definem-se como a “identidade para o outro” (quem o outro diz que eu sou, a identidade que o outro me atribui), nesta perspectiva, se refere aos que visam definir “que tipo de profissional o outro é”. Os atos de pertencimento - parte do eixo biográfico - dizem respeito à “identidade para si” (o que o indivíduo diz de si mesmo, o que pensa ser, ou gostaria de ser), ou seja, o pertencimento do próprio indivíduo, como ator, à um determinado espaço de ação.

Os atos de atribuição são ocasionados pelas instituições e pelos agentes que estão em interação direta com os indivíduos. Só pode ser analisado no interior dos **sistemas de ação** nos quais o indivíduo está implicado, e resulta de “relações de força” entre todos os atores envolvidos. O processo leva a uma forma variável de *rotulagem*, também denominado por Goffman apud Dubar (2005, p. 139) identidades sociais “virtuais”. Os atos de pertencimento concernem à **incorporação** da identidade pelos próprios indivíduos, que pode ser analisada apenas no interior das **trajetórias** pelas e nas quais os indivíduos constroem “identidades para si”, denominada por Goffman apud Dubar (2005, p. 139) identidades sociais “reais”.

As categorias de análise da identidade são variáveis tanto de acordo com os espaços sociais onde se exercem as interações como de acordo com as temporalidades biográficas e históricas que se desenrolam as trajetórias. Entende-se que cada sujeito possui “definição da situação” em que está inserido, incluindo uma maneira de definir a si próprio e de definir os outros, e toma a forma de argumentos que implicam interesses e valores, posições e posicionamentos. Sobre a construção biográfica das identidades, Dubar afirma que:

Para realizar a construção biográfica de uma identidade profissional e, portanto social, os indivíduos devem entrar em relações de trabalho, participar de alguma forma das atividades coletivas em organizações, intervir de uma maneira ou de outra em representações [...]. Essa perspectiva ancora a identidade na experiência relacional e social do poder e, portanto, faz das relações de trabalho o “lugar” em que se experimenta o enfrentamento dos desejos de reconhecimento em um contexto de acesso desigual, movediço e complexo ao poder (DUBAR, 2005, p.151).

A identidade nunca é dada, ela sempre é construída e deverá ser (re)construída em uma incerteza maior ou menor e mais ou menos duradoura (DUBAR, 2005, p. 135-143). Ao tratar da identidade como espaço-tempo geracional, Dubar acrescenta que:

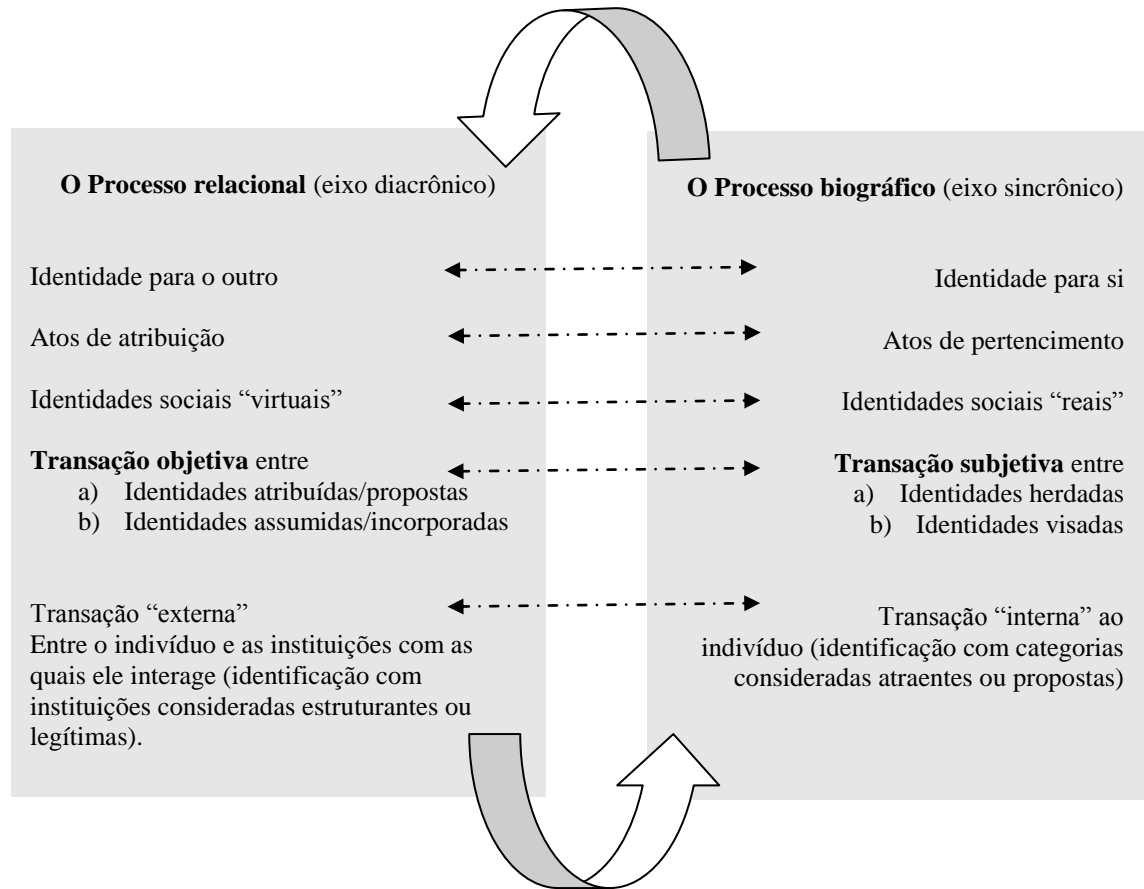
A identidade social não é “transmitida” por uma geração à seguinte, cada geração a constrói, com base nas categorias e posições herdadas da geração precedente, mas também através das estratégias identitárias desenvolvidas nas instituições pelas quais os indivíduos passam e que eles contribuem para transformar realmente. Essa construção identitária adquire uma importância particular no campo do trabalho, do emprego e da formação, que conquistou uma grande legitimidade para o reconhecimento da identidade social e para a atribuição dos *status* sociais (DUBAR, 2005, p. 156).

As formas identitárias socialmente pertinentes em um determinado campo de ação são compreensíveis a partir dos dois eixos aqui apresentados - o processo relacional e o processo biográfico -, conjuntamente definidos por Dubar como “formas identitárias”, nas quais temos uma concepção de ator, que se define a um só tempo pela estrutura de sua ação e pela sua formação, inseridas em um contexto e uma história (Figura 2). É nessa correlação, constituída por conflitos e crises que o sujeito se constitui como ator. Como define Dubar:

Ser sujeito é ser capaz de construir, ao longo de sua vida, relações de reconhecimento mútuo. Ser sujeito é, primeiramente, recusar, para si, como para os outros, as relações de dominação e sujeição, de autoridade imposta arbitrariamente, de desprezo e subordinação pessoal [...]. Ser sujeito é também poder ser ator de sua vida familiar, profissional e política. É poder entrar voluntariamente em ações coletivas suscetíveis de melhorar sua própria sorte e dos mais desprovidos [...] (DUBAR, 2009, p. 260-261).

Nesse sentido, torna-se importante suscitar o debate sobre o modo como os docentes articulam a transação subjetiva e objetiva, seus significados e como manifestam a ideia de pertencimento ao campo da Saúde Coletiva e constroem sua identidade, constituindo-se como atores deste campo. Apreende-se, dessa forma, que no processo de reconstrução das identidades dos docentes, deve-se considerar o contexto histórico, político, social, a conjuntura econômica, e a posição dos sujeitos como atores, a forma como internalizam e significam suas experiências, e representações para fazer frente aos processos de negociações, sobretudo quando se considera a existência de períodos históricos marcados por crises e conflitos nos quais as negociações se convertem em uma verdadeira arena de luta podendo marcar rupturas ou continuidade. Para Bosi e Paim (2010), a construção de identidades, em determinado momento histórico, implica relações de poder, como pode ser observado na história das profissões que foram se estabelecendo ao longo do tempo.

Figura 2: Categorias de análise de construção das identidades profissionais



Elaboração do autor, a partir de Dubar (2005).

Claude Dubar nos oferece um conjunto inesgotável de possibilidades de trabalho empírico e reflexão teórica. Seu denso trabalho teórico-conceitual e metodológico, aplicado a um amplo elenco de objetos empíricos apresenta-se como um constante desafio aos pesquisadores que investem em objetos análogos em outros contextos espaciais temporais. Sua teoria coloca o pesquisador em condições de perceber com maior rigor as características desse objeto de estudo.

Nessa lógica, seu conceito de identidade e categorias de análise foi desenvolvido de uma forma que permite o pesquisador ter uma ampla visão para o conjunto de variáveis implicadas em um complexo objeto de estudo que envolve várias dimensões, como a docência em Saúde Coletiva, sobre a qual a literatura revela que os estudos publicados até o momento trataram dessas dimensões de forma não articulada, mas com abordagens pontuais.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, que toma por objeto a identidade docente nos cursos de Graduação em Saúde Coletiva no Brasil ou similares⁶, a partir da teoria da construção das identidades sociais e profissionais de Claude Dubar (1998; 2005), que propõe como ponto de partida os relatos do próprio percurso de um indivíduo por meio de entrevista. Este modelo empírico no tratamento da identidade é denominado “*Trajetórias subjetivas, lógicas de mobilidade e formas identitárias*”. A hipótese central desse modelo é a de que, quando o ator em uma situação de entrevista focalizada em si coloca seu percurso em palavras, permite a construção linguística de uma ordem categorial do discurso biográfico e lhe confere significado social.

De acordo com Dubar (1998, p.14) “[...] tomar a sério falas sobre si mesmo vindo de um sujeito incitado ‘a se narrar’ e entrando num diálogo particular, verdadeiro ‘exercício espiritual’, com um pesquisador capacitado para escutar, talvez constitua uma condição *sine qua non* para um uso sociológico da noção de identidade”.

4.1 Procedimentos e técnicas de produção dos dados

A produção dos dados adotou a técnica de entrevistas semi-estruturadas, do tipo individual - em profundidade, para as quais foi elaborado um roteiro com questões relacionadas (Apêndice A). As entrevistas exploraram três áreas essenciais: a **prática docente**, a **trajetória socioprofissional**, e a relação dos docentes com a sua **formação** e, em especial a maneira como aprenderam o trabalho em que realizam. É na interseção destes três campos que se define a identidade docente na Saúde Coletiva, concebida a um só tempo como uma configuração que apresenta certa coerência típica e como uma dinâmica que implica evoluções significativas, em resposta às transformações e amadurecimento deste campo.

O material empírico obtido foi tratado e processado em matrizes de análise de conteúdo (MINAYO, 2006), buscando-se identificar os núcleos de sentido relacionados com as categorias analíticas relativas aos elementos das diversas formas identitárias dos docentes no espaço de relações da graduação em Saúde Coletiva no Brasil, levando em consideração os

⁶ São considerados cursos similares aqueles que foram criados no contexto do Reuni e possuem nomenclaturas distintas da Saúde Coletiva e que tenham como justificativa a formação de sanitaristas, com perfil adequado ao SUS. Nesse caso, Castellanos *et al* (2013), aponta distintas nomenclaturas nessa situação: Graduação em Saúde Coletiva (UFMT, UFBA, UFRJ, UFAC, UFPR, UFRGS, UFPE, UEA), Análise de Sistemas e Serviços de Saúde (UFMG), Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (UFRN), Graduação em Saúde Pública (USP), Gestão em Saúde Coletiva (UNB), Administração de Serviços e Sistemas de Saúde (UERGS).

Observa-se que os cursos apresentam uma diversidade de nomenclaturas que podem apresentar divergências em seus projetos pedagógicos e consequentemente no perfil do egresso. Os primeiros CGSC, abertos em 2008, foram os da Universidade Federal do Acre (UFAC) e da Universidade de Brasília (UnB), Campus Ceilândia. Do total de cursos abertos, 14 denominavam-se como graduação em saúde coletiva, os demais se intitulam como graduação em saúde pública, graduação em gestão em saúde, gestão em saúde ambiental, gestão de serviços de saúde, gestão em saúde humana, gestão em sistemas e serviços de saúde, gestão em saúde coletiva indígena e Administração em Sistemas e Serviços de Saúde (01), respectivamente (Tabela 2). Dos 22 cursos, 14 estão implantados em instituições federais, 07 em estaduais e um por uma instituição privada (ASCES, Pernambuco). Dos 22 CGSC em funcionamento no país até 2018, 21 já formaram bacharéis em Saúde Coletiva, dentre os quais, alguns já formaram mais de uma turma de egressos.

Tabela 2 - Identificação e distribuição territorial e institucional dos cursos de graduação em SC em funcionamento no momento da investigação.

Região	Instituição ⁷	Curso de graduação	Ano de início
Norte	UEA	Saúde coletiva	2012
	UFAC	Saúde coletiva	2008
	UFRR	Gestão em saúde coletiva indígena	2013
	UNIFESSPA	Saúde coletiva	2013
Nordeste	UFBA	Saúde coletiva	2009
	UFPE	Saúde coletiva	2013
	UPE	Saúde coletiva	2013
	UFRN	Gestão em sistemas e serviços de saúde	2009
	ASCES	Saúde coletiva	2014
Centro-Oeste	UnB - Darcy Ribeiro	Saúde coletiva	2008
	UnB - Ceilândia	Saúde coletiva	2009
	UFMT	Saúde coletiva	2010
Sudeste	UFRJ	Saúde coletiva	2009
	USP	Saúde pública	2012
	FMABC	Gestão em saúde humana (saúde ambiental)	2009
	UFMG	Gestão de serviços de saúde	2009
	UFU	Gestão em saúde ambiental	2010
	UFPR	Saúde coletiva	2009
Sul	UNILA	Saúde coletiva	2012
	UFCSPA	Gestão em saúde	2013
	UFRGS	Saúde coletiva	2009
	UERGS	Administração em Sistemas e Serviços de Saúde	2002

Fonte: Elaboração do autor

4.3 Seleção dos cursos

A seleção dos cursos considerou os seguintes critérios:

- Mapeamento dos cursos de graduação na área da Saúde Coletiva e/ou similares no Brasil, a partir do qual foram selecionados os cursos com a denominação “Saúde Coletiva”;
- Seleção dos cursos que já formaram turma;

⁷ UFAC - Universidade Federal do Acre; UNIFESSPA - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará; UFRR - Universidade Federal de Roraima; UEA - Universidade do Estado do Amazonas; ASCES - Associação Caruaruense de Ensino Superior; UFBA - Universidade Federal da Bahia; UPE - Universidade de Pernambuco; UFPE - Universidade Federal de Pernambuco; UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte; UFPR - Universidade Federal do Paraná; UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; UNILA - Universidade de Integração Latino-Americana; UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro; USP - Universidade de São Paulo; UFU - Universidade de Uberlândia; UnB - Universidade Federal de Brasília; UFMT - Universidade Federal de Mato Grosso.

- c) Seleção dos cursos que em sua proposta pedagógica contemplam o tripé (EPI-PPGS-CSHS);
- d) Seleção dos cursos que já passaram pela avaliação de reconhecimento do Ministério da Educação (MEC);
- e) Seleção de um curso por região do Brasil (o que obteve maior pontuação na avaliação do MEC). Em caso de mais de um curso avaliado com pontuação similar, foi considerado o que possuía maior tempo de implantação, totalizando 05 (cinco) cursos no Brasil (Tabela 3).

Tabela 3 – Cursos selecionados de acordo com os critérios estabelecidos, segundo região, instituição, ano de implantação, ano de formação da primeira turma e nota MEC:

Região	Instituição	Curso	Ano de início	Formação da 1ª turma	Ano da 1ª avaliação e nota do MEC
Norte	UFAC	Saúde coletiva	2008	2012.1	2014 (4)
Nordeste	UFBA	Saúde coletiva	2009	2012.2	2013 (5)
Centro-Oeste	UFMT	Saúde coletiva	2010	2013.2	2013 (5)
Sudeste	UFRJ	Saúde coletiva	2009	2012.2	2013 (5)
Sul	UFRGS	Saúde coletiva	2009	2012.2	2013 (5)

Fonte: Elaboração do autor

4.4 Sujeitos do estudo

A seleção dos docentes considerou os seguintes critérios de representatividade especial:

- a) Nesta etapa, foram selecionados 03 (três) docentes por curso, sendo um docente de cada área que compõe o tripé da Saúde Coletiva, ou seja, um docente da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, um docente da área de Ciências Humanas e Sociais em Saúde e um docente da área de Epidemiologia;
- b) Foi considerado o docente da área que possui maior tempo de atuação no respectivo curso de graduação.

Considerando a seleção de 05 (cinco) cursos e 03 (três) docentes por curso, seriam entrevistados 15 (quinze) docentes no total, no entanto, um dos cursos não possui docente da área de Ciências Humanas e Sociais em Saúde, o qual tem os componentes curriculares supridos por um docente que atua em outro colegiado da instituição e não apresentou disponibilidade para ser entrevistado. Assim, foram realizadas 14 entrevistas, conforme discriminadas na (Tabela 4). Na descrição dos resultados da pesquisa, para manter a

confidencialidade dos dados, os docentes foram identificados da seguinte forma: a) Docentes da área de Epidemiologia (E1, E2, E3, E4 e E5); b) Docentes da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (P1, P2, P3, P4 e P5) e; c) Docentes da área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (C1, C2, C3 e C4).

Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo região, instituição, área de atuação, gênero, idade e ano de início das atividades nos cursos.

Região	Instituição	Área	Gênero	Idade	Início no curso
Norte	UFAC	PPGS	M	55	03/2009
		EPI	M	49	03/2009
		CSHS*	-	-	-
Nordeste	UFBA	PPGS	F	56	03/2009
		EPI	F	51	03/2009
		CSHS	F	40	03/2009
Centro-Oeste	UFMT	PPGS	F	51	11/2011
		EPI	F	44	03/2010
		CSHS	F	58	03/2010
Sudeste	UFRJ	PPGS	F	63	03/2009
		EPI	F	55	08/2011
		CSHS	F	65	03/2009
Sul	UFRGS	PPGS	M	54	03/2009
		EPI	F	37	03/2013
		CSHS	F	51	03/2009

Fonte: Elaboração do autor

*Sem participante

4.5 Plano de análise

Considerando o conceito de identidade disposto no quadro teórico-conceitual desta investigação tratamos de definir as categorias de análise do processo de construção/reconstrução da identidade docente no campo da Saúde Coletiva. Nesta perspectiva, abre-se a possibilidade de articularmos três dimensões, quais sejam: a **formação prévia dos docentes, a trajetória docente, e a prática docente no curso de graduação em Saúde Coletiva, as concepções sobre o campo da Saúde Coletiva e sobre os cursos**, que convergem para a constituição da identidade docente nesta graduação.

É possível operar com os seus conceitos como ferramentas de construção dos fenômenos empíricos que constituem o foco da investigação. Por isso, o conceito de identidade é utilizado aqui de forma problematizadora, como um prisma, através do qual,

outros tópicos se tornam visíveis e possíveis de serem examinados articuladamente. Nessa perspectiva desenvolvemos o plano de análise (Figura 4), direcionado para a docência na Saúde Coletiva, fundindo as dimensões do conceito de identidade como mostrado na Figura 1 e os conceitos de análise de construção das identidades sociais e profissionais como mostrado na Figura 2.

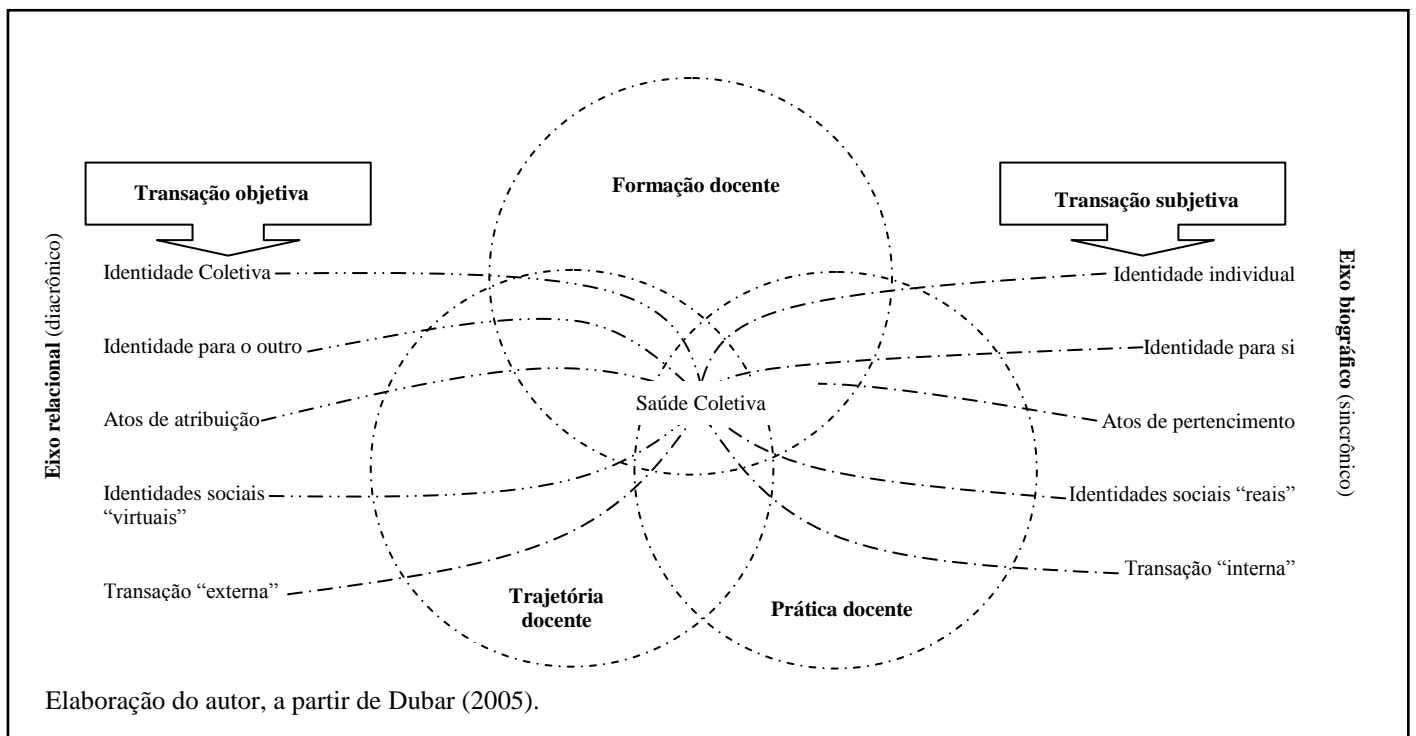


Figura 4: Plano de Análise das formas identitárias dos docentes dos cursos de graduação em Saúde Coletiva

Ao analisar a **trajetória docente**, a **formação docente** e a **prática docente** desses atores, como uma prática social, determinada e determinante, a identidade deste profissional não deve deixar de espelhar-se na finalidade de sua ação no campo da Saúde Coletiva, a qual está implicada com as necessidades sociais de saúde, justificando assim a formação de novos sujeitos capazes de serem atores transformadores da realidade social, que possuam um **pertencimento** implicado com o rompimento de paradigmas e por isso mesmo, de modelos de atenção hegemônicos, antidemocráticos, excludentes e incoerentes com os determinantes sociais da saúde, como propõe a Reforma Sanitária Brasileira.

Nesse contexto, situam-se os desafios da formação docente e de uma prática pedagógica que sejam capazes de constituir uma identidade docente convergente com a formação de novos atores na Saúde Coletiva, comprometidos com a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS. Esses elementos e as características do campo da Saúde Coletiva no

Brasil, enquanto espaço de saberes e práticas (PAIM, 2013) são indispensáveis para o desenvolvimento de um conceito de identidade na Saúde Coletiva, sem os quais não podemos analisar as formas identitárias que a docência pode nos revelar a partir dos eixos biográfico e relacional e de seus elementos constituintes, a exemplo da “identidade para si” e “identidade para o outro”, bem como dos “atos de atribuição” e dos “atos de pertencimento”.

Portanto, analisar as formas identitárias dos docentes do campo da Saúde Coletiva, implica em considerar as relações entre a prática docente e as práticas de saúde. Nessa lógica compreendemos que a ação docente é constituída por elementos próprios, tais como os saberes específicos, o planejamento, metodologias e estratégias didáticas, interação professor-aluno, processo ensino-aprendizagem e avaliação. Como a Saúde Coletiva é um espaço de saberes e âmbito de práticas, onde o fenômeno saúde-doença é compreendido como um processo social, a docência não deve fugir à lógica desse campo, no qual o professor ocupa papel central na reorientação da formação de profissionais de saúde.

4.6 Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, com Certificado (CAAE) nº 74413717.1.0000.5030 e parecer nº 097.707/2017, o qual respeita os aspectos bioéticos da pesquisa em saúde, fundamentando-se nas normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – Resolução CNS 466/12, a respeito de pesquisas que envolvem seres humanos, e da Resolução 510/2016, que regulamenta as pesquisas em ciências humanas e sociais quanto a seus aspectos éticos, posto que foram realizadas entrevistas com informantes - chave. Nesse sentido, foi apresentado oportunamente um documento relativo ao consentimento informado de cada entrevistado (APÊNDICE C). Compreende-se como princípios bioéticos a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça, aplicados sobre a perspectiva do indivíduo e/ou coletividades. A importância do respeito a estes princípios está em garantir os direitos e deveres existentes na relação entre comunidade científica e sujeitos da pesquisa.

5 RESULTADOS

A fim de responder à questão central do estudo acerca do processo de construção e reconstrução da identidade profissional dos docentes dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil, os resultados serão apresentados em oito blocos seguidos da discussão e comentários finais, a saber: Panorama geral dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, que se constituem como cenários de práticas dos docentes selecionados (Perfil do egresso dos cursos selecionados e Desenho curricular dos respectivos cursos); Caracterização dos docentes selecionados (Formação e trajetória socioprofissional), segundo área de concentração – Epidemiologia, Planejamento e Gestão em Saúde, Ciências Sociais e Humanas em Saúde; Percepção dos docentes sobre os cursos; Percepção sobre a formação docente; Percepção sobre a prática docente nos CGSC; Estratégias pedagógicas desenvolvidas nos CGSC; Percepções sobre o campo da Saúde Coletiva e; Percepções sobre a Reforma Sanitária Brasileira. A figura 5 mostra a distribuição dos cursos de graduação na área da Saúde Coletiva selecionados no Brasil, segundo região, estado, instituição e nomenclatura.

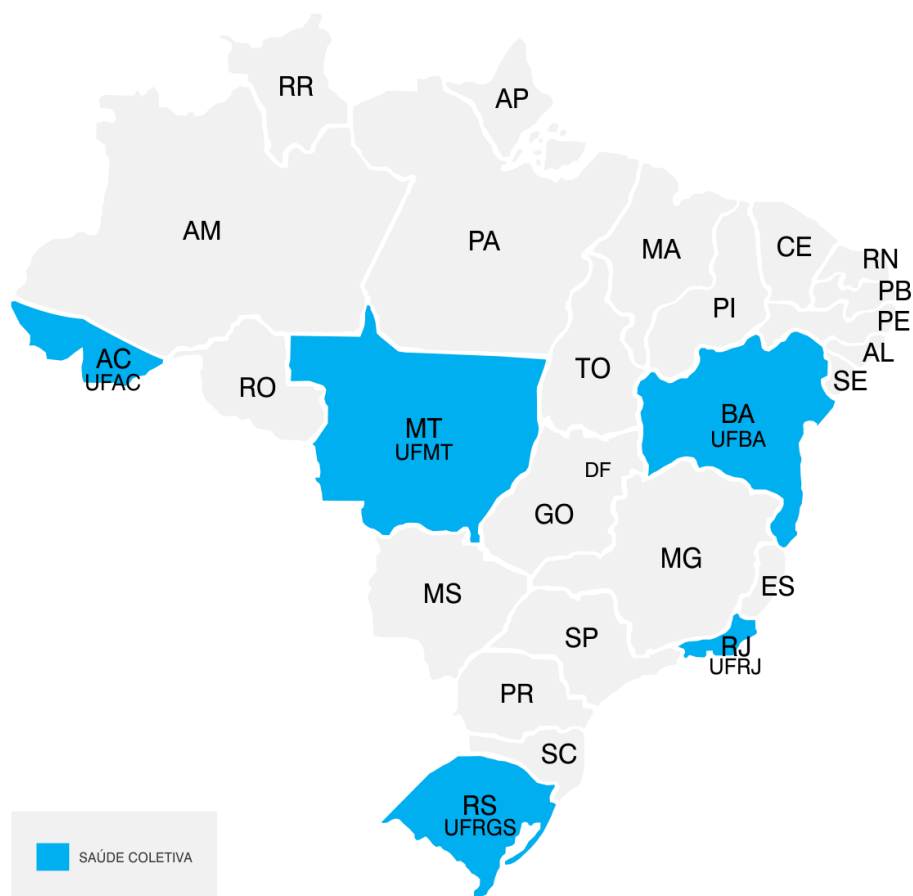


Figura 5 – Distribuição dos cursos de graduação na área da Saúde Coletiva selecionados no Brasil, segundo região, estado, instituição e nomenclatura. Fonte: Elaborado pelo autor.

5.1 Panorama geral dos cursos de graduação em Saúde Coletiva - cenários de prática docente

5.1.1 Perfil do egresso dos cursos selecionados

Os Projetos Político-Pedagógicos (PPPs) dos cursos selecionados neste estudo foram consultados com o intuito de identificar os perfis do egresso dos CGSC (APÊNDICE B), cujas principais tendências e enfoques foram sintetizados com o objetivo de permitir comparações com as concepções dos docentes através das entrevistas. A consulta aos PPPs dos cursos incluídos neste estudo permitiu identificar que todos os cursos enfocam a Saúde Coletiva, de modo claro e abrangente, descrevendo habilidades, competências e áreas de atuação no perfil de seus egressos e nos objetivos dos cursos, ainda que apenas os da UFAC, UFBA e UFMT, se refiram a uma formação generalista⁸.

Tomando por base os perfis do egresso, analisados nos PPPs dos cursos da UFAC, UFBA, UFMT, UFRJ e UFRGS, foi produzida uma síntese em que o perfil do egresso aponta para uma identidade profissional com sólida formação interdisciplinar que o habilita para atuar em análises e intervenções no campo da Saúde Coletiva, considerando o contexto social, político e econômico em que está inserido. As intervenções a serem desenvolvidas por esse profissional devem considerar as condições de vida e saúde, situações e práticas, o processo saúde-doença-cuidado, os modelos de atenção em saúde, o processo de trabalho em saúde e o sistema de saúde com ênfase no SUS. Deve-se ainda valorizar o diálogo e o olhar crítico e reflexivo, qualificado, implicado com seus objetos de intervenção em todos os níveis de atenção para transformação da realidade social em benefício da sociedade (Quadro 1).

Trata-se, portanto, de um profissional com perfil desafiador para os processos formativos tradicionalmente existentes na área da saúde, que também ganha relevância ao pretender uma relação estreita com o mundo do trabalho no SUS. Nesse sentido, os CGSC procuram responder às lacunas da área de Recursos Humanos em Saúde e, por conseguinte, às demandas por profissionais com identidade específica no campo da Saúde Coletiva, tendo em vista a expansão e consolidação do SUS. Nessa perspectiva:

Entendemos que o SUS necessita de um profissional com formação interdisciplinar, obtida através de sólida incorporação dos saberes da Saúde Coletiva, que o qualifique como um *ator estratégico* apto a atuar em um sistema de saúde que adquire caráter cada vez mais extenso, complexo e

⁸ Cujos talentos, conhecimentos e interesses se estendem a vários campos, não se confinando em uma especialização.

especializado – portanto, desafiador em termos de políticas sociais comprometidas com a participação e o bem-estar social (CASTELLANOS ET. AL., 2013, p. 1658).

Logo, cabe aos CGSC uma grande responsabilidade na inovação da formação de profissionais com perfil capaz de dar conta das necessidades sociais e dos desafios do mundo do trabalho em saúde. Destaca-se que no perfil do egresso há grandes expectativas, as quais devem contar com forte mobilização dos sujeitos dos cursos.

Quadro 1. Síntese do perfil do egresso dos cursos de graduação em Saúde Coletiva

GERAL:	Formação de profissionais de saúde humanistas, pautada na interdisciplinaridade, empreendedores, críticos, com visão ampla do contexto social, político e econômico das situações e intervenções em saúde.
ESPECÍFICO:	<p>Aptidão para compreender e atuar em todos os níveis de atenção do sistema, enfatizando os aspectos organizacionais, de planejamento, gestão e avaliação dos processos institucionais, incluindo-se ações voltadas ao sistema de saúde e aos processos de trabalho, pautadas pela transversalidade dos saberes;</p> <p>Capacidade de análise frente às distintas situações de saúde, a partir das dimensões sociais, políticas, econômicas e culturais, especialmente nos aportes das Ciências Humanas e Sociais;</p> <p>Capacidade de identificar e analisar as necessidades e perspectivas dos sujeitos do processo saúde-doença-cuidado, atuando como mediador, articulador e líder na pactuação de ações e intervenções dos serviços, sistemas e políticas de saúde negociadas entre esses sujeitos.</p> <p>Execução de metas que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde e da qualidade de vida, na observância dos princípios éticos de respeito à vida, à diversidade cultural e à participação social.</p>

Fonte: Elaboração do autor, a partir dos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos selecionados (UFAC, UFBA, UFMT, UFRJ, UFRGS).

5.1.2 Análise comparativa dos cursos: semelhanças e diferenças entre os projetos

A análise que segue busca caracterizar a estrutura curricular dos CGSC que se constituem em cenários de práticas dos docentes selecionados e estabelecer relações entre as características gerais dos projetos dos cursos para identificar semelhanças e diferenças. Sabe-se que a estrutura curricular de um curso é parte da formação de sujeitos, que orienta as práticas pedagógicas de ensino-aprendizagem, podendo conduzir ou não para a construção de um perfil profissional com identidade específica. Ademais, essa identidade não se define, apenas e exclusivamente, por meio do processo de formação.

A partir de uma aproximação com os Projetos Político-Pedagógicos dos cursos selecionados (UFAC, UFBA, UFMT, UFRJ, UFRGS) foi possível identificar que os cursos apresentam semelhanças em aspectos estruturais em sua carga horária (CH), as quais variam de 2.708 horas (UFBA) a 3.285 horas (UFRJ). Todos eles são ofertados na modalidade presencial em periodicidade de 8 (oito) semestres. Os cursos da UFAC e da UFRJ são ofertados em período integral, enquanto que os cursos da UFBA, UFMT e UFRGS são ofertados em período noturno. O número de vagas ofertadas varia de 40 a 80, em regime de seleção anual. Os cursos da UFMT (80 vagas) e UFRGS (60 vagas) possuem dois ingressos anuais, a cada semestre. Os demais cursos possuem uma única entrada anual, no primeiro semestre (Tabela 5).

Tabela 5 – Dados descritivos gerais e aspectos estruturais dos cursos selecionados, segundo instituição, carga horária, modalidade, turno de funcionamento, periodicidade e oferta de vagas.

Região	Instituição	CH	Modalidade	Periodicidade	Turno	N. de vagas
Norte	UFAC	3.240	Presencial	8 semestres	Integral	50
Nordeste	UFBA	2.708	Presencial	8 semestres	Noturno	45
Centro-Oeste	UFMT	3.000	Presencial	8 semestres	Noturno	80
Sudeste	UFRJ	3.285	Presencial	8 semestres	Integral	40
Sul	UFRGS	3.180	Presencial	8 semestres	Noturno	60

Fonte: Elaboração do autor, a partir dos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos selecionados (UFAC, UFBA, UFMT, UFRJ, UFRGS).

No que se refere à proposta pedagógica de cada curso, de acordo com o projeto (UFBA, 2008), a carga horária total é distribuída da seguinte forma: 2.300 horas para conteúdos disciplinares obrigatórios, dentre as quais 600 horas de estágio supervisionado; 306 horas de componentes curriculares optativos e 102 horas de atividades complementares.

O Currículo do curso contempla os três eixos da Saúde Coletiva: Epidemiologia; Política, Planejamento e Gestão em Saúde e; Ciências Humanas e Sociais em Saúde, de forma clara e com carga horária equitativa entre as três áreas, seguindo uma lógica sequencial na organização dos componentes curriculares relativos às áreas de: Ciências Humanas e Sociais, Educação e Comunicação, Epidemiologia, Informação e Métodos Quantitativos, Estatística e Informática em Saúde, Política, Planejamento e Gestão em Saúde, Vigilância e Promoção da Saúde.

Os conteúdos são ofertados horizontalmente, ao longo do desenvolvimento de quatro eixos, quais sejam: 1) Eixo das Ciências Sociais Básicas e Aplicadas em Saúde Coletiva; 2) Eixo das Ciências da Vida e Tecnológicas em Saúde; 3) Eixo das Ciências da Saúde Coletiva e; 4) Eixo dos Conteúdos e Atividades Integradores, trabalhados verticalmente em momentos de práticas integradas e seminários interdisciplinares.

O projeto do curso da UFAC (2008) assemelha-se ao da UFBA, organizado em três grandes eixos (Epidemiologia; Política, Planejamento e Gestão e; Ciências Humanas e Sociais em Saúde), mais um eixo integrador. A carga horária total do curso é de 3.240 horas, sendo 2.490 horas para disciplinas obrigatórias, 120 horas para disciplinas optativas, 150 horas para atividades complementares, 120 horas para TCC e 360 horas para estágio supervisionado obrigatório.

Por sua vez, o CGSC da UFMT tem sua carga horária total distribuída da seguinte forma: 2.704 horas para conteúdos disciplinares obrigatórios, dentre as quais 400 horas de estágio supervisionado; 96 horas de componentes curriculares optativos e 200 horas de atividades complementares (UFMT, 2013). Está estruturado pedagogicamente em seis eixos de construção do aprendizado, dentre os quais se encontra um eixo integrador: 1) Fundamentos de Ciências Humanas e Biológicas em Saúde; 2) Saúde e Sociedade; 3) Política, Planejamento e Gestão em Saúde; 4) Epidemiologia e Vigilância à Saúde; 5) Pesquisa em Saúde; 6) Eixo Integrador. Essa estrutura organizada em eixos comporta três grandes áreas da Saúde Coletiva, conforme o Projeto do curso: Saúde e Sociedade, Epidemiologia e Planejamento e Gestão. Os eixos estão dispostos de forma transversal na matriz curricular, ou seja, atravessam todo o currículo do primeiro ao oitavo semestre. Cada eixo é composto por disciplinas que contemplam temáticas comuns e relativas à sua área de conhecimento.

Esta proposta curricular da UFMT, organizada em eixos, se assemelha à antiga proposta do CGSC da UFRGS. Este último foi recentemente reformulado e estruturado em formato de Unidades de Produção Pedagógica (UPPs). De acordo com o projeto (UFRGS, 2018), a carga horária total é distribuída da seguinte forma: 3.000 horas para conteúdos

disciplinares obrigatórios, dentre as quais 600 horas de estágio supervisionado e; 180 horas (12 créditos) de atividades complementares.

As UPPs devem ser articuladas de forma longitudinal, com atividades de ensino teórico-práticas, propondo integração, desenvolvimento e produção de conhecimento interdisciplinar. A proposta curricular contempla dois grandes eixos de formação: 1) Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde e; 2) Promoção, Vigilância e Educação da Saúde, distribuídos em seis UPPs: 1) Políticas Públicas e Sistemas de Saúde; 2) Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde; 3) Saúde, Sociedade e Humanidades; 4) Análise de Situação de Saúde e Vigilância à Saúde; 5) Pesquisa em Saúde e Bioestatística e; 6) Promoção e Educação da Saúde, além de mais duas unidades, quais sejam: 7) Tópicos Integrados em Saúde Coletiva e; Tutoria.

A UPP de Tópicos Integrados em Saúde Coletiva busca desenvolver em cada semestre temas transversais às demais UPPs, com o objetivo de integrar os diferentes conteúdos que constituem a base das competências e habilidades propostas pelo curso.

O CGSC da UFRJ, por sua vez, de acordo com o projeto (UFRJ, 2011), distribui-se em 3.285 horas, com carga horária de estágio de 657 horas. No entanto o PPP não apresenta detalhamento a respeito da distribuição da carga horária total entre os componentes curriculares obrigatórios, optativos, nem indica se existem atividades complementares.

Assim como os cursos da UFBA, UFMT e UFRGS, os conteúdos previstos organizam-se em eixos temáticos, visando garantir o diálogo interdisciplinar. Cada eixo contempla conteúdos que se articulam a atividades práticas e/ou apresentam-se sob a forma de problemas orientados, quais sejam: 1) Atividades integradas em saúde coletiva; 2) Ciências biológicas e Saúde Coletiva; 3) Ciências Sociais e Humanas em Saúde; 4) Epidemiologia; 5) Planejamento e Gestão em Saúde; 6) Saúde, Ambiente e Trabalho e; 7) Bioética.

Os sete eixos que compõem o currículo do CGSC da UFRJ estão dispostos em campos temáticos que agregam um conjunto de especialidades: 1) Epidemiologia e Bioestatística; 2) Planejamento e Políticas de Saúde; 3) Ciências Sociais e Humanas em Saúde; 4) Saúde, Ambiente e trabalho; 5) Bioética. Em cada um dos oito períodos, os conteúdos integram-se em uma disciplina/atividade que, por sua vez, articula-se aos contextos de prática, denominada Atividades Integradas em Saúde Coletiva.

A análise permite afirmar que os cursos, em sua totalidade, são organizados em grandes eixos, os quais são estruturados a partir das três grandes áreas que formam o tripé da Saúde Coletiva. Chama a atenção que os cursos se preocupam com uma proposta pedagógica que valoriza a integração dos conteúdos e práticas em Saúde Coletiva, a partir de

eixos/unidades/componentes curriculares integradores que compõem o currículo ao longo do curso, de forma que possa assegurar a interdisciplinaridade da formação.

5.2 Caracterização dos docentes selecionados

Este tópico diz respeito à caracterização dos docentes selecionados, quanto à sua formação e trajetória profissional, organizado por área de atuação dos docentes: Epidemiologia; Política, Planejamento e gestão em saúde e; Ciências sociais e humanas em saúde. A Tabela 6 mostra a caracterização geral dos docentes selecionados, por instituição, área de atuação, idade, gênero e formação (graduação, mestrado e doutorado).

Tabela 6 – Caracterização geral dos docentes dos CGSC selecionados, por área de atuação, idade, gênero e formação.

Área	Idade	Gênero	Formação		
			Graduação	Mestrado	Doutorado
Epidemiologia	49	M	Educação Física	Ciência do Movimento Humano	Saúde Pública
	51	F	Ciências Biológicas	Saúde Pública	Saúde Pública
	44	F	Farmácia; Bioquímica	Saúde Coletiva	Ciências
	55	F	Medicina	Saúde Pública	Engenharia Biomédica
	37	F	Enfermagem	Epidemiologia	Epidemiologia
Política, Planejamento e Gestão em Saúde	55	M	Odontologia	Saúde Pública	Saúde Pública
	56	F	Medicina	Saúde Comunitária	Saúde Coletiva
	51	F	Enfermagem; Odontologia	Saúde Coletiva	Saúde Coletiva
	63	F	Medicina	Saúde Pública	Saúde Pública
	54	M	Medicina	Saúde Pública	Saúde Coletiva
Ciências Humanas e Sociais em Saúde	40	F	Ciências Sociais	Saúde Coletiva	Ciências Sociais
	58	F	Ecologia	Saúde Coletiva	Saúde Coletiva
	65	F	Medicina	Saúde Coletiva	Saúde Coletiva
	51	F	Enfermagem	Ciências Sociais	Antropologia
	—*	—	—	—	—

Fonte: Elaboração do autor

*Sem participante

Os professores selecionados compõem um grupo etário de 37 a 65 anos, dos quais: um (1) na faixa etária dos 30; três (3) no grupo etário dos 40; sete (7) na faixa etária dos 50 anos e; dois (2) na faixa etária dos 60 anos. No que diz respeito ao gênero, a predominância é do sexo feminino (11), seguido do sexo masculino (3). Tais resultados confirmam a

predominância do número de mulheres na docência, no campo da saúde e especificamente na Saúde Coletiva.

Em relação à formação, dois (02) dos docentes possuem duas graduações: um (01) possui graduação em Farmácia e em Bioquímica e o outro possui graduação em Enfermagem e em Odontologia. Mais dois (02) docentes possuem graduação em Enfermagem, totalizando três (03) docentes com essa graduação, e outro possui graduação em Odontologia, totalizando dois (02) docentes com essa graduação. Um (01) possui graduação em Educação Física, um (01) nas Ciências Biológicas, um (01) possui graduação em Ecologia e apenas um (01) em Ciências Sociais. Chama a atenção que a maioria dos docentes possui graduação em Medicina, ou seja, cinco (05).

Por se tratar de um curso novo, nenhum dos docentes possui graduação em Saúde Coletiva, isto é, a identidade do bacharel em Saúde Coletiva no âmbito da formação é construída por uma maioria de docentes (12) com distintas formações no campo da saúde e minoritariamente por docentes graduados na área de Ciências Sociais (01) e de outras áreas (02), a exemplo de Ciências Biológicas e Ecologia.

No que concerne à formação pós-graduada, todos os docentes possuem mestrado e doutorado. Dos quais: 05 (cinco) docentes possuem mestrado em Saúde Coletiva; 05 em Saúde Pública; 01 (um) em Saúde Comunitária; 01 em Epidemiologia; 01 em Ciências Sociais e; 01 em Ciência do Desenvolvimento Humano. Já em relação ao doutorado: 05 são doutores em Saúde Coletiva; 04 em Saúde Pública; 01 em Epidemiologia; 01 em Ciências Sociais; 01 em Antropologia; 01 em Engenharia Biomédica e; 01 em Ciências.

Dos cinco (05) docentes com formação em Medicina, quatro (04) deles possuem o mestrado e o doutorado, ambos em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde Comunitária e o outro docente possui mestrado em Saúde Pública e o doutorado em Engenharia Biomédica. Um docente graduado em Enfermagem cursou tanto o mestrado quanto o doutorado em Epidemiologia. Quase todos os docentes possuem mestrado e/ou doutorado na área da Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde Comunitária e apenas um docente (graduado em Enfermagem) não possui mestrado e nem doutorado nessas áreas.

Esses achados reafirmam a diversidade de perfis e trajetórias profissionais no espaço da Saúde Coletiva, as quais, se por um lado se configuram como potenciais para a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade dentro do campo, valorizando a diversidade de saberes, por outro, podem representar um desafio na delimitação de uma identidade com características específicas do campo da Saúde Coletiva.

Com as mudanças no campo da Saúde Coletiva resultantes do processo de redemocratização do país, e consequentemente com a criação do SUS, foi aberto um espaço de possibilidades nas práticas e na formação de profissionais de saúde, o que se configurou como potencializador da diversidade de trajetórias socioprofissionais dos sujeitos do campo. Nesse sentido, apresentamos a seguir a trajetória socioprofissional dos docentes selecionados, por área, o que pode ter contribuído para a diversificação de concepções sobre o campo.

5.3 Docentes de Epidemiologia: formação e trajetória socioprofissional

O conjunto de docentes de Epidemiologia agrega profissionais de distintas formações e trajetórias, que estão implicadas no processo de consolidação da GSC e contribuem para estruturar a prática docente nesses cursos. Os sujeitos tiveram suas trajetórias modificadas pelos movimentos de emprego que ocorreram na transição entre o término da formação graduada e as condições que motivaram a inserção no campo da Saúde Coletiva.

Tal situação exige um rompimento de paradigmas que afeta as identidades dos docentes, na medida em que a formação e prática profissional em Saúde Coletiva estão sustentadas por um corpo de conhecimentos, diferentemente das bases teóricas das diversas profissões da saúde, que tem predomínio dos aspectos biológicos, caracterizando a formação inicial dos entrevistados, visto que alguns relataram dificuldades de abandonar as práticas hegemônicas do campo da saúde que caracterizaram suas formações iniciais.

Os cursos de graduação em Educação Física, Ciências Biológicas, Farmácia, Bioquímica, Medicina e Enfermagem caracterizam a formação inicial dos docentes da área de Epidemiologia. Quase a totalidade cursou mestrado ou doutorado em Saúde Pública/Coletiva e apenas um docente cursou mestrado e doutorado em Epidemiologia, que se constitui como uma das áreas do campo da Saúde Coletiva.

Dois dos docentes, graduados em Educação Física e em Ciências Biológicas, respectivamente, apresentam trajetórias predominantemente acadêmicas, sem experiências clínicas, de gestão, nos serviços e/ou inserções de natureza política. As aptidões pela área acadêmica e científica motivaram esses docentes a buscarem a universidade, nos âmbitos da docência e da pesquisa, como espaço de atuação profissional.

Sim logo quando me formei fui pra academia [de ginástica]. Na academia [de ginástica] não gostei, não era meu jeito né, aí fui para escola, eu sempre fui de escola mesmo de trabalhar na escola. Na escola fiquei um ano aí eu fui fazer pós-graduação no Rio Grande do Sul, em Santa Maria. [...] estava trabalhando em uma escola em Londrina, aí descobri Santa Maria, aí eu fui

fazer lá a especialização. De lá eu prossegui no mestrado, fiquei mais dois anos e fiz o mestrado, voltei pra Campo Grande aí trabalhei mais um tempinho na escola, aí eu consegui passar num concurso em Rondônia né. Num concurso para temporário né, e lá eu trabalhei dois anos em uma universidade, era a universidade de Rondônia, a federal, trabalhei mais um ano e meio em uma particular aí eu passei num concurso aqui em 2002 (E1).

Logo que eu me formei [...] eu já tinha essa ideia que eu queria ficar na universidade então eu nunca busquei emprego fora da universidade, nunca quis me envolver com nada fora, aí assim que eu me formei eu fui [...] professora tipo auxiliar junto com outra professora que foi minha orientadora de monografia, então eu acompanhei ela durante um semestre, dividia disciplina com ela aí foi o meu primeiro contato com ensino lá na católica [...]. Logo em seguida eu fiz seleção pra substituto na UEFS e fiquei por dois anos lá [...]. Foi quando eu decidi que eu precisava fazer o mestrado, porque já que eu queria seguir a carreira acadêmica então e falei não, tenho que investir em fazer o mestrado [...]. Na nossa formação em biologia [...] não tem nada de saúde coletiva, saúde pública, epidemiologia, nada no currículo do curso [...]. Aí quando eu entrei no mestrado, antes um pouco já na especialização assim que terminou a UEFS, [...] eu comecei a dar aula na UNIME, e aí na UNIME eu já comecei dar aula de epidemiologia e de saúde coletiva e também de metodologia da pesquisa essas três matérias, pra vários cursos, fisioterapia, veterinária, biologia, nutrição, [...] aí fiquei lá na UNIME durante 7 anos dando aula lá, teve um momento em que nesse mesmo período eu fui pra FTC também dar aula, mas na FTC eu só fiquei um ano. Paralelo a UNIME eu também fiz o doutorado aqui depois na sequência eu terminei o mestrado emendei o doutorado [...]. E aí quando eu estava já no final do doutorado, [...] ainda continuava como professora na UNIME e continuava aqui como pesquisadora, tinha uma bolsa para recém-doutor, quando você termina o doutorado, [...] então eu tive essa bolsa. E aí quando teve o concurso já em 2008 foi quando eu passei aqui, pedi demissão da UNIME e aqui fiquei. Então toda a minha experiência profissional realmente foi na área acadêmica, eu nunca trabalhei em nenhum serviço diferente nada, mas por opção mesmo (E2).

Os demais docentes da área de Epidemiologia possuem trajetórias mistas, que incluem experiências profissionais, com atuação de natureza clínica – nos setores público e privado – e timidamente na gestão, conciliando com atividades acadêmicas e de pesquisa. Um dos entrevistados apresenta experiência em cargo de gestão, na Vigilância da Secretaria do Estado da Saúde. Um aspecto que chama a atenção é que tais docentes também não apresentam inserções de natureza política dentro do campo. Os movimentos de emprego e valorização das possibilidades no mercado de trabalho parecem ser centrais na trajetória dos sujeitos.

Quando terminei a graduação de farmácia [...] já fui trabalhar em uma farmácia. [...] ingressei em bioquímica, trabalhei na farmácia por cinco anos, então, desde 95 até 2000 fiquei em farmácia. Terminei a bioquímica, em bioquímica não surgiu nada para trabalhar. Fui no [...] pronto socorro, fiz plantão, [...] eu fiz os plantões de bioquímica. Então, tinha farmácia durante a semana e os plantões nos finais de semana [...]. Em 98 surgiu o concurso do Estado [...] e em 2000 fui chamada. Então, como farmacêutica

bioquímica do Estado na Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso, lá estou desde setembro de 2000, estou até hoje. Eu tenho dois vínculos no Estado e um vínculo aqui. Na minha trajetória, como tinha o vínculo com farmácia, eu fui direto para vigilância, lá, eu fiz vigilância sanitária, vigilância ambiental do trabalhador. Estou até hoje nesse meio de vigilância. Dentro da vigilância, fui gerente, coordenadora, e vários outros cargos que temos dentro do âmbito do Estado. Fiz especialização logo em seguida [...]. Em 2003 iniciei o mestrado [...]. Em 2006 iniciei o meu doutorado [...]. Em 2009 fiz a prova para cá, porque já tinha uma abertura da Saúde Coletiva para professores. Em 2010 fomos chamados, iniciei minha trajetória acadêmica [...]. Eu tenho uma prática de farmácia, uma prática de hospital privado, tem uma prática de público, tem uma prática de vigilância, de gestão e a prática agora de academia (E3).

Eu aqui fiz enfermagem e eu passei numa universidade privada pra nutrição. Então eu fiquei um período fazendo os dois cursos né. Aí, depois, pelo mercado de trabalho, [...] eu acabei optando pela enfermagem. Aí eu me formei em enfermagem né. Fiz mestrado e doutorado na medicina, na área de epidemiologia, que é o que eu trabalho. Antes de chegar aqui na universidade eu tenho uma trajetória de 11 anos em serviços de saúde, eu logo que me formei, eu passei numa seleção do Ministério das Relações Exteriores e trabalhei dois anos na África com pesquisa na área de AIDS, e era um contrato temporário né, eram dois anos, eu fiz o meu mestrado com base nesse trabalho né. Eu trabalhei em Moçambique. Depois dessa experiência daí eu trabalhei em vários serviços de saúde [...]. Trabalhei na área assistencial que é uma área que eu gosto bastante [...], trabalhei na atenção primária, secundária e terciária. [...]. Na minha época era PSF, então eu fui enfermeira de PSF, depois fui enfermeira de ambulatório na área de urologia e depois na área hospitalar (UTI neonatal, UTI de queimados, emergência, cirurgia geral), fiz de tudo um pouco [...]. A única área assistencial que eu nunca trabalhei foi neonatologia e obstetrícia, as outras áreas todas eu trabalhei (E5).

De modo geral, as falas evidenciam que há uma tendência de fragmentação por áreas de concentração desses docentes, o que sugere pouca articulação entre as áreas que compõem o campo da Saúde Coletiva – Política, Planejamento e Gestão e Ciências Humanas e Sociais em Saúde, bem como pouca aproximação a atividades de cunho político⁹ e/ou burocrático¹⁰ em suas trajetórias.

⁹ Refere-se a filiação em partido político, participação no movimento sanitário, participação em outros movimentos profissionais e sociais.

¹⁰ Refere-se a cargos ocupados em órgãos públicos, cargos governamentais, ocupados na estrutura de direção das instituições de saúde.

5.4 Docentes de PPGS: formação e trajetória socioprofissional

Os docentes da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde apresentam trajetórias semelhantes, e que ao mesmo tempo se distanciam das trajetórias dos docentes da área de epidemiologia, com exceção de um docente que, assim como os docentes de Epidemiologia, transitou na clínica e no ambiente acadêmico. Se por um lado os docentes de Epidemiologia não apresentam experiências de cunho político e/ou burocrático, por outro, os de PPGS passaram por ocupação de cargos na gestão das secretarias municipais e estaduais de saúde, bem como no Ministério da Saúde, o que não configurou uma trajetória predominantemente acadêmica.

Observa-se que, dos cinco docentes selecionados nesta área, três são médicos, com parte de suas trajetórias caracterizadas como político e acadêmica. Percebe-se também que quatro desses docentes, incluindo os três médicos, foram convidados a ocupar cargos governamentais nas Secretarias de Saúde ou Ministério da Saúde; ou devido à militância política, ou ainda em decorrência da *expertise* acadêmica.

[...] Um desses meus irmãos [...] fez o convite para que eu fosse prestar o vestibular na UFRN. Eu fiz e passei e fiquei cinco anos lá em Natal fazendo o curso de Odontologia [...]. Cheguei a trabalhar em clínica popular [...]. Então eu fui para a área de odontologia, me formei vim pro Acre e trabalhei em clínica [...]. No interior do Estado, trabalhei na gestão aqui do Acre [...], na Secretaria Estadual de Saúde, nessa época a saúde não era municipalizada era feita pelo INAMPS. Além de dentista eu fui trabalhar como gestor, diretor desse hospital [...]. Como o meu contrato era de 20 horas, eu consegui um contrato provisório, na Secretaria Estadual de Educação, para dar aulas à noite num curso de magistério de programas de saúde e biologia educacional [...]. Em 1993 [...] passei a ser o coordenador de saúde bucal do município [...]. Nessa época eu fiz o concurso como substituto para professor de epidemiologia no curso de enfermagem [...]. Eu já tinha trabalhado como professor no curso de técnico em saúde bucal. Nos anos 2000, eu ajudei a formar o Sindicato dos Dentistas aqui e fui presidente do Conselho Regional de Odontologia [...]. Em 1998 eu fui diretor do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde. Em 2006 passei a fazer mestrado em Saúde Pública [...]. Em 2008 houve o concurso para os primeiros docentes em Saúde Coletiva [...], eu me classifiquei em primeiro lugar em política, planejamento e gestão (P1).

Todos os docentes com formação médica apresentaram um conjunto de motivações para construção de suas trajetórias no campo da Saúde Coletiva, que não incluíam o gosto pela clínica, e sim pelas ciências sociais ou pela gestão dos serviços. Alguns pensaram em

abandonar o curso, mas desistiram quando identificaram na Medicina Preventiva uma alternativa dentro da Medicina.

Depois que eu me formo, eu vou pra residência de Medicina Social, porque no meio do 6º ano eu tive uma crise existencial, eu não quero mais clínica eu quero trabalhar com Saúde Coletiva. Porque eu já estava achando que a clínica estava muito contaminada por interesses de mercado, indústria farmacêutica, e aquela coisa também, as relações dentro dos espaços de trabalho muito também [...]. As melhores oportunidades de trabalho estavam entre as pessoas que já circulavam no meio médico, eu não tinha nenhuma tradição nisso, era mais difícil também entrar. Bom, aí eu faço concurso para sanitarista em 88, em agosto de 88, entro no estado com sanitarista em 89, da área de planejamento e gestão, na assessoria de planejamento do Estado, lá eu fico na condição de sanitarista até outubro de 92 [...]. E aí eu fiz o concurso de médico sem muita esperança de passar, mas passei. Aí em 97 a residência de Medicina Social abre pra Saúde da Família e meus colegas da época da residência que tinham entrado um pouquinho antes de mim [...], me convidaram para eu ser supervisora da residência. Aí eu fiquei com uma parte da minha carga horária em 97, ainda dividida, entre ASPLAN e a supervisão de residência. Em 98 [...], meus colegas me convidaram pra eu assumir a coordenação, e nessa condição de coordenadora da residência que eu fui, que eu fiquei aqui a disposição. Mas nesse período entre 93, 95 eu fui trabalhar no município, como assessora técnica, responsável pelo planejamento da Secretaria Municipal de saúde. Aqui eu fiquei nessa condição de estar vinculada à residência, pelo estado, até 2009, quando fiz o concurso aqui pra professor, mas antes disso eu fiz o concurso pra UEFS, em 2005 e fiquei como professora do curso de Medicina e do Mestrado de Saúde Coletiva. Eu já trabalhei também, quando eu tinha 20 horas, eu trabalhei muito tempo no projeto UNIBAHIA, no Fórum Comunitário de Combate à Violência [...]. Na verdade, a residência foi um meio que me abriu várias portas né, que me preparou, me preparei para o concurso e os convites de trabalho também giraram em torno dessa experiência, as pessoas me conheciam, me convidavam e eu ia trabalhar (P2).

Em uma das entrevistas, verifica-se que a opção pela Medicina Preventiva não significava apenas a escolha possível, visto que também correspondia a uma recusa por atuar em uma carreira clínica.

Eu notei que eu não ia gostar do curso medicina logo desde o início [...]. Então ter encontrado essa alternativa da Saúde Coletiva, da Saúde Pública porque, aí eu gostei muito né, eu gostei muito quando eu fiz residência [...]. Logo no primeiro ano que eu me formei na medicina teve um concurso do INAMPS e eu fiz o concurso e fui aprovada como médica. Então eu era médica em Saúde Pública né, não era em Saúde Coletiva, era médica em Saúde Pública e como médica eu assim, tive que atuar porque era se pagava muito bem inclusive [...]. E na Saúde Pública então eu ficava assim, fazia um curso de especialização na ENSP, tentava me manter, fiz curso de especialização de tuberculose, curso de especialização de epidemiologia, tentava ficar por perto da Saúde Pública [...]. O [...] entrou pra um cargo na superintendência do INAMPS. Então o que que aconteceu? Ele me tirou do

lugar que eu estava [...], eu era médica ele me tirou desse lugar de médica e me trouxe pra uma função administrativa. [...] aí essa dubiedade né, eu sou médica nãnnã acabou, porque eu me tornei então uma sanitarista a partir daquele momento. Depois o [...] foi demitido e nós saímos dos cargos que ocupávamos e aí eu vim pra universidade. Eu fiz concurso pra universidade em 1989 e aí fiz enfim mestrado, doutorado, etc. e entrei na carreira acadêmica e não tive mais cargos. Foi assim um brevíssimo, eu tive uma brevíssima passagem pela gestão, digamos assim (P4).

Um dos docentes com formação em Medicina mostrou uma significativa atuação no campo político, destacando em sua trajetória ampla participação no movimento estudantil, atuação junto ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e aproximação ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Entre na medicina [...] e ali eu ingressei no movimento estudantil já [...] e acabei me vinculando com o CEBES. A discussão sobre a Reforma Sanitária que naquela época, ainda não tinha acontecido a 8ª né, eu participei da oitava conferência como estudante de medicina, e a gente então fundou, criou a direção da executiva nacional dos estudantes de medicina- DENEM isso em 1986 e aí assim, embora eu tivesse uma afinidade muito grande com a clínica, inclusive recebi convites para fazer residência em cardiologia, mas acabei optando por Saúde Pública. Eu acabei me tornando presidente da Associação Nacional de Médicos Residentes e adotei assim a construção do SUS como uma, uma trajetória de vida na verdade. Fiz residência em Medicina Geral e Comunitária. Terminei a residência fui diretamente trabalhar com o movimento sem-terra, então fui para o interior do Rio Grande do Sul e ali a gente começou a trabalhar num município muito pequeno. Acabei me tornando Secretário de Saúde do município [...]. Logo depois eu fui para o Ceará, porque eu tenho um amigo [...] que estava implantando as primeiras equipes de Saúde da Família no país [...]. E aí eu acabei saindo do interior do Rio Grande do Sul e fui pra Quixadá, e lá em Quixadá [...], me tornei secretário de saúde do município, depois eu fui secretário de saúde em Icapuí, que é um município também do Ceará e dali, eu comecei a fazer o mestrado, entrei no doutorado, e fui para o Ministério da Saúde logo no primeiro governo do Lula. Fiquei no Ministério acho que quase dois anos e aí fiz o concurso para universidade, e entrei na Universidade Federal do Ceará na Medicina, e já participava da discussão da criação dos cursos de Saúde Coletiva. Eu tentei criar o curso lá no Ceará né [...]. Mudou o rumo da coisa, e aí assim, eu estava lá insatisfeito, quando eu soube que aqui na UFRGS estava se criando o curso de Saúde Coletiva, aí conversei com o pessoal que estava na linha de frente dessa discussão, e meio que me ofereci, falei olha eu tenho disposição, disponibilidade de sair daqui da medicina do Ceará. Eu trabalhei como médico, eu trabalhei como coordenador do sistema de saúde. Trabalhei como gestor, como secretário de saúde, foram experiências muito ricas, todas elas. É, trabalhei muito com comunidade, grupos de teatro de rua, então tenho uma trajetória assim, muito aberta para essas experiências então, é um mosaico de coisas (P5).

Um dos entrevistados, com duas formações na graduação – Enfermagem e Odontologia – apresentou trajetória compartilhada entre a clínica e a área acadêmica. Um dado curioso é que, embora tenha sido graduado em enfermagem e, posteriormente, em Odontologia, foi a partir desta última que vislumbrou possibilidades de inserção no campo da Saúde Coletiva e na área acadêmica.

[...] Fui trabalhar no serviço público como enfermeira. Fui para Santa Casa, depois eu fui para o pronto-socorro, onde eu trabalhei 10 anos [...]. E na Odonto que veio a história da Saúde Coletiva né, que eu continuei no Município. Quando eu formei em Odonto, eu fiz o concurso pra Odonto na prefeitura e trabalhava no consultório. Aí na Prefeitura eu passei para Odonto, deixei enfermagem e nunca mais atuei. E aí na odontologia, na saúde pública né, aqui do Município, eu consegui fazer uma especialização de Odontologia em Saúde Coletiva [...], foi onde eu comecei a enveredar para a Saúde Coletiva. Aí depois de lá muito tempo depois eu saí da Prefeitura, fiquei só com o consultório, mas fiz o mestrado em Saúde Coletiva aqui. E aqui na universidade que foi em 2011 que eu entrei como professora, com o curso de graduação em Saúde Coletiva [...] (P3).

Na formação e trajetória socioprofissional desses docentes, outro aspecto que se distingue dos docentes da área de Epidemiologia, é que todos da área de PPGS cursaram tanto o mestrado quanto o doutorado em Saúde Coletiva ou Saúde Pública.

5.5 Docentes de CSHS: formação e trajetória socioprofissional

O grupo de docentes da área de Ciências Humanas e Sociais em Saúde é caracterizado por distintas formações, que incluem graduação em Medicina, Enfermagem, Ciências Sociais e Ecologia. Três dos docentes possuem mestrado e/ou doutorado em Saúde Coletiva. Um dos docentes (graduado em Enfermagem) não possui mestrado nem doutorado na área, cujas formações são respectivamente em Ciência Sociais e em Antropologia.

Dois dos docentes apresentam trajetórias similares, predominantemente acadêmicas, sem experiências de gestão, nos serviços e/ou inserções de natureza política.

Então, aí no mestrado eu vivi de bolsa, no doutorado como eu não passei [...], aí eu tive que ir pras faculdades particulares né, procurar emprego nas faculdades particulares [...]. Fiquei na FTC durante 3 anos, no segundo ano já consegui emprego na minha área, consegui dar aula de sociologia, de antropologia, antropologia da saúde, dava aula pra enfermagem inclusive, dava aula pra biologia, pra jornalismo. Aí eu fui trabalhar em mais duas

faculdades particulares [...], dando aula, aí eu fui também o que rolava, então metodologia da pesquisa eu dei aula, bioética eu dei aula (C1).

Como minha trajetória de formação foi longa né, que eu passei muito tempo fora, foi em 89 eu defendi a tese em 2000, eu não tive contato, eu sai da graduação, morei esse tempo fora, defendi em dezembro de 2000 e retornei ao Brasil, e aí eu não tive experiência a não ser o que eu te falei, de trabalho bem, não era com a docência, era trabalho pra sobrevivência mesmo, foi ligado ao hospital mas não foi na assistência, foi uma comissão de infecção hospitalar, foi um trabalho administrativo durante a graduação. Então assim, retornando pro Brasil [...], existiam as bolsas que, não era de pós-doutorado né, que se chama hoje, mas era o recém-doutor, daí fizemos uma proposta do recém-doutor pro CNPQ e foi aprovada, e foi quando eu comecei a me inserir aqui na escola, já daí participando também na docência na enfermagem né [...]. Eu atuei nessa bolsa acho 1 ano, 1 ano e meio né, aí abriu concurso aqui na universidade na Escola de Enfermagem, pra enfermagem em Saúde Comunitária [...]. Eu fui a única candidata, naquele momento ainda o número de doutores ainda era pequeno (C4).

Um dos docentes, com formação inicial em Ecologia, possui uma trajetória que combina experiências nos serviços, especificamente na área de Vigilância, e na área acadêmica. Destaca-se que, assim como os docentes de Epidemiologia, os de CSHS também não ocuparam cargos de gestão e/ou tiveram inserções de natureza política.

Bom. Eu, então eu fiz Ecologia depois eu fiz especialização em Saúde Pública [...]. Aí eu fui estagiária da Superintendência de Controle de Endemias em São Paulo por um período de um ano [...]. Fiz o curso de Educação em Saúde Pública e depois prestei o concurso como educadora em Saúde Pública na SUCEN. Aí fiquei de 84 a 88 como educadora em Saúde Pública atuando no controle de endemias, assumi a chefia da vigilância [...], e depois eu prestei para pesquisador científico, entrei na carreira de pesquisador continuei na SUSEP. De 95 aí surgiu uma vaga aqui, eu já estava há 11 anos na SUCEN, estava cansada de correr atrás de mosquito [...]. Aí surgiu vaga aqui e passei no concurso e vim para o Instituto de Saúde Coletiva aqui da Universidade que eu estou até hoje né. Então é mais essa a minha trajetória. Eu sou professora, hoje já sou titular. Então fiz toda minha, quando eu vim para cá eu já tinha o mestrado, aí terminei o mestrado basicamente nessa transição né de sair de Campinas para cá. Aí depois eu fiz o doutorado na Unicamp. Então, aqui além de professora eu fui chefe de departamento, fui diretora 4 anos na gestão passada de 2010 a 2014 (C2).

Aqui também o desencanto pela carreira clínica, especificamente na psiquiatria, foi referido por uma entrevistada de formação Médica, como motivo para inserção na Saúde Coletiva. Sua trajetória é marcada por experiências, tanto clínicas quanto na área acadêmica, com destaque para uma atuação como voluntária em Organização Não Governamental (ONG). Sua experiência e o gosto pela pesquisa a direcionaram para a área acadêmica.

Formei em medicina em 1976 [...]. Eu fiz psiquiatria, residência, fiz especialização também em psiquiatria, depois fui fazer formação psicanalítica e aí comecei consultório e clínica. Agora sempre pensando que não era o meu projeto ficar só em consultório. Eu nunca gostei de Hospital Psiquiátrico apesar de ser psiquiatra [...]. Aí eu fui como voluntária trabalhar numa ONG, num hospital, numa ONG Aids dar atenção aos pacientes e para a equipe também [...]. Resolvi então fazer mestrado em Saúde Coletiva [...] e fui investindo na área acadêmica, na pesquisa [...]. Fiz o doutorado e aí nesse meio tempo assim tinha desinvestido quase totalmente da clínica e investi mesmo na pesquisa, na academia [...]. Também durante o doutorado eu fui professora substituta na Faculdade de Medicina na disciplina de psicologia médica. Bom depois disso eu fiz concursos e acabei, quer dizer, um dos concursos sou professora do IESC né, Ciências Sociais e Humanas em Saúde (C3).

No conjunto, os docentes apresentam uma diversidade de trajetórias pessoais, ligadas a valores e variadas crenças, acumulando diferentes experiências individuais e coletivas, sejam elas familiares, científicas, acadêmicas, em serviços de saúde e políticas. Cabe destacar um ponto em suas trajetórias: a especificidade no que diz respeito às suas formações de origem que representam a diversidade profissional dentro do campo da saúde. Esse aspecto se configura como um rompimento de paradigmas na atuação profissional, muitas vezes desencadeado por crises e identidades profissionais.

Destaca-se também que a pouca inserção dos docentes das áreas de Epidemiologia e CSHS nos serviços, bem como uma tímida aproximação de outras áreas, pode ser um fator que contribui para potencializar as angústias expressadas pelos mesmos docentes, no que se refere à pouca clareza sobre a prática do sanitarista. Isso significa dizer que, durante o processo formativo, pairam inquietações e dúvidas diante do que será efetivamente a atuação do profissional de Saúde Coletiva.

5.6 Percepção dos docentes sobre os cursos de GSC

As experiências vivenciadas pelos docentes, ao longo de uma década da implantação dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil, reúnem um conjunto de fatores relacionados ao processo de formação, ao perfil dos estudantes, aos movimentos de emprego dos egressos e à mudança de conjuntura política do País que evidenciam transformações nas suas percepções sobre os cursos.

No âmbito da formação no campo da saúde, a graduação em Saúde Coletiva é vista pelos docentes como uma possibilidade de caminhos convergentes com seus interesses e

afinidades, além dos cursos se apresentarem como potenciais na construção de uma identidade profissional específica e reconfiguração do campo da Saúde Coletiva.

Saúde coletiva pra quem quer se formar e entende que isso é uma coisa mais importante né, pra sua área profissional, é muito mais motivador. Você sente que os alunos tem muito mais atenção naquilo do que você ensinar epidemiologia pra aluno da fisioterapia, da nutrição, da enfermagem, farmácia, meu Deus, que eles veem aquilo e depois sabem que às vezes nunca mais vai se importar com aquela história ali e aí, aqui não (E2).

Na graduação em saúde coletiva eu me sinto muito em casa, me sinto muito feliz de estar no curso, acho que até muito mais do que eu estaria se eu estivesse numa disciplina num curso de ciências sociais mesmo, acho que saúde coletiva é muito mais minha cara do que a própria ciências sociais mais pura né, justamente porque eu gosto dessas coisas em fronteira [...]. Pra mim, a docência em saúde coletiva é algo que me faz muito sentido (C1).

Para os docentes, os cursos se constituem como espaço estratégico para formação de profissionais com olhar crítico, reflexivo e interdisciplinar, que viria a se consolidar contemplando as três grandes áreas que compõem o tripé da SC e se diferenciando dos demais cursos da área da saúde. Apesar dessa visão otimista, também são pontuadas as dificuldades na integração desses três grandes eixos.

Pra mim o filé da graduação em saúde coletiva que eu digo pra eles assim, esse é o diferencial que só vocês têm e nenhum outro profissional tem é a interdisciplinaridade. É essa a capacidade que vocês têm de transitar, de fazer intersecção de ter o olhar interdisciplinar. Isso o fisioterapeuta que faz o mestrado não vai ter, o médico que faz o mestrado em saúde coletiva não vai ter, o psicólogo que faz o mestrado em saúde coletiva não vai ter, ninguém vai ter só vocês vão ter (C1).

Eu acho que teoricamente deve ter uma boa formação nos três pilares que deve saber fazer um diálogo (C3).

Então eu acho que, eu diria que é uma das coisas que mais me motiva né, esse retorno que a gente tem dos serviços de saúde, porque eles conseguem perceber que o nosso aluno tem uma formação e o olhar diferenciado, ainda com todos os problemas que a gente tem, a gente tem muita coisa p melhorar, eles conseguem perceber [...], então eu vejo assim, que é muito gratificante, mas tu conseguir a inserção do aluno é difícil (E5).

Por outro lado, no que se refere ao perfil dos alunos, a heterogeneidade e a diversidade surgiram como obstáculos para a prática docente, além de reduzir a expectativa do docente no desempenho dos alunos.

A gente tem toda a nossa problemática que já é do nosso curso ser noturno, os alunos não tem tempo né, suficiente pra se dedicar tanto quanto deveria a gente tem um nível cai às vezes de aprendizado, do que a gente espera né que fosse um desempenho melhor, têm essas dificuldades que aí é outro desafio para o professor (E2).

Pontuou-se que o perfil dos alunos foi se modificando gradativamente, ao longo dos anos, tendo como referência as primeiras turmas dos cursos, compondo-se, em grande parte, por trabalhadores com pouca disponibilidade de tempo para os estudos e que apresentam fragilidades que precisam ser superadas na construção do processo de ensino-aprendizagem. Alia-se a isso o agravante de que a maioria dos cursos tem suas aulas em período noturno.

Eu já começo a perceber que o perfil do aluno já vai se modificando, pessoas que às vezes quando vem pra cá sem saber muito do que está se tratando, com menos clareza do curso, pessoas com mais dificuldades porque trabalham e estudam né, e a crise do setor já começando de certo modo a constranger essa possibilidade de entrada dos estudantes no mercado de trabalho (P2).

Embora a proposta do curso tenha sido motivadora, expressando um passo fundamental na expansão e consolidação das práticas de ensino, estruturadas nesse campo, e na construção de uma identidade profissional específica, em relação ao ensino nas demais graduações da área da saúde, os docentes apontam para desafios que tornam limitadas as expectativas sobre a novidade da formação de um sanitarista a partir da graduação.

Quando o curso começou eu acho que a gente tinha uma expectativa enorme né, a gente estava num momento muito bom ainda do SUS e muito animado, e achando que os alunos iam sair e iam ser assim quase dilacerados no meio da rua pelos gestores que ia querer esses alunos correndo né, então assim, a expectativa da gente que o mercado de trabalho absolutamente não seria um problema para os egressos, então era com muito entusiasmo, era uma coisa assim, juro por Deus (P2).

Eu acho que a gente topou esse desafio num momento de tensão, num momento de transição. Sem sombra de dúvidas é extremamente necessário, e vejo o quanto também dentro de todos esses processos inclusive de atuação profissional de um sanitarista extremamente importante (C4).

Mais uma vez alguns depoimentos apontaram para as expectativas iniciais que foram posteriormente desmistificadas, dificuldades de compreensão por parte de alguns docentes sobre a prática do profissional sanitarista que está sendo formado, bem como as dificuldades de inserção de alunos em campos de práticas.

A própria área das ciências sociais e humanas embora eu acho que talvez seja difícil de pensar como ele atuaria, mas sem essa capacidade reflexiva né, eu acho que muito dos problemas que estão aí colocados, os desafios né, do sistema único de saúde não tem como a gente avançar (C4).

A isso se acrescentam os desafios de inserção dos egressos no mercado de trabalho, contribuindo para a desmotivação dos alunos com os cursos e para o aumento da evasão, cujo fenômeno pode refletir no baixo quantitativo de matrículas, conforme vem acontecendo na atualidade.

Tem aqueles alunos também que estão aqui muito preocupados por ser uma formação nova e eles não terem ainda uma ampla possibilidade de atuação no mercado de trabalho né, então eu acho que isso por se só, já se constitui também um grande desafio né, porque assim, são pessoas de formações distintas, e com expectativas também assim, muito distintas (E5).

Os depoimentos direcionam para questões como a mudança de conjuntura política no país, o reconhecimento social do profissional que está sendo formado, pela população e pelas instituições. Fatores dessa natureza desencadeiam sentimentos de impotência nos docentes, os quais se colocam como também parte responsável pela inserção do egresso no mundo do trabalho.

Em 2009 eu não imaginei que chegaria em 2018 com uma crise tão grande do sistema, era outra conjuntura, eu acho que a gente tinha uma outra expectativa, então assim, a gente se sentia muito mobilizado, eu me sentia muito mobilizada de estar participando de um processo de formação de pessoas que iam em 4 anos né, entrar no SUS com um bom nível de qualidade técnica e com uma boa capacidade de reflexão crítica (P2).

Eu não sei se esse país está preparado para ter esse profissional, porque um país cheio de contradições e é um país cheio também de oportunidades. Então isso me deixa, o contexto me deixa muito complicado da inserção do sanitarista, porque dá um medão rapaz, [...] são o futuro de várias pessoas, [...] eu falo meu Deus (C2).

Eu acho que é um curso recente ainda, vamos fazer 10 anos de curso, lógico que é muito recente o curso mas, [...] tem muitas pessoas que não conhecem o curso, tem muitos profissionais que não conhecem o curso, nem dentro da [...] sabe que tem Saúde Coletiva, eu acho que falta um pouco de engajamento, de mostrar o que é Saúde Coletiva, porque senão, você fica perdendo recursos (E3).

Esses resultados apontam para diferentes tipos de resistência, sejam elas internas ou externas às instituições – genéricas ao novo, dos docentes, ao novo profissional a ser formado –, impedimentos burocráticos, fragilidades de infraestrutura, falta de pessoal e divergências

quanto a concepções pedagógicas e metodológicas sobre o curso foram apontadas como dificuldades enfrentadas. A identidade do docente com o curso vai se construindo de acordo com suas experiências prévias, sendo também desenvolvidas nos cursos.

Então assim, tudo isso eu fui constituindo essa identidade com base nas minhas praticas profissionais, nas minhas práticas de trabalho, então eu acho assim, que mesmo que o professor ele não tenha uma grande experiência em serviço de saúde, tu poder nessas formações novas e inovadoras, tu poder ter mais recursos humanos e investir pra que aquele professor ele esteja lá acompanhando e a partir da experiência que pode até ser teórica dele criando possibilidades pra dar visibilidade pro nosso aluno é fundamental pra consolidar a profissão (E5).

Dentro disso daí também acho que tinha muita fantasia né, muita onipotência da gente achar também que a gente ia fazer uma grande coisa e que seria tudo muito fácil, muito bom, que os serviços iam amar receber os alunos e que os alunos vinham todos aqui com opção, com o desejo muito grande, e acho que isso como o tempo vai se modificando, [...] (P2)

Há ainda questões que colocam em evidência alguns questionamentos sobre qual seria o perfil do docente para o curso, sua responsabilidade e protagonismo com a inserção nos serviços e com o reconhecimento da profissão.

Eu acho que comprar essa profissão é muito caro e as pessoas precisam bancar isso né, bancar com recursos humanos suficientes né, a gente precisaria ter mais docentes envolvidos especialmente nas atividades de estágio, que são atividades que dão uma grande visibilidade pros nossos alunos no mundo do trabalho. Então eu acho que esse seria um dos principais desafios assim, porque como é uma profissão nova, se o professor não está acompanhando junto o aluno chega no estágio e se ele quiser ele vai poder ficar só assistindo os outros profissionais trabalhar e praticamente servindo cafezinho né, então assim o docente ele tem que ir pra lá e tem que planejar e combinar junto, o quê que é possível pra que tenha essa visibilidade de atuação profissional e as minhas experiências em relação a isso né, de fazer isso elas tem sido muito significativa (E5).

Eles costumam falar assim: eu quero um enfermeiro, eu já sei o que o enfermeiro faz, [...] por isso que eu falo desse papel protagonista do professor, então eu preciso desenhar o perfil do que o sanitarista pode fazer naquele lugar, então eu preciso conhecer o trabalho das pessoas, conhecer aquele serviço de saúde, saber pra que ele se presta, se é atenção primária, secundária, qual é a especialidade e aí eu preciso compor um rol de ações que é aquilo que o sanitarista vai fazer lá dentro, então quando eles recebem o nosso aluno, eles não querem mais ficar sem (E5).

Muito embora tenham sido apontados os dilemas que permeiam a formação do profissional em Saúde Coletiva, todos os entrevistados fizeram referência à motivação e ao entusiasmo na construção do curso.

Observa-se dentre os docentes entrevistados aqueles que identificam com mais ou menos clareza o “Fazer” do sanitarista. O que tem relação com o eixo biográfico mencionado por Dubar, ou seja, a construção, no tempo, de um conjunto de aspectos que constituem a transição “subjativa” entre identidades herdadas e visadas.

5.7 Percepção sobre a formação docente

Na medida em que os cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil se caracterizam como um processo inovador na formação de sanitaristas, devem ser consideradas as diferentes especificidades entre o ensino de pós-graduação nesse campo e o ensino no âmbito da formação graduada. Entende-se que o professor tem papel crucial no processo de reorientação da formação dos profissionais de saúde. Para tanto, é preciso observar de que forma os docentes foram preparados e como desenvolveram competências que possam corresponder ao que é proposto pelos projetos pedagógicos dos cursos, bem como ao perfil do egresso. Nesse sentido, são analisadas, a seguir, as concepções sobre formação docente.

Observa-se que a formação pedagógica não se constitui como um objeto de interesse do campo científico. Se a pós-graduação *stricto sensu*, que se atribui como espaço de formação do professor, por um lado é caracterizado pela ausência de componentes/práticas de formação pedagógica, por outro há uma supervalorização da pesquisa. Essa discrepância pode estar indicando a fragilidade do docente diante das suas práticas pedagógicas nos cursos de graduação em Saúde Coletiva.

Não tive nada, nenhuma aula de didática na minha vida. Ciências Sociais, se você fizer ciências sociais pra licenciatura você tem a formação daqui da faculdade de educação completa. Eu não fiz, eu só fiz bacharelado, então eu não tive nada, [...] nem de preparação, nem de dicção, nem de absolutamente nada (C1).

A formação pós-graduada na verdade de especialização, mestrado e doutorado que foi o que eu cheguei, contribuiu em termos de me capacitar com relação aos conteúdos que eu tenho hoje né, teóricos capaz de passar para os outros, mas em termos da prática pedagógica, não tive nada, nenhum momento assim, porque o que a gente tem no mestrado, o tirocínio docente no mestrado e doutorado é muito pouco você acompanhar um professor na sala de aula e vê aquilo ali (E2).

Essa visão dos docentes remete ao que revelaram as práticas pedagógicas dos docentes nos cursos. A formação na pós-graduação não trouxe esse acréscimo para, efetivamente, acontecer a prática pedagógica nos cursos. Embora não se negue a importância da pós-graduação *stricto sensu* para o exercício da docência, ainda há um distanciamento entre o que se aprende nesses cursos e os seus desdobramentos em sala de aula, tornando evidente que a lacuna dessas disciplinas didáticas gera tal fragilidade no percurso do ensino-aprendizagem.

[...] Então eu acho que a parte didática e pedagógica eu aprendi muito na prática, mas não tem nenhum momento formal que eu lembre tanto na especialização, mestrado e doutorado que tenha contribuído para melhorar o nível de dar aula com essas questões mais pedagógicas eu acho que não, mais em termos de conteúdo, de teoria sim, claro né, a gente passa muitos anos estudando tudo de saúde coletiva, epidemiologia que é a minha área (E2).

Eu acho que é uma lacuna grande, porque a gente não tem, que outra formação a gente teria pra docência? Não tem formação pra docência. Não sei como a gente poderia fazer isso se não for nos quatro anos de doutorado [...], que acho que as contradições né, do nosso sistema mesmo (C4).

Se você está formando, mestrado acadêmico, doutorado acadêmico, então a princípio você está formando pessoas que vão assumir uma sala de aula em algum momento e você não tem nada que te prepare para esse momento (E2).

A fala de uma entrevistada revela a importância que deve ser dada ao desafio da docência, o movimento de prática colaborativa que vem acontecendo entre os docentes e o empenho da instituição para abrir espaços de discussão e formação, na busca por superar as lacunas existentes. Pode-se inferir que há um desafio no ensino o qual exige a aquisição de novas habilidades e competências pelos docentes, cujo cenário pode ser uma causa das dificuldades dos docentes quando estes precisam lidar com a heterogeneidade dos alunos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, conforme relatado:

Então vai muito da sua vontade e da sua habilidade em querer aprender e realmente querer ser um bom professor porque se você não quiser, e a gente tem vários exemplos disso, aqui graças a Deus a gente não tem porque nós temos nos apoiado muito aqui no ISC, aqui no nosso grupo da graduação né, as reuniões que a gente promove as oficinas, chamando gente de fora pra poder dar esse suporte, melhorar nível de aula mais eu sei que tem instituições que não existe isso é cada um por si, você chega lá você faz sua aula, sua aula não tem nada a ver com a aula do seu colega [...]. A gente tenta sanar ela dessa forma porque a gente trabalha muito no coletivo mesmo, tudo é muito construído junto (E2).

Não tem uma formação específica para a docência, o que eu tenho eu fui buscar, a universidade aqui tem investido em cursos de qualificação pros

docentes que a maioria dos docentes tem entrado assim né. E os cursos de mestrado e doutorado eles não contemplam essa preocupação [...] (P1).

Observa-se que, além das lacunas apontadas nos cursos de mestrado e doutorado, o tirocínio docente, que é considerado um dos poucos e principal espaço de formação dos sujeitos, não tem recebido a devida relevância. Conforme apontam os docentes, é preciso rever o grau de importância que é dado aos saberes da prática pedagógica e redimensionar o ensino de pós-graduação.

Eu acho que a pós-graduação deveria ter um momento além do tirocínio docente ou mesmo que o tirocínio docente fosse um espaço pra discutir e aperfeiçoar melhor as práticas pedagógicas e não só acompanhar o professor em sala (E2).

Eu acho que a pós-graduação não prepara você para ser professor, ela prepara você para ser pesquisador né [...]. Então eu acho que a gente entra e sai da pós-graduação sem ser preparada para o ensino [...]. Se está preparando professor então nós temos que rever os moldes das pós-graduações (C2).

Na concepção de um docente, que é também professor da pós-graduação, é reforçada a falta de investimentos na formação docente nesse espaço.

Eu acho que a gente faz pouquíssimo investimento em práticas pedagógicas. Os docentes não fazem esse investimento e a gente como estudante tinha auxílio docente a gente, bom, no meu tempo no mestrado, acho que no mestrado não era obrigatório, esse auxílio docente porque tinha no doutorado (P2).

Nas experiências de formação, alguns entrevistados apontam que o estágio em docência no mestrado era disponível e obrigatório apenas para alunos bolsistas. Tal experiência reforça a pouca importância que é dada a essa questão.

É uma lacuna porque, se é para formar mestre, se é para formar um professor, ele tinha de ter um estágio de docência para todos os alunos, não só para os [...] bolsistas. Na verdade para quem nunca enfrentou uma sala de aula, sai do mestrado, por exemplo, eu não era bolsista, então, em uma sala de aula de alunos, eu acho que o estágio docência tem de ser para todos os alunos (E3).

Hoje em dia quem é obrigado fazer estágio docente é o aluno da pós graduação, mestrado e doutorado que é bolsista né, então pra cumprir uma exigência da CAPES (E5).

Quando eu estava fazendo doutorado eu tive um estágio docente por ser bolsista e aí eu dei aula para graduação em Ciências Sociais, montei aulas com orientação do meu orientador né e aí montei aula, montei roteiro e tal e isso foi bom (C3).

Embora se reconheça a importância da pesquisa científica para fortalecer o desenvolvimento econômico e social, a concepção sobre a valorização da pesquisa na formação pós-graduada é unânime entre os docentes entrevistados, os quais reconhecem a necessidade de investimentos na formação didático-pedagógica, inclusive considerando os debates sobre metodologias ativas, tecnologias da informação e práticas de ensino. No que tange ao aspecto de maior valorização da atividade de pesquisa e consequentemente a exigência pela produção pode ser um fator que afete o investimento na atividade docente. Isso requer, especificamente, no campo da Saúde Coletiva, uma expressividade múltipla diante do processo de ensino-aprendizagem, que é complexo e subjetivo nesse campo.

Eu via depois pela minha experiência, muitos colegas entrando né, fazendo mestrado e doutorado, aprendendo a fazer pesquisa e quando eles chegavam numa universidade como professor, eles não sabiam o quê que era um plano de ensino, o que era discussão de currículo, o quê que eram as diretrizes curriculares [...]. A pós-graduação ela é hoje em dia, ela é assim, totalmente voltada pra questão produtivista [...]. A gente está interessado é no artigo que vai ser produzido. E muito voltada pra questão de pesquisa né, deixando um pouco de lado esses elementos que são tão importantes pra prática docente (E5).

O mestrado acadêmico ele é pra te ensinar a ser um acadêmico, a ser um docente e o doutorado seria mais para o pesquisador. Só que na prática, pelo menos por onde passei, eles não tinham a preocupação de formar docentes no mestrado e quando chegou no doutorado menos ainda. Parece que a questão da pesquisa de ser pesquisador é muito mais valorizada porque eles são muito mais cobrados por isso. Então a medição da CAPES, a medição do CNPQ é a produção que você faz de publicação, de pesquisa e tal (P1).

Eu acho que está indo pra direcionalidade do mercado acadêmico, do produtivíssimo de artigo, tipo de arranjo em que se exige muito em termos de expressividade ritualística, de escrever artigo de publicar artigo e muito pouco de inserção realmente nos processos de trabalho, de produção social de saúde inclusive [...], está muito dissociado, acho, das prioridades realmente pelo menos no campo da saúde, então acho que está indo pra outro rumo, acho que a pós-graduação da forma que ela está hoje, ela tem dificultado muito o aprendizado de novas pedagogias, de novas, das alternativas que estão colocadas hoje. Infelizmente. Claro que tu tens as exceções, mas via de regra, é isso (P5).

De forma contrária, a concepção de um docente é de que a pesquisa deve realmente ter maior espaço na pós-graduação, visto que há uma defasagem no âmbito da graduação, na medida em que não forma o aluno para a pesquisa.

[...] A formação pra pesquisa ela é muito deficiente ainda na graduação né, e eu acho que daí nesses dois anos de mestrado a formação tem que ser pra pesquisa mesmo porque eu acho que eu falo sempre do meu lugar de fala que é a área das ciências sociais e humanas né, e acho que o investimento precisa ser grande ali né, porque nessa área tem deficiências grandes lá atrás na graduação, pra pesquisa. Mas assim, no doutorado eu acho que não dá, não cabe ficar a formação se voltar somente pra pesquisa nos quatro anos né, eu acho que ela tem que dá essa possibilidade pra docência também [...] (C4).

Diante desse contexto e das lacunas apontadas, a busca pela formação e qualificação docente tem se tornado uma rotina, visando superar os desafios apresentados no exercício da docência.

Eu busquei as metodologias, a questão de quais são as metodologias utilizadas, para não ficar só naquela coisa de você dar aula expositiva, você tem que motivar o aluno, o aluno, ele gosta de ser motivado, eu procurei coisas assim (E3).

Eu não tinha disciplinas de formação docente que fossem obrigatórias, mas eu por vontade própria eu fiz disciplinas eletivas de prática docente, então assim discutir essas questões, por exemplo, de um currículo que é uma coisa que um professor entra na universidade ele muitas vezes nunca viu, não sabe o que é um plano de ensino [...]. Então eu tive nessas duas disciplinas que eu fiz eletivas no meu doutorado, eu tive essa experiência assim, essa possibilidade né, se não fossem essas duas disciplinas que eu fiz por vontade própria eu teria terminado o doutorado sem jamais saber o que era as diretrizes por que assim, eu ouvi falar nisso durante a minha formação na graduação (E5).

Na verdade a minha formação docente ela foi muito mais, ela se deu muito mais por procura minha né, por leituras, por coisas que eu fui atrás procurar pra ter uma boa, um bom desempenho vamos dizer assim né, do que uma instituição me oferecesse ou digamos assim me obrigasse a ter né por que em geral os cursos da saúde pelo que eu vejo assim pela minha experiência, as pessoas não tem essa preocupação. [...] a parte, vamos dizer assim, mais didática mesmo de sala de aula, eu quando fui chamada então pra esse lugar eu comprei dois livros e fui assim, ler sobre postura, desempenho didático né, essas questões assim vamos dizer assim mais estruturais da formação (E5).

Eu acho que o docente que acaba buscando isso, porque de uma formação institucionalizada não existe. A gente teve um treinamento quando entrou

aqui bem no início de quando você entra, você tem uma capacitação, mas se não me engano acho que são três dias né (P3).

Essas experiências revelam um autodidatismo dos docentes, os quais aprendem fazendo na prática. Com erros e acertos, os docentes aprendem a ensinar ensinando, e reconhecem a necessidade de investir em sua formação e qualificação para ampliar as competências relacionadas à sua atuação profissional. Essa ideia é apresentada pelos sujeitos deste estudo, os quais apontam caminhos diferenciados para alcançarem os objetivos e assim atenderem às demandas que emergem na atuação docente. As falas demonstram, portanto, que não há uma “receita pronta” para quem não teve uma formação direcionada ao ensino, logo a busca por alternativas é necessária.

A gente ficou num movimento muito de aprender fazendo [...]. A gente tinha alguns movimentos que tinham oficinas pedagógicas que era bem bacana, mas de uma maneira assim que eu diria a você muito amadora, sem nenhuma formação mesmo, de como atuar como docente (P1).

Muito empírico né, eu não tive contato com a didática, com sociologia da educação, nada disso [...]. No mestrado eu comecei a buscar isso, apesar de que o mestrado de saúde pública lá da [...] não tem disciplinas ligadas à docência, a pesar de que o mestre seria aquele preparado para a docência e doutor pra pesquisa, mas eles não valorizam muito isso [...]. Eu cursei algumas disciplinas por conta própria, no curso de graduação de pedagogia: então eu cursei sociologia da educação, psicologia da educação e didática né (P1).

Eu na verdade eu imitava as minhas professoras né, eu acho que o que fiz, acho que ainda faço é muito em função da memória que eu tenho das minhas boas professoras, tanto no curso primário, no ginásio, no científico, a própria experiência, as experiências positivas que eu tive muitas na faculdade de medicina, tive muita sorte que eu ainda peguei, tive a oportunidade de conviver com grandes professores (P2).

Foi muito intuitivo e assim sacando o quê que dava certo e o quê que não dava certo, sabe, foi bem isso assim, eu não tive preparo nenhum da graduação, nem do mestrado, mesmo o tirocínio docente que eu fiz eu não me senti que me preparou absolutamente para dar aula (C1).

Até hoje eu fico tentando né, fico experimentando e assim ouço uma coisa daqui, ouço dali, uma coisa muito, totalmente improvisada, totalmente improvisada, totalmente subjetiva né, eu que decido, não converso com outros professores (P4).

Formação específica não tive né, foi a avaliação dos alunos, foi acho que também foi de uma vontade de compartilhar sabe, conhecimento, mais do que talvez essa ideia da docência de transmissão de conhecimento, eu acho

que como eu não tinha experiência de como fazer isso eu fui construindo isso, porque eu não podia chegar lá e dizer, “olha... né... é assim” (C4).

Nesse contexto, a falta de uma formação docente que contemple os saberes necessários do campo da educação tem gerado insegurança nos docentes, os quais têm passado por um processo de autocrítica sobre a qualidade de sua prática, que algumas vezes é questionada pelos alunos no que se refere à forma de o docente trabalhar, já que o desenvolvimento de suas competências tem se dado predominantemente na pesquisa.

Eu ainda acho muito precária, eu acho que eu devo investir, tenho buscado melhorar, tenho procurado investir e ter mais ferramentas metodológicas pra tornar essa relação com o aluno, que o aluno se interesse mais pelo conteúdo que é apresentado [...]. A gente tem que fazer uma autocritica, e vê também que eles têm muita razão de se queixar da forma como a gente trabalha, porque eu acho que não é uma questão só de resistência a conteúdo, eu acho que a gente tem uma forma muito professoral, muito tradicional e isso não é legal (P1).

Até hoje eu não sei se eu sou boa professora, se eu não sou boa professora, se o que eu falo faz sentido, não faz sentido, se poderia ser diferente (P4).

Um dos entrevistados coloca em questão a distinção e particularidades existentes entre o ensino de graduação e de pós-graduação em Saúde Coletiva. Nessa perspectiva, há que considerar as especificidades dessas duas formações, pois o que se espera de um graduado em Saúde Coletiva não deve ser confundido com o perfil do que formam os programas de pós-graduação na área.

A minha formação no doutorado, principalmente, me ajudou muito pra dar aula na pós-graduação, mas quando eu cheguei pra dar aula na graduação de Saúde Coletiva, que era minha inovação, eu acho que levei uns dois anos pra cair a ficha de que eu não estava dando aula pra pós-graduação, claro que eu sabia né, mas na prática tu leva um tempo pra perceber que tu está dando aula para a graduação de Saúde Coletiva é diferente da pós-graduação (P5).

Além da formação para o ensino, foi também pontuada a ausência dos docentes em atividades de extensão. Ao considerar que a carreira docente deve contemplar atividades de ensino, pesquisa e extensão, um docente traz essa problemática. A extensão quase não apareceu nas entrevistas, expressando a timidez com que se apresenta no conjunto de atividades dos docentes.

Foi muito mais uma formação da pesquisa, pra pesquisa entendeu. Nem pra extensão não houve essa formação, hoje eu faço extensão intuitivamente

também e das coisas que eu leio, mais não tive formação nem pra extensão nem pra docência (C1).

No percurso da formação docente, as falas evidenciaram, na quase totalidade dos entrevistados, uma dificuldade e/ou estranhamento para tratar dos saberes didático-pedagógicos. As concepções apresentadas mostram pouca apropriação das teorias do campo da educação e os elementos que constituem a própria ação docente. Dentre os referenciais, os nomes de Paulo Freire, Vygotsky, Rudolf Steiner e Waldorf foram citados apenas uma vez por um único entrevistado, cuja superficialidade sinaliza que os docentes não parecem estar alinhados com os projetos pedagógicos que compõem os cursos.

Eu tenho buscado sempre cursos mais na linha de metodologias mais tipo Paulo Freire né, mais alternativas né e o curso traz um pouco disso né, a metodologia que a gente quer trazer e procura trazer no curso e dar problematização [...]. Agora esse curso que a gente trouxe depois, a própria Ciências Sociais que trouxe a área com baseado em Vygotsky né que é o nosso, PPC também é baseado nele né (P3).

Eu trabalhei numa formação, fui formada no curso de pedagogia social, mas é um curso de atualização de dois anos, que trabalha com a abordagem, foi a pedagogia de Rudolf Steiner, é Waldorf né e como é adulto chama pedagogia social, que também aproxima muito dessas metodologias mais alternativas né e a própria problematização só que com outros nomes, mas como a gente diz, parece que uma coisa atrai outra, mas como eu gostei muito da pedagogia social desse curso, das pessoas, a gente continuou [...] usando a mesma né pedagogia (P3).

De modo geral, é consenso que a docência é uma prática que exige formação específica, por ser caracterizada por elementos complexos que vão além do domínio de determinados conteúdos. Os resultados apontam que a pós-graduação não toma a questão da formação pedagógica como objeto de interesse, sendo que há uma tendência de formação técnico-instrumental, o que vai de encontro com uma formação que seja pedagogicamente coerente com as competências e habilidades propostas nos projetos dos cursos para formar determinado perfil profissional.

Na falta de exigência nas políticas públicas de uma formação docente universitária que contemple seus saberes específicos, o professor constrói sua identidade no tradicionalismo acadêmico da pesquisa científica, na própria experiência profissional que se revela autodidata. Cabe refletir se os docentes, por apresentarem formações com maior ênfase na pesquisa, estão reproduzindo essa identidade na formação dos estudantes da graduação em Saúde Coletiva.

5.8 Percepção sobre a prática docente nos cursos de GSC

No processo do curso o docente se depara com um momento de descrédito de sua própria atuação. A competência docente, muitas vezes é colocada em questionamento, sobretudo quando ele está no processo inicial em sala de aula. Há uma expectativa do aluno de que o docente chegue pronto e com domínio pleno da prática, desconhecendo que a maturidade do professor vai sendo construída ao longo das experiências em sala de aula, as quais passam por uma série de experimentações que envolvem erros e acertos.

Eu comecei muito nova a dar aula, então várias vezes alunos já me confundiram com colegas né, de chegar assim na sala ‘cadê a professora? Ela não é não?’ e falar, a eu sou a professora então eu era muito nova e consequentemente também muito imatura né com as questões didáticas e o quê que todo professor eu acho que quando começa a dar aula e ainda não tem maturidade suficiente tende a ser muito rigoroso né, por uma questão de insegurança até então você faz provas difíceis, você quer que o aluno aprenda todo aquele conteúdo, você acha realmente que ele precisa aprender o livro todo daquele assunto então são coisas assim que você faz no início,[...]. Quem vem parar na universidade, ensino superior, universidades federais, [...], a gente não tem preparação nenhuma pra poder aprender didática, aprender pedagogia né, nada, você vai aprendendo na prática, se tiver boa vontade você aprende, se não tiver você vai fazer um monte de besteira e vai aprender apanhando assim no dia a dia, você vai dizer olha isso não deu certo, dessa forma não funciona, avaliação assim não pode ser, aí a gente vai crescendo dessa forma né (E2).

O ensino nos cursos de graduação em Saúde Coletiva faz com que os docentes sintam-se mais motivados em relação ao ensino da Saúde Coletiva nos demais cursos de graduação da área da saúde. Nesse sentido, a especificidade da formação do sanitarista na graduação dá legitimidade à prática docente nos cursos que é reforçada pela pertinência no aprofundamento dos conteúdos.

Você sente que os alunos tem muito mais atenção naquilo do que você ensinar epidemiologia pra aluno da fisioterapia, da nutrição, da enfermagem, farmácia, meu Deus, que eles veem aquilo e depois sabem que às vezes nunca mais vai se importar com aquela história ali e aí aqui não, é diferente, você está ensinando epidemiologia durante dois anos, contato com os mesmos alunos né, e é algo que os alunos valorizam mais (E2).

No entanto, o professor lida com uma heterogeneidade de perfis de alunos atraídos pelos cursos, que em sua maioria são noturnos, o que parece ser comum da GSC. Com isso, se os espaços de aprendizagem são heterogêneos, o professor precisa conceber novas estratégias e instrumentos que deem conta de superar esses desafios da prática docente.

Claro que a gente tem toda a nossa problemática que já é do nosso curso ser noturno, os alunos não tem tempo né, suficiente pra se dedicar tanto quanto deveria. A gente tem um nível cai às vezes de aprendizado, do que a gente espera né que fosse um desempenho melhor, tem essas dificuldades que aí é outro desafio para o professor (E2).

Primeiro, eu tinha dado aula para pós-graduação na escola de Saúde Pública, alguns cursos de especialização, mas na graduação é diferente, quando você pega um aluno que tem 17 anos, o outro com 40 anos, eu já tive aluno de 60 anos, é totalmente diferente a cabeça, você tem que trabalhar o conteúdo que você tem, tanto para o de 17, quanto para 60, daí, você vê como é diferente trabalhar com o conteúdo tão heterogêneo que é o seu público, [...] algumas metodologias que se usa, que se vai fazendo testes, que as pessoas leem as noções e não se dão conta que eles estão estudando, vivendo a saúde coletiva, você mostrar isso, são experiências gostosas que se tem, isso na Saúde Coletiva se consegue fazer muito isso, na medicina é diferente, você não consegue fazer isso na medicina, você quer saber da Clínica, fazer clínica, enfermagem clínica, feridas, isso é diferente, mas na Saúde Coletiva você consegue discutir promoção, prevenção, você tem todo um eixo para se discutir dentro da Saúde Coletiva e isso é muito bom, e com isso você consegue trabalhar a gestão em si, a epidemiologia como instrumento (E3).

Soma-se a esse cenário o desafio de lidar com alunos que já trazem na bagagem saberes de outros universos, a exemplo de estudantes vindos de outras formações da saúde, de profissionais já formados, com experiências nos serviços e também com mestrado concluído, os quais já deram início à construção de uma identidade profissional. Esse aspecto embora seja visto como desafiador, também é visto como fortalecimento da prática docente nos cursos.

Nós temos perfis de um aluno, alunos que vem da assistência, da gestão né, que então já são profissionais de outras, com outras formações, com... e que procuram né, o campo da saúde coletiva pra poder justamente ampliar, temos alunos que estão assim, num final de carreira e que descobriram e que querem voltar a estudar então além de ter vários perfis eu diria de expectativa do que é o campo né, tem perfis geracionais diferentes mesmo, tem alunos até já tem mestrado e que vem pra graduação, tem alunos que estão fazendo concomitantemente a graduação em saúde coletiva e o mestrado em saúde coletiva, que ele já tem uma outra graduação, [...]. Então assim, isso dentro da sala de aula é um caldo né, é um desafio cotidiano mas eu acho que daí o fato de não ser disciplina ajuda, ajuda a gente a trabalhar com a diversidade né, então a gente vai criando possibilidades, claro que isso demanda uma pró atividade do aluno muito maior que daí pro aluno é um desafio muito grande porque como ele é um aluno trabalhador que chega cansado né, ele se coloca muito bem (C4).

Os docentes colocam em evidencia as hierarquias que existem dentro da universidade. Por se tratar de um curso novo, o *status* e a classificação em relação aos demais cursos da área

da saúde mostram uma hierarquização do ensino, com graus de valoração muito presentes no rol de cursos, o que, conseqüentemente, compromete a autoestima do docente. A prática docente é comparada entre os cursos, incluindo aí a aceitação da comunidade acadêmica.

Aqui nós estamos falando do curso novo né, que é bem diferente das experiências que eu tive anteriormente né, que eram profissões consolidadas, cursos já bem estruturados na universidade privada que eu trabalhei antes de vir pra cá. Então assim é, eu vejo como um grande desafio esse curso, também por várias questões estruturantes, que a gente tem aqui, que talvez sejam especificidades só deste curso aqui, [...]. Então existe uma disputa de poder e de espaço muito grande aqui dentro, e isso direto ou indiretamente vai respingar nas praticas docentes que a gente faz nos espaços que a gente tem, nas atividades que a gente compõe com os alunos né (E5).

A transição na geração de docentes também é colocada em questão. Mentes novas dão lugar a novas propostas e pensamentos novos, entretanto pairam dúvidas e questionamentos acerca da própria experiência que ainda é incipiente, em relação aos precursores que criaram o projeto ético político pedagógico dos cursos, mas não puderam acompanhá-lo.

Depois assim é um curso que teve muita dificuldade na própria seleção dos professores, teve professores que criaram o curso e se aposentaram, então vieram professores novos, tiveram vagas de concurso que foram autorizadas todas juntas, então assim os professores são relativamente novos, comigo entraram mais seis, então foi um concurso pra sete professores novos ingressando na universidade federal pela primeira vez, alguns sem experiência nenhuma prévia, nem de prática docente e outros já com experiências em outras universidades privadas, ou até mesmo em universidade pública né, então assim, a própria composição assim, foi uma composição muito difícil. Porque que eu digo que respinga, por que quando eu cheguei aqui eu ouvi muito o discurso de que a proposta desse curso era um curso que deveria ser baseado em metodologias mais ativas, das quais eu como tinha tido uma disciplina sobre isso, [...] sabia muito bem o quê que era e do que se tratava, mas os colegas que entraram comigo, nenhum deles sabia o que era isso. Então assim, teve uma demanda inclusive de tempo de estudo, de apropriação, vamos dizer assim de técnicas, de pensar nas práticas do cotidiano, do próprio grupo de professores (E5).

Acrescenta-se como desafio de um curso novo a responsabilidade dos docentes com suas diversas trajetórias e perfis profissionais, e assim poderem contribuir para a construção da identidade de um novo profissional com identidade específica, que não se confunde com as identidades dos demais profissionais da saúde.

E como é um curso que tem professores com áreas bem distintas, então nós temos professores que são médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas então cada um acaba trazendo um pouco da sua identidade da sua bagagem e

fazendo praticas diferentes em sala de aula. Então assim, é um desafio didático a cada semestre por se tratar de um curso novo, um curso novo que precisa criar uma identidade né, que precisa ter uma linguagem mais uniforme entre os professores né, então assim, um desafio cotidiano (E5).

Embora se reconheça a necessidade de construção de uma identidade profissional específica a partir da formação dos estudantes dos cursos, entra em conflito a própria identidade do professor, ao colocar em xeque a sua falta de domínio sobre algumas práticas específicas do profissional sanitaria, podendo representar angústia e incômodo entre os docentes.

[...] Eu digo pra eles assim ô tem coisas do mundo do trabalho do sanitaria que eu não sei fazer, sei lá preencher uma ficha de sistema de informação, eu não sei fazer e não me sinto menos sanitaria por não saber fazer, inclusive em varias reuniões eu vejo colegas falando isso assim, mas, todo graduando de Saúde Coletiva precisaria saber fazer isso e eu digo, gente então eu não sou sanitaria. Vocês estão dizendo que, para ser sanitaria é preciso saber isso, isso e isso, então eu não sou sanitaria e eu não concordo (C1).

Chama a atenção que há um distanciamento entre a teoria e a prática no ensino das Ciências Sociais e Humanas em Saúde nos cursos. Apesar de se reconhecer a importância e o lugar das ciências sociais dentro do campo, até mesmo como diferencial do profissional que está sendo formado, são apresentados discursos que revelam a dificuldade do docente em adotar estratégias pedagógicas que deem conta de construir caminhos os quais possam apropriar o aluno da aplicação das ciências sociais nas práticas de Saúde Coletiva. Talvez o docente não tenha sido preparado para isso, havendo uma reprodução do que vivenciou na universidade e no tradicionalismo acadêmico.

Mas eu digo isso assim pra eles, olha eu acho que vocês tem que aproveitar a formação que é uma formação muito interessante e muito diferente das outras formações que tem no mercado, assim né, nos outros cursos de saúde. Tem uma singularidade, se vocês valorizam essa singularidade o mundo do trabalho vai valorizar essa singularidade, agora se vocês já não valorizam e já acham que não vai servir pra nada aí também o mercado de trabalho não vai enxergar isso. Eu acho que tem uma dificuldade das pessoas de ciências sociais de se tornar compreensível sabe, de se tornar acessível ao aluno então se a gente ficar lá uma aula inteira falando sobre Marx, sobre os conceitos, sobre as teorias e não conseguir transportar isso, Marx trabalho, Marx violência, Marx desigualdade, fica muito etéreo, fica muito teórico, fica muito distante da realidade, então eu acho que é um esforço pra quem trabalha em saúde coletiva e é da área de ciências sociais é se fazer compreender, se fazer, fazer essa ponte entre esses teóricos e a realidade então sempre trabalhando com temas. [...] Só faz sentido pra você se tiver

próximo da sua realidade, se eu tiver falando lá da Europa do século 19, ô gente, pelo amor de Deus, entendeu, não dá (C1).

Mas é uma prática que é um desafio enorme, primeiro não só porque a área das ciências sociais e humanas não é... como ela é uma área [...], na sua essência reflexiva né, é um choque pros alunos quando eles iniciam uma formação porque a expectativa também é uma atuação né e atuação pelo olhar das ciências sociais e humanas não é algo tão concreto né, eu não vou então aprender a fazer uma, eu não vou aprender uma técnica né pra poder atuar, porque se eu olha isso pelo viés da ciências sociais eu vou precisar refletir sobre uma situação pra poder atuar, então isso não é algo concreto pro aluno que está iniciando (C4).

Acho que tenho algo a contribuir, acho que as ciências sociais pode contribuir muito com a formação pra qualquer profissional de saúde, pra Saúde Coletiva, converso muito isso com eles porque eu sinto que os alunos, [...] tem uma visão de que o que a gente está ensinando em ciências sociais não vai poder ser aplicado. Assim, muita angustia no sentido assim da aplicabilidade no mundo do trabalho, assim, os alunos de Saúde Coletiva têm muita angustia assim, mas quando eu estiver trabalhando, o que é que eu vou fazer? (C1).

Mais uma vez aparece como um dos desafios o fato de os cursos serem em sua maioria no período noturno. Esse fator reforça ainda mais o distanciamento entre teoria e prática, já que os serviços de saúde funcionam em sua maioria no período diurno, dificultando o desenvolvimento de atividades que favoreçam a inserção dos estudantes em campos de práticas.

Então a gente tem tentado discutir formas de estar lidando com essas inovações e o nosso grande problema é que é um curso noturno, o curso noturno tem muito pouca oportunidade neste horário noturno pra estar em campo, principalmente na questão da gestão, planejamento da gestão, normalmente a noite não funciona essas práticas de gestão, elas ficam pro horário convencional (P5).

Na contramão dos discursos que falam das fragilidades da docência, observam-se falas que traduzem estímulos. A despeito das dificuldades pontuadas pelos entrevistados há aqueles que acreditam e optam pelo enfrentamento do desafio, além de se sentirem satisfeitos com sua mudança de atuação profissional.

Eu acho assim, que em geral os professores que vêm pra esse curso, eles tem muita vontade, eles apostam na profissão, na formação inovadora, eles acreditam que é possível e chegam aqui assim como a gente fala, com todo o gás da coca- cola né, então assim, são professores que em geral eles fazem muito mais, vamos dizer assim do que sua carga horaria né, eles se envolvem com muitas outras atividades pra tentar proporcionar experiências diversas pros alunos (E5).

Eu sou muito mais realizado hoje com a docência com os meus alunos do que com os meus pacientes de odontologia. A minha ação, a minha contribuição para modificação da realidade na odontologia era muito pontual e na docência eu mexo com várias pessoas eu tenho uma média de 80 a 90 alunos por semestre que eu sei que eu tô plantando alguma semente principalmente da saúde pública para essas pessoas (P1).

Então, na graduação em saúde coletiva eu me sinto muito em casa assim, me sinto muito feliz de estar no curso acho que até muito mais do que eu estaria se eu estivesse numa disciplina num curso de ciências sociais mesmo, acho que saúde coletiva é muito mais minha cara do que a própria ciências sociais mais pura né, justamente porque eu gosto desses coisas em fronteira sabe, eu gosto de estar transitando e poder ler coisas sobre psicologia por exemplo e ler coisas sobre política, planejamento e gestão, ler políticas de saúde enfim, eu acho interessante essas intersecções os pontos de encontro entre um e outro, então pra mim a docência em saúde coletiva é algo que me faz muito sentido assim, eu me sinto muito à vontade com os alunos (C1).

Os professores se submetem a condições de trabalho que comprometem os resultados da prática pedagógica. Nesse contexto se inserem as questões burocráticas do sistema universitário que, se por um lado, as normas devem ser cumpridas conforme os protocolos estabelecidos, por outro não é isso que acontece na prática, gerando desmotivação e conflitos nas relações de trabalho. Destaca-se o baixo quantitativo de profissionais no quadro docente de alguns cursos, que repercute no excesso de carga horária, além de o docente ministrar disciplinas as quais não tem aderência com sua formação. A conjuntura dentro do sistema universitário provoca um abismo entre o que o profissional gostaria de fazer e o que ele efetivamente faz.

Desde quando eu entrei, agora é o primeiro semestre que não falta professor no curso, então já fiz de tudo um pouco, eu já dei bioestatística 1, bioestatística 2, bioestatística 3, bioestatística 4 até a 6. Em outros semestres eu já tive o dobro de carga horária em sala de aula porque a gente teve professores que se aposentaram, que saíram, não era possível fazer concurso público nem chamar professor substituto, então eu já tive semestres que eu dei 300 horas em sala de aula, então os alunos me encontravam praticamente em todos os semestres (E5).

Então a gente tem professores que, por exemplo, fazem atividades que nem registram essas atividades, porque a gente tem uma chefia que limita aquilo que é possível dentro da carga horária, dentro da universidade, então eu vejo que as pessoas elas chegam aqui com essa vontade, mas com as dificuldades do lugar onde a gente está inserido, as pessoas elas vão perdendo esse tesão pelo trabalho, essa vontade de fazer ao longo desse processo né, então a gente tem muitas dificuldades aqui, porque a gente está num lugar muito tradicional. Pra te dar um exemplo né, a gente tenta, como nós somos poucos professores e um curso novo, em geral os professores nos cursos da saúde são cursos que tem 70 professores, 50 professores. Nós estamos num curso

da saúde que é um curso novo e nós somos 16 então em geral a gente tenta otimizar atividades (E5).

Desde que eu entrei eu passei por várias áreas dentro do curso inclusive epidemiologia e ciências sociais, mas eu atuei mais na área de política que foi a vaga que eu entrei né. Porque que eu passei pelas outras áreas também? Porque existe uma disciplina que chama eixo integrador que aí não é nenhuma área específica que dá aula sobre isso e o eixo integrador como eu tava, foi meio junto assim dava aula, mas também fui coordenadora. Eu tinha que ter as três áreas de conhecimento trabalhando nos problemas que aqueles alunos levantam lá no primeiro semestre. Não é ainda o entendimento de todo corpo docente do curso, aí chega os novos né que não tem muito, às vezes muita experiência, mas a gente viveu isso, eu vivi isso (P3).

O fato de o curso ser visto como uma inovação na formação em saúde, especialmente dentro do campo da Saúde Coletiva, faz com que o docente exija de si uma prática que corresponda a essa expectativa. Nesse sentido, a interdisciplinaridade que é vista como um dos diferenciais do curso, efetivamente parece não ocorrer, na medida em se preservam as “caixinhas de conhecimentos” sem que haja o tão difundido diálogo entre as disciplinas. Esse fator dificulta que o aluno estabeleça as devidas conexões entre os saberes diversos.

Tu fez uma inovação, então aqui, por exemplo, a gente costuma dizer que a nossa grande aposta é a interdisciplinaridade, a gente costuma dizer que a gente não tem disciplina, nos temos unidades de produção pedagógica, a gente enche a boca pra falar de UPPs, mas quando tu vai olhar de perto a dinâmica cotidiana do curso está cada um no seu quadrado, na pratica são disciplinas, é uma pratica disciplinar embora outros cursos seja mais, digamos, avançado. O discurso não é disciplinar, mas a pratica é disciplinar. Então eu tenho tentado primeiro na unidade que eu to, que é de planejamento gestão e avaliação, to com mais três professores, trabalhar de uma forma diferente (P5).

Como nós não temos as disciplinas fechadas né, nas suas fronteiras né, nós tentamos trabalhar com o tema [...]. Às vezes se configura um tema, em módulos mas a gente também não tenta fechar muito em módulos porque isso também as vezes não permite né uma maior permeabilidade né entre os conteúdos, Então (C4).

5.9 Estratégias pedagógicas desenvolvidas pelos docentes nos cursos de GSC

Algumas falas dos entrevistados são importantes, na medida em que o docente reconhece suas limitações e, a partir das fragilidades, vai buscando mudanças como suporte para sua prática pedagógica. Essas novas investidas do professor buscam como objetivo aproximar a teoria da prática, o ensino dos serviços.

Sempre trabalhei muito no quadro mesmo, aquele basicão de você ensinar e passar trabalho pra eles fazerem dentro da sala de aula né, só que eu trabalhava sem muita contextualização, às vezes né, aí eu fui percebendo isso, fui percebendo com o tempo. Vai passando as turmas e [...] os próximos que vão aprendendo mais com a gente né, mas faz parte da vida. Mas assim aí eu fui tentando colocar mais esse conteúdo de uma forma prática que é onde eles se interessam mais né, às vezes fica aquele monte de números né, às vezes o que eles trabalham mais é com a epidemiologia descritiva né, você vai para estudo de Coorte, ensaio clínico, não adianta você ficar dando enfoque muito forte nisso né que não é o foco deles né. Trago eles aqui para o computador né, eles trabalham, na verdade eu passo o conteúdo em uma aula aí na outra eu passo um trabalho para eles aí eu já tô tentando fazer um pouco mais que é desafiador, teórico e prático né? (E1).

Percebe-se que os docentes têm oportunizado para que o aluno seja protagonista dentro do curso, a partir de estratégias que deem autonomia e ao mesmo tempo valorizem aspectos da formação e perfil de competências do egresso, sejam elas no âmbito da pesquisa, sejam na prática técnica propriamente dita.

Eu gosto de deixar os alunos construindo, de oportunizar que os alunos construam mesmo que de forma pequena ainda algumas possibilidades de artigo, de coletar dados, de coletar informações, então coisas mais práticas né. [...] São quatro semestres, então são dois semestres bem mais técnicos porque é o semestre de se instrumentalizar com a parte dos indicadores, desenhos de estudo e depois os outros dois é muito de você construir, então trabalhar análise de situação de saúde, coletar informações, dados necessários para compor uma análise de situação, propor intervenções e a parte do lado científico acadêmico né, coleta dados e poder produzir boletins epidemiológicos, artigos científicos, então muito assim né, de trabalhar de forma prática, mesmo os dois componentes mais teóricos de instrumentalizar. É aula prática e exercícios (E2).

Em alguns casos, o professor encontra direcionamento para incentivar aprendizagem por parte dos alunos a partir das metodologias ativas. O docente destaca a forte relação das metodologias ativas com a Saúde Coletiva, na qual os alunos devem ser sujeitos agentes de transformação, capazes de buscar soluções para os problemas da sociedade.

Sobre as metodologias, eu gosto de trabalhar com a metodologia ativa, [...]. Agora, nesse semestre, eu implantei estudos de casos na vigilância, os alunos acharam o máximo e eu achei o máximo, porque foram eles que buscaram a teoria e trouxeram para sala de aula, então, eu dei o caso e eles foram buscar, então, foi uma metodologia que tanto um, quanto outro aproveitou, a trazer a teoria e cada aluno trouxe uma teoria, não é uma teoria diferente, mas, um livro diferente para discutir com vários autores diferentes para discutir aquele ponto do estudo de caso, eu acho que a metodologia ativa casa muito bem com a Saúde Coletiva, eu gosto (E3).

Embora os docentes reconheçam que sua prática deva ser dialógica e não tradicional, buscando o protagonismo do estudante, apontam que em determinadas situações as metodologias de ensino dialógicas devem ser combinadas com as tradicionais para dar conta de trabalhar conteúdos específicos de alguns componentes curriculares, o que o docente chama de “mix” ou “mescla” de metodologias de ensino.

Eu tento fazer um mix né, entre aquela metodologia de ensino tradicional né, e a metodologia que o curso foi criado né, que são as metodologias ativas, porque [...], dependendo do conteúdo que eu vou trabalhar, eu não consigo trabalhar de uma forma mais dialógica, porque eu preciso que o aluno na minha aula ele aprenda coisas que ele precisa fazer, exercícios práticos, então eu tenho já uma lista daquilo que eu sei que eles conseguem treinar, que eles conseguem utilizar as ferramentas, aprender mexer num gráfico, numa tabela né, então assim, eu procuro fazer um mix, vamos dizer assim, entre o ensino mais tradicional e uma metodologia mais inovadora aonde o aluno seja mais protagonista (E5).

Eu faço sempre uma combinação, então eu tenho uma combinação, geralmente eu trabalho com problematizações, [...] utilizo bastante tecnologia de apoio, o moodle, o uso de vídeos, [...] e também sempre trazendo pessoas pra conversar, então como não é possível da gente ir a campo pelo curso noturno, eu trago pessoas muito assim do campo pra conversar com a gente, [...] e aí eu faço essa mescla, essa combinação e também claro de vez em quando tem o convencional, de ter uma aula expositiva em função de lidar com determinada problemática tu acaba usando mais como apoio né, do que como realmente exclusiva (P5).

Eu tenho utilizado a metodologia mais para tradicional. Para alguns momentos eu acho que ela é importante dentro da discussão de conteúdo né, não menosprezo metodologias mais clássicas de ensino né e faço uma mescla, mas assim dentro de um diálogo de conteúdo (C2).

Em várias situações o professor busca valorizar os conhecimentos prévios dos alunos, trazendo-os para o processo de ensino-aprendizagem com maior envolvimento com o que faz sentido para a vida do estudante.

Eu trabalho com uma disciplina teórica que é sobre determinantes sociais em saúde, então nessa eu consigo fazer isso assim, discutir mais trazendo exemplos que eles trazem da vida real dos seus cotidianos, dos que trabalham em serviço de saúde ou os que têm outra experiência de trabalho que não necessariamente em saúde, mas fora da sala de aula ou até mesmo experiência de vida, então eu consigo aproveitar isso pra discussões, mas eu tenho também aquelas disciplinas mais assim, baseada no ensino bem tradicional, aonde eu preciso fazer prova né, que é a maneira que eu consigo de uma certa forma, forçar eles a sentar, estudar, revisar o conteúdo, então dependendo do quê que é, [...] eu consigo fazer uma coisa mais dialogada, mais dialógica, mais com o aluno sendo mais protagonista, e na área mais de bioestatística eu costumo fazer mais tradicional. É claro que eu pego exemplos da vida real né, eu utilizo assim, pesquisas que são uteis pra área de gestão, pra área de epidemiologias mas é algo mais tradicional assim, mais aula expositiva, prova né (E5).

Eu uso muito dessa do PROFIDES né que é esse do profissional do desenvolvimento que a gente fez, eu uso muito da pedagogia social e eu trabalho assim com a escuta qualificada, eu trabalho com vivências dentro da sala de aula, eu sempre parto dos problemas que os alunos trazem para discutir o conteúdo (P3).

Alguns depoimentos denotam que o professor tem organização e planejamento, mas não deve perder de vista que na trajetória de sua prática pedagógica tenha intercorrências. É nesse momento que devem emergir novas estratégias que visem à efetiva aprendizagem.

A minha lógica de trabalho é a seguinte: no primeiro dia de aula eu apresento o plano de curso e o cronograma para todo o semestre, então no cronograma eles sabem que no dia 20 de agosto eles vão ter aula tal com o texto tal. E esse texto já está disponibilizado na xerox e o que eu tenho em pdf ou digitalizado existe um grupo de e-mail, que eu passo pro grupo da turma ou grupo do zap (whatsApp) e agora eu estou introduzindo bastante pequenos vídeos (P1).

Nas estratégias pedagógicas adotadas o aluno está tendo voz. Isso democratiza o ensino, o professor permite que o aluno exponha suas limitações de aprendizagem, o que reflete uma estratégia dialética. Nesse sentido, há uma preocupação do docente em ouvir o aluno.

E pelo zap depois da aula, uns dois dias depois a menina colocou pra mim: Professor eu não consegui entender muito a questão da teoria de Montesquieu, aí eu fui na internet, captei um vídeo curto de dez minutos, nove minutos, curto que fosse bem explicativo, que tivesse imagem, não pra ela, mas para todo o grupo da turma e falei: olha aí pra ajudar vocês e terça feira que vem a gente tira essa dúvida. Então eu tenho usado muito vídeo, os textos não dá pra abrir mão dos textos, a minha ideia é elaborar textos em formato de artigo, no máximo de 10 páginas, não mais do que isso para cada aula (P1).

Eu trabalho, por exemplo, com uma escuta qualificada, tem um texto né, um exemplo, que eu adaptei e bem bacana esse texto que diferencia o que é ouvir, o que é escutar e aí eu coloco uma venda nos olhos dos alunos e vou com um bongo batendo (P3).

Em algumas situações, o professor prefere trabalhar com menos informações, ou seja, reduzir o número de textos para leitura, devido à falta de tempo, característico do perfil dos estudantes de cursos noturnos. Nesse sentido, a dificuldade de aprendizagem do aluno exige maior dedicação do professor na busca de estratégias que possam reparar essa lacuna, dentre as quais está a elaboração de textos didáticos.

Então, por exemplo: essa aula do Estado, eu pesquiso e monto um artigo sobre o Estado com informações, coloco a referência e coloco o trabalho disso. Porque assim o texto original para eles é muito difícil, então eu passo um texto didático. Por que essa primeira aula que foi terça-feira passada, eu tirei coisa de vários livros, então não tem um livro assim para eu apontar, e eu fazer xerox demais pra estar lá e eles não vão ler entendeu?! Então é assim é melhor eu fazer o texto didático. Os meus slides já foram muito pesados. Hoje eu estou diminuindo mais a escrita neles, limitei agora que eles têm no máximo 30 slides mesmo que eu tenha duas horas de aula (P1).

Então assim, esse semestre eu vou trabalhar só com as provas escritas, mas também estou usando um método de tentativa e erro pra poder a gente se adaptar, no semestre que vem a gente volta com o seminário, volta com trabalho em grupo. Eles também não sabem lidar com essas metodologias, entendeu?! Eles vêm do ensino médio e tal (P1).

Embora o professor esteja em consonância com as novas estratégias de um ensino dialogado, ele acaba retomando práticas tradicionais, ao que ele atribui a pouca dedicação do aluno, a exemplo da não leitura dos textos. Para alguns docentes, as dificuldades de aprendizagem dos alunos têm feito com que eles recuem para as estratégias de ensino tradicionais, o que também tem refletido na qualidade de sua prática pedagógica.

Eu estou querendo muito fugir da aula expositiva, mas eles pedem aula expositiva justamente por isso, se eles lessem com antecedência eles fariam o debate, como não leem, eles vêm só para ouvir e aí eu acho ruim. Eu tenho críticas em relações, eu não quero fazer educação bancária, não é isso, a proposta não é essa né, Piaget já nasceu a muitos anos atrás, não é agora, então tem que evoluir (P1).

A gente tem trabalhado com alunos com muita dificuldade de aprendizagem e eu me sinto muito impotente com isso, a minha tendência é como eu posso dizer ser mais flexível no processo avaliativo, isso não é bom pra eles e nem é bom pra mim também, mas é difícil demais viu, eu assumo que é difícil (P2).

Mas eu tenho tentado, já fiz algumas experiências de lidar com um currículo mais focado em problematizações, em situações problemas, tem refluxo as vezes por ter que, dependendo do perfil da turma tu tem que voltar pra uma coisa mais convencional (P5).

Novamente, a fala traz a supervalorização do ensino da pesquisa por um docente com estratégia meramente tradicional.

Olha, varia muito, assim, eu já, primeiro eu uso muito recurso de pesquisa dos alunos. Eu gosto muito de estimular que eles pesquisem, que eles pesquisem em base de dados, em pesquisa e artigos, em sites. Então esse é um lado que eles fazem um trabalho de grupo, apresentação com recurso audiovisual, PowerPoint. Mas assim a minha ideia central é a pesquisa, botar eles pra trabalhar e essa interação e grupos também, isso é muito importante. Eu uso o PowerPoint e tal, não acho ótimo não, eu acho que é um recurso. Mas para mim o mais importante mesmo é a pesquisa e a interação (C3).

Se por um lado, alguns docentes sentem-se desestimulados ao relatarem que o perfil do aluno e as dificuldades de aprendizagem têm feito com que eles recuem para estratégias de ensino tradicionais, por outro, há concepção de que as estratégias tradicionais desestimulam os alunos e justifica o uso de metodologias que os estimulem.

As metodologias também é uma coisa que me instiga bastante porque eu acho também que essa coisa do método muito tradicional tem contribuído para esse desinteresse dos alunos né. Tem uma coisa dessa geração também, uma dificuldade muito grande de concentração e foco né. Então eu tento usar intercalando né, dinâmicas, trabalhar com imagens, trabalhar com vídeos, às vezes um vídeo disparador no início da aula [...], às vezes eu afasto todas as cadeiras e faço uma dinâmica de corpo no início pra vê se eles também ficam mais presentes. Às vezes uso o recurso da voz também, uso o recurso de música, tento diversificar. Tem aulas que são mais chatas, assim, Durkheim a então, por exemplo eu tenho feito dramatização então a gente pega Marx, Durkheim e Weber e cada grupo faz uma dramatização, pega um texto, entrego pra eles, eles tem uma hora pra preparar o teatro e voltar e fica muito melhor do que eu dar a aula de Marx, Durkheim e Weber, por incrível que pareça. Faz muito mais sentido pra eles, fica mais dinâmica, eles dão risada, a gente aquilo interage (C1).

Vou dar texto do Malinowski pra ele ler em sala de aula? Não, não tem como dar, não tem nem carga horaria pra isso, a não ser que eu faça o ensino tradicional, que eu despeje todo esse conteúdo. É sempre uma tensão sempre entre o teórico e o prático no campo da Saúde Coletiva porque eu preciso amarrar essas duas coisas né [...]. Eu achei nas imagens uma possibilidade de juntar essas duas coisas né. Então eu busco, por exemplo, vídeos, filmes etnográficos e que falam da produção antropológica, mas eu começo pelo vídeo, pelo filme né então eu vou trazendo no diálogo, na discussão é a forma que a antropologia produz os seus dados, como é que ela olha pra

realidade [...] Eu não preciso fazer com que ele leia Malinowski pra poder entender isso, ou leia outros clássicos, então eu vou compondo (C4).

A fala de uma professora revela uma constante inquietação para atingir os objetivos da docência, a qual para ela exige preparação e competências específicas. Tal percepção é comum entre os demais docentes. Embora ela proponha uma diversidade de práticas e tenha passado por distintas experiências, parece difícil superar os desafios impostos pela docência, dentre os quais destaca a pouca disponibilidade de tempo em sala de aula para adotar estratégias pedagógicas não tradicionais e o perfil de alunos do curso noturno com dificuldades de articulação entre teoria e prática. Observa-se que esse sentimento é comum entre os docentes.

Eu sou tão tradicional, bom é o seguinte, quando eu vim pra graduação eu vim de uma experiência da residência que é muito mais livre né, que é muito mais o processo de problematização [...]. Porque uma coisa é você problematizar quando o aluno está em contato com a prática, [...] outra coisa é você trabalhar com os estudantes que estudam de noite e que esse contato com a prática que acho que pra sustentar a problematização é muito difícil. Então eu já passei por vários momentos, eu já passei do momento da problematização, [...] já passei pelos momentos de trabalhar muito com textos em sala de aula e depois eu passei por um momento pior de todos que é ficar lá falando blábláblá, fazendo aula expositiva [...]. Pra você ser um bom professor, um bom professor da graduação, fazer esse trabalho de cooperação com o serviço de maneira consistente e ainda produzir conhecimento na forma de uma pesquisa científica, isso exige pra determinadas competências que são muito específicas, no final você acaba não dando tempo de fazer, então eu vejo assim, eu me vejo muito inquieta, insatisfeita com a qualidade não sei se é pedagógica, mas com a qualidade. Qualidade pedagógica é a melhor expressão, mas eu sempre estou insatisfeita com a dimensão metodológica da minha ação como professora (P2).

As habilidades e competências também são questionadas, diante das atribuições do docente, as quais incluem atividades de ensino, pesquisa e extensão. Muitas vezes essas atividades são vistas de forma isolada. Esse fator pode ser atribuído à sobrecarga de trabalho do docente e às condições de trabalho.

Eu acho que a gente precisa fazer, mas tem que fazer isso com muita habilidade e isso exige do professor um tempo de preparação que a gente não encontra espaço para isso né, então isso é mais um sobre trabalho porque essa coisa de dizer que todo mundo tem que fazer ensino pesquisa e extensão é muito bonito, mas isso na pratica é de difícil execução porque tudo isso exige da gente um preparo que é diferente tá (P2).

A gente senta com o colega que tem mais afinidade e o colega olha, aqui eu vou propor uma atividade de, eu tenho uma atividade de pesquisa, aí o colega diz olha eu posso levar os alunos, coletar os teus dados e criar uma atividade de extensão acoplada na tua atividade, isso não é permitido que a gente faça; então por que assim a universidade trabalha com aquela coisa de caixinhas tradicional, extensão é extensão, pesquisa é pesquisa (E5).

Apenas um docente se referiu à aplicação da avaliação de sua prática pelos alunos e se mostrou insatisfeita com os resultados. Por outro lado, apenas outro docente se referiu de forma mais detalhada às estratégias da avaliação da aprendizagem dos alunos.

Eu sempre acho que está ruim e eu estou certa porque é aonde eu sou a mais mal avaliada em todos os cursos que eu dou que a gente tem né aqueles instrumentos de avaliação que tem uma parte que diz respeito aos aspectos metodológicos da condução da disciplina, é sempre aonde eu tenho as menores notas, isso acontece na graduação de medicina, na graduação de saúde coletiva eu tenho pegado agora porque a gente não tem feito, eu não tenho feito, não tenho aplicado aquele instrumento mais completo mas eu pego o instrumento que os alunos precisam preencher pra fazerem a matrícula e assim, não que eu tenha nota ruim, mas é sempre onde eu tenho uma nota pior, isso tem se repetido ao longo do tempo, algo que eu preciso observar né e eu acho que isso precisa um certo investimento então eu diria a você que eu tenho a tendência a ser muito tradicional, tenho momento de muita impaciência e tento às vezes ser paciente, e tem momentos que eu consigo ser paciente, tem momentos que eu passo a mão na cabeça do aluno, quando chega a situação que eu vejo meu deus isso aqui não vai caminhar (P2).

Em termos de avaliação também tenho usado mais o recurso do portfólio, fiquei dois anos sem fazer nenhuma avaliação, [...] na graduação em Saúde Coletiva em práticas integradas eu uso portfólio, trabalhando com a experiência singular, intercalando texto com aquilo que mais te chamou atenção, o que que lhe fez sentir, eu acho bem mais interessante inclusive (C1).

5.10 Percepção dos docentes sobre o campo da Saúde Coletiva

A definição e ponto de vista da Saúde Coletiva pelos entrevistados variaram de acordo com a instituição, características da trajetória e eixos de atuação – Epidemiologia, Ciências Humanas e Sociais em Saúde e Planejamento e Gestão. A ambiguidade presente nos depoimentos pode explicar a diversidade de projetos pedagógicos e de concepções sobre os cursos e a prática profissional do sanitarista que está sendo formado.

Ao serem indagados sobre “o que é Saúde Coletiva” as respostas à pergunta foram variadas, refletindo pouca compreensão sobre o campo e fragmentação de sua prática.

A Saúde Coletiva, ela te abrange bem mais, abrange tanto público, eu vejo que você pode fazer a Saúde Coletiva dentro do convenio ou, por exemplo, da Unimed, você pode fazer, lá você tem, você trabalha com indicadores de saúde, trabalha na gestão, trabalha indicadores sociais, trabalha a Saúde Coletiva (E3).

Embora haja uma heterogeneidade de percepções e dificuldades de definição sobre o que é Saúde Coletiva, é reconhecido que o campo é composto por três eixos disciplinares que se integram:

Mas, eu acho que se você trabalhar na Saúde Coletiva, você tem essa visão de ter as três vertentes, primeiro, a gente tem aqui o campo de Saúde Coletiva, você tem que ter a vertente de ciências sociais, tem que ter planejamento, você tem que ter a epidemiologia para trabalhar a coletividade em si. [...] (E3)

Pra mim o campo ele é isso, é algo que é extremamente dialogado, que é compartilhado, que é pensado a partir de áreas que são específicas, mas que não perdem essa noção do todo né, por isso que é algo em construção sempre. Porque as áreas também elas vão se transformando ao longo do tempo seu olhar pra mim, a área da antropologia como é que se produzia esse olhar, como é que fazia esse olhar antropológico para o que é hoje, nossa tem um distanciamento enorme e assim são as outras áreas do conhecimento então eu acredito que a gente tenha que ter alguns pilares, mas eles precisam estar o tempo inteiro dialogando, compartilhando, reconstruindo a partir de um comum né, tem que ter algo que una se não a gente fica cada um no seu canto (C4).

Mas, por outro lado, existe a ideia da Saúde Coletiva como uma disciplina ligada às ciências sociais e humanas em saúde.

Acho que o nosso, o grande diferencial é a entrada das ciências sociais e humanas que vão trazer outro aporte né pra esses saberes e pra essas práticas anteriormente que estão extremamente ligadas a um momento histórico né, a gente não pode descontextualizar essa concepção sobre o que era um campo de atuação e a forma como a gente agia do contexto histórico daquele momento, então não é que, ela não deixa de existir né, algumas práticas não deixam de existir na forma como que elas estavam, mas elas ganham outro sentido com a saúde coletiva né, por conta dessa entrada das ciências sociais que ajuda justamente a pensar sobre esse campo de atuação (C4).

Um ponto de vista que aparece entre os entrevistados é a superposição do que é Saúde Coletiva e Saúde Pública. De acordo com essa concepção não haveria diferença entre Saúde Coletiva e Saúde Pública. A Saúde Coletiva seria o verdadeiro sentido da Saúde Pública ou a expansão ou renovação da Saúde Pública.

Tem diferenças claras na forma de, dos saberes que compunha o que era saúde pública e o que é saúde coletiva, tem formas distintas entre práticas porque as práticas vêm em função dos saberes e das concepções, das visões obviamente de mundo que se tinha num determinado contexto, mas eles se atravessam ao mesmo tempo, são duas formas que coexistem (C4).

Uma visão de Saúde Coletiva e sua relação com o Estado é colocada, valorizando a Saúde Pública como meio de intervenção estatal a partir das políticas públicas. Esses achados reforçam a superposição entre as duas concepções.

Aí a gente vai numa dimensão de Saúde Pública ligado ao Estado né enquanto um braço do governo para poder estar colocando algumas políticas e Saúde Coletiva como um campo interdisciplinar do conhecimento né. Então eu vejo essas duas diferenças fundamentais. É claro que nós temos outras dentro da Saúde Coletiva que é como a gente trabalha o processo saúde-doença né, e a Saúde Pública tradicional ainda tem um perfil mais biologicista do que social. Então a gente tem alguns interesses internos, mas o que move eu acho que é mais essa a Saúde Pública enquanto uma política pública né, mais um perfil de caráter de ação pública e a Saúde Coletiva enquanto um campo interdisciplinar do conhecimento (C2).

Então assim a saúde é pública, mas ela não é estatal, ela não deve ser só estatal né. E o conceito de saúde coletiva ele vai ampliar mais ainda, então você sai de um conceito restrito, higienista, biomédico, de controle e tal, você amplia para saúde pública, mas ainda fica dentro da confusão de que público tem haver com a esfera pública (P1).

Saúde Coletiva também aparece como substantivo referido à dimensão populacional da saúde em contraposição à saúde individual. Essa concepção reflete certo grau de institucionalização da Saúde Coletiva. Tal conceito remete ao social, a depender da trajetória do entrevistado e de sua área de atuação na Saúde Coletiva (Ciências Humanas e Sociais em Saúde, Epidemiologia e Planejamento e gestão). Nessa perspectiva, alguns entrevistados consideram como um conceito que permite articular a atenção individual com as ações de âmbito populacional.

É a saúde da coletividade que vai, que se você e pensar nessa relação da coletividade, o indivíduo e o todo pra você entender, que a questão do indivíduo você tem que pensar num todo sempre, não tem como. Saúde Pública é a saúde de toda a população né, a Saúde Coletiva é pensar no coletivo. Então eu não sei qual é essa diferença, não sei mesmo (C3).

A saúde coletiva é saúde de todos. A saúde pública é o que vem do público para população, a gente pode traduzir dessa forma. Hoje a gente já não gosta mais de falar em saúde pública, porque não é que a saúde não seja pública, a saúde até mesmo coletiva é igual pra todos independente de ser pública ou privada, então a saúde é de todos (E2).

Há, ainda, a definição da Saúde Coletiva como projeto político, compreendido a partir da recuperação de sua história, formulada por entrevistados com trajetória predominantemente no campo científico, mas com componente de militância política.

Eu acho que é um campo eminentemente político né, que requer uma postura e um compromisso ético político com a sociedade, eu não vejo um profissional de saúde coletiva apartado desse compromisso, ele precisa ter esse compromisso. Assim é o que nos diferencia, por exemplo, da saúde pública, é o que nos diferencia da medicina. É essa preocupação, esse compromisso, esse senso de responsabilidade com a sociedade e principalmente com os mais excluídos né, porquê de certa forma a gente não vai priorizar os que já têm condições e possibilidades e oportunidades. Então eu acho que é um campo político, é um campo de um conhecimento posicionado sabe, eu não acho que é um campo neutro, é um campo posicionado e posicionado nesse sentido de luta pelos direitos, de luta pela equidade né de você combater qualquer tipo de injustiça de você pensar a saúde como uma coisa que é ampla que não é só o setor saúde e que a gente tem que combater a pobreza, que a gente tem que combater a miséria, que a gente tem que combater a exclusão, a gente tem que combater o racismo, a gente tem que combater o patriarcado enfim. Eu acho que não dá pra ser sanitarista e não se comprometer com essas lutas sabe, políticas. Então pra mim o campo da saúde coletiva ele não pode ser só teórico, ele tem que ser teórico político nesse sentido de exercício no mundo e de compromisso com o mundo, com a sociedade e nesse compromisso com a sociedade o que vai reger a nossas escolhas é a equidade, quem mais precisa, quem mais tem necessidades quais são as necessidades sociais daqueles grupos (C1).

Há também, um ponto de vista que considera a Saúde Coletiva como um conceito abrangente, na medida em que abarca diversas dimensões da saúde. Esse ponto de vista considera a Saúde Coletiva como um aspecto global da saúde.

Acho que saúde coletiva vem pra gente ter outro olhar sobre a saúde. Eu diria que saúde coletiva se associa mais a um conceito mais global de saúde né, e que a gente pode fazer práticas de saúde coletiva em qualquer lugar, seja no público ou no privado (E5).

A Saúde Coletiva é muito mais ampla do que a Saúde Pública, porque a Saúde Coletiva não é só quando você fala do público, o pessoal restringe ao público, o SUS, quando você fala em vacina, por exemplo, vai lá na Saúde Pública que tem, isso já indica que é público, é uma Saúde Pública (E3).

Para a maioria, há dificuldade em definir a especificidade da Saúde Coletiva, devido à sua abrangência, interdisciplinaridade e superposição com a Saúde Pública. Essas percepções variam de acordo com as características da trajetória e, por vezes, incorporando elementos dos

outros pontos de vista. Esse entendimento foi expressado, principalmente, por entrevistados cujas trajetórias tiveram ou têm uma maior intersecção com a clínica e com áreas básicas.

Saúde coletiva é aquilo que a gente faz em tudo que é lugar né, então eu posso, por exemplo, eu já tive alunos num hospital privado que eu criei o estágio de saúde coletiva né, olhando, por exemplo, as questões de saúde dos trabalhadores daquela instituição. Então eu acho que o conceito de saúde coletiva ele se expande né, pra tudo. Eu acho que a gente consegue fazer saúde coletiva em qualquer lugar, eu já levei alunos pra fazer saúde coletiva em instituições totalmente privadas né (E5).

Eu vejo assim que o campo ele não tem limite. Tipo assim ele vai muito além daquilo que a gente consegue enxergar, porque aonde você chegar ainda tem como avançar, se você pensar saúde no conceito amplo né social, físico, mental, tudo é saúde. Então para mim eu não consigo né tudo para mim é saúde, cultura é saúde, educação é saúde, emprego é saúde. Então a Saúde Coletiva é essa imensidão né, não é só políticas direcionadas para dengue, para hanseníase, para doença né (P3).

Saúde Coletiva é difícil, se misturam tantas coisas, você tem um campo tão vasto e o campo vasto que se tem em saúde, você tem tanta mistura de Saúde Pública com a Saúde Coletiva, você trabalha a Saúde Pública, você fala “ah, eu trabalho em Saúde Pública”, “eu trabalho em Saúde Coletiva”, será que a Saúde Pública, será que é Saúde Coletiva? (E3).

A especificidade da Saúde Coletiva é afirmada, tanto pelo resgate de sua história quanto pela sua construção social. O conceito de campo aparece frequentemente como sinônimo de espaço e também de área.

Eu acho que ele é um campo né, não vou entrar nessas discussões teóricas, um espaço né de produção de conhecimento de tecnologia, é um espaço de refletir e de fazer né, e de saber né, que eles estão vinculados a essa compreensão mais ampla vamos dizer assim do complexo processo saúde doença cuidado eu acho que é isso. E ter essas distintas possibilidades, saúde coletiva pra mim é isso, é você trabalhar com uma perspectiva, uma formulação teórica dessas relações complexas entre saúde, doença e cuidado né, entender que esse espaço se desenvolve práticas né de produção de conhecimento desenvolvimento de tecnologias mais isso tudo esta sustentado vamos dizer assim, numa base política ideológica forte, porque a gente está falando da saúde coletiva brasileira, não é saúde pública né, convencional, não é saúde pública americana, nem italiana nem britânica, nem neozelandesa, a saúde coletiva aqui ela tem essa dupla face né, eu já estava falando em relação as outras coisa né, essa dupla perspectiva ético política e de produção ou seja, é um pouco o lema do instituto, é compromisso social com excelência acadêmica, mas é o compromisso voltado para o SUS (P2).

Sobre saúde coletiva e saúde pública eu acho que é uma questão que tá superada, tá superada. A saúde pública cada vez mais caminha pra uma visão

convencional, de uma epidemiologia subordinada a uma lógica de ajustes de adaptação, e não tem nenhuma perspectiva clara de transformação social e a saúde coletiva não só pelo aporte das ciências sociais, mas principalmente por essa práxis né, que vem se constituindo com muita dificuldade ela tem uma perspectiva muito mais interessante do ponto de vista de transformação, então eu acho que é uma questão que ficou pra trás, acho que na década de 80 nós resolvemos isso, o pessoal da saúde coletiva é acusado pelo pessoal do Hemisfério Norte que a gente usa a distinção da saúde coletiva com a saúde pública só de uma forma simbólica, pra dizer que nós somos diferentes, mas eu acho que a nossa produção, não só produção acadêmica, não só artigos, mas a nossa produção com relação a tecnologias leves e duras principalmente, modelagem a discussão sobre organização ela, se a gente for analisar ela é muito significativa desta distinção, entre o quê que é a saúde pública convencional e o quê que é a saúde coletiva com as suas, com os seus adensamentos (P5).

Nos depoimentos dos entrevistados sobre o que se entende por Saúde Coletiva, constatou-se uma concepção praticamente equivalente à Saúde Pública. Alguns entrevistados, no entanto, concebiam a Saúde Coletiva nas suas especificidades históricas, teóricas e epistemológicas, permitindo uma distinção em relação à Saúde Pública.

5.11 Percepção dos docentes sobre a Reforma Sanitária Brasileira

Este item refere-se às percepções dos docentes dos cursos sobre a Reforma Sanitária Brasileira, identificando a homogeneidade e heterogeneidade de percepções. A maior parte dos entrevistados revela reflexões que vinculam a reforma sanitária ao SUS.

A reforma sanitária é um marco importante na construção do SUS né, a partir da reforma sanitária, de toda reforma é que a gente pode pensar e repensar as questões de saúde de como definir e pensar a abrangência do acesso à saúde pra população né, daí vem todo o planejamento do projeto do SUS, a partir do que se pensou, do que se refletiu no momento da reforma sanitária, então não existe SUS se não existisse a Reforma Sanitária né e a reforma sanitária é meio que a precursora ela existiu para pensar algo como o SUS (E2).

De um modo geral, entendo que saiu de um sistema e passou para outro, você saiu de um sistema e passou para um sistema novo, que é o SUS hoje, tem uma diferença de sistema, lógico, tem uma diferença muito grande de referência, de sistema em si, tem um a diferença, mas a Reforma, hoje se a gente pensar desde lá da Reforma Sanitária, do que a gente tem desde os anos 80, a gente perdeu bastante oferta, é uma perda (E3).

Nessas concepções, a RSB restringe-se a uma reforma setorial, envolvendo o SUS, registrando muita preocupação com o seu futuro, limitada à organização dos serviços do sistema de saúde e efetivação dos seus princípios.

Primeiro lugar Reforma Sanitária é pensar em inclusão. Quer dizer, eu acho que é seguir os três pilares do SUS que é equidade e a questão da inclusão, isso é fundamental. Reforma Sanitária é você conseguir trabalhar num todo da saúde, da população em todos os níveis da atenção e você conseguir incluir tudo (C3).

Outro entrevistado reconhece a RSB como um processo inconcluso, mas que resultou em melhor acesso e cobertura de amplos contingentes populacionais, ou seja, expressão do SUS. Portanto, na apreciação desta questão constata-se um amplo consenso entre os entrevistados no sentido de entender a RSB enquanto SUS.

A Reforma Sanitária foi um movimento na década de 70 e culminou na década de 80 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em que a população, os movimentos populares associados a setores da igreja católica e a intelectualidade que tinha sido banida do país e retornou no processo de anistia começa a enfrentar problemas de saúde que era altamente excludente, privatista e que era centrada na medicina e no hospital. Então a Reforma Sanitária é esse movimento popular né, das massas, que foi se aglutinando, que foi se moldando e culminou em chegar no Estado brasileiro e dizer: Não é mais esse modelo de saúde que a gente quer. A gente quer um novo modelo que seja mais universal. E ela foi vitoriosa, ela foi vitoriosa em dois momentos: quando forçou o governo Sarney a convocar a 8ª Conferência e de lá surgiram, emergiram os princípios do Sistema Único de Saúde. Muitos deles que já tinham aparecido na 3ª Conferência em 63, no governo João Goulart que a ditadura militar sufocou essa terceira conferência, mas se você entrar, por exemplo, no site da constituição nacional de saúde e resgatar o relatório final da terceira conferência lá quando o ministro era Wilson Figueiredo, você vai ver que ele já propunha municipalização, já propunha redes, já propunha uma porção de coisas (P1).

A percepção do entrevistado em relação à RSB concentra-se no movimento que teve um papel importante do ponto de vista ideológico e político, mas que enfrenta dificuldades de operacionalizar princípios como a integralidade e a humanização do cuidado. Esses entrevistados concentraram seus depoimentos sobre a RSB, não se limitando exclusivamente ao SUS, como feito por outros. Esse ponto de vista da RSB como projeto transformador nem sempre coincide com o de outros entrevistados.

Hoje é um debate que está aí posto. Eu vejo o quanto o processo político da reforma, todo o movimento que se deu em torno das ideias o quanto isso é

importante pra gente se constituir também como sujeito da saúde coletiva e da saúde coletiva brasileira ser do jeito que ela é por causa disso, não foi.... a saúde coletiva ela é filha da reforma sanitária e a reforma sanitária de fato é muito maior do que o SUS, e por muito tempo houve uma confusão, eu acho que nesse movimento mesmo de implantação, de digamos assim dos amigos que eu digo assim, das pessoas que nós considerávamos dentro da esquerda que estavam ali implantando o SUS nessa perspectiva, nesse movimento acabou deixando de lado um pouco uma percepção crítica sobre os problemas que estavam acontecendo, porque eu não atribuo todo esse fracasso a digamos assim, ao galope da direita não, veio do galope da direita porque a esquerda foi muito incompetente [...] Então eu acho que o ideário da reforma e a compreensão do processo do projeto e do movimento político em torno dela acho que ela é muito importante pra gente entender a conjuntura e de que forma a gente vai construir caminhos pra sair dessa situação tão problemática, eu acho que essa reflexão crítica com consistência ela nos ajuda a isso (P2).

Eu acho que tem muita liderança do movimento sanitário, tem uma importância muito grande, teve uma importância muito grande que não consegue perceber que ou nós encontramos alternativas para além da via governamental ou nós estamos fadados a essa subordinação a determinadas conjunturas. Então eu acho que a Reforma Sanitária ela está numa situação difícil agora porque ou nós reinventamos a Reforma Sanitária e essa reinvenção dura do ponto de vista ela passa numa aposta sobre gestão pública na perspectiva ampliada não somente governamental, mais numa outra perspectiva de gestão pública ou o SUS vai ser realmente um sub sistema assistencial e não uma proposta de reforma civilizatória que foi preconizada inicialmente. É um debate (P5).

Alguns entrevistados consideram que a RSB e o SUS encontram-se ameaçados e indicam a necessidade de novos movimentos de reforma, valorizando a participação da sociedade. Nessa perspectiva, outros apontam a necessidade de novos rumos para além da via governamental e do financiamento.

Eu acho que um projeto que nasceu também com esse compromisso político né de democracia, de luta pela democracia, da luta pela justiça social no Brasil que sofre os reveses do nosso tempo né, do capitalismo, do capitalismo financeiro, da especulação dessa crise que a gente vem vivendo, acho que é preciso talvez rever as estratégias de mobilização, talvez as estratégias tradicionais não nos sirvam mais, talvez a gente tenha que recorrer a outras estratégias de mobilização porque no fundo o nosso interesse continua sendo o mesmo né, é pela Saúde Coletiva, é pelas pessoas, é pela saúde das pessoas, é pela justiça, então eu acho que é um projeto que não tem fim que é uma luta mesmo cotidiana né, pra vida toda então não vai chegar um momento que já, a reforma tá feita né, tá em processo (C1)

Eu acho que essa Reforma Sanitária está numa encruzilhada né, eu acho que uma parte significativa das pessoas que conduziram a Reforma Sanitária, apostou todas as fichas na via governamental, apostou todas as fichas em conseguir espaços na institucionalidade governamental pra pequenos

avanços, mas ao longo desses anos isso se mostrou um equívoco estratégico porque se criou não uma arquitetura, uma base de uma arquitetura pro SUS, mas um monte de puxadinhos né, a arquitetura do SUS ficou desforme. Tem um puxadinho do Mais Médicos, tem um puxadinho aqui outro ali, e tu não consegue, não se constituiu uma alternativa real pra uma base pro SUS se consolidar né, e eu acho que houve muito pouca, pouco investimento na questão da apropriação pública do SUS, uma política né, legitimação social do SUS como uma política pública, então eu acho que esse equívoco nós estamos pagando muito caro, hoje que tem 20, 30 anos de SUS, num desmonte, desfinanciamento crônico e se a gente não apresentar uma alternativa, aí eu estou falando da Reforma Sanitária, pra que o SUS seja apropriado publicamente, ele está fadado a ser um sub sistema acessório ao mercado, ao mercado da doença (P5).

Acho que não dá pra olhar a Reforma Sanitária somente uma atuação política no sentido de uma militância, mas olhar como uma atuação política constante, sempre. Ela precisa estar talvez o nome não seja adequado, reforma, a gente saiu de algo anterior e passou pra um novo, mas talvez aquilo que motivou o espírito da reforma sanitária tenha que ser uma atuação política constante e eu vejo que na Abrasco isso hoje começa a mudar bem (C4).

A análise indica o predomínio de uma concepção de Reforma Sanitária Brasileira superposta à Saúde Coletiva e ao SUS e até mesmo a RSB enquanto política pública. A percepção da RSB como um processo, embora presente em algumas entrevistas, tende a fixar-se também na implementação do SUS, secundarizando a amplitude do projeto.

Eu acho que a reforma foi algo essencial dentro da construção do próprio, do campo, daquilo que a gente chama de Saúde Coletiva hoje. Porque ampliou todo o escopo de atuação né, e conseguiu conceber também o que a gente tem hoje em termos de um sistema de atenção né, que trouxe princípios que são fundamentais pra gente pensar a sociedade como um todo [...]. Só que claro, pensar tudo isso dentro de um projeto político, de uma política pública né, é um desafio enorme pra colocar isso né, em prática então, e acho que, ao mesmo tempo em que, a gente avançou um monte nesse processo todo acho que em algum momento a gente esqueceu de pensar que isso era uma construção constante, [...]. Acho que a Reforma Sanitária em algum momento ela achou que a partir do momento que a gente tinha garantido isso pela constituição, transformado isso numa política pública, isso estava garantido. Bastou acontecer o que está acontecendo hoje né, pra que a coisa pudesse inclusive estar em risco, então a gente precisa assumir que é uma política pública realmente [...]. Se o nosso campo de atuação da Saúde Coletiva é o Sistema Único, ele também é uma construção constante, por mais que a gente tenha que ter claro, diretrizes, programas, políticas, tenha que ter dispositivos bem concretos, até protocolos, agente precisa de tudo isso pra poder guiar uma atuação profissional [...] (C4).

A maioria dos entrevistados encontrou dificuldade de assinalar com precisão as relações entre SC e a RSB, portanto, pode-se admitir que há pouca clareza e apropriação dos

limites existentes entre as duas questões. Em resumo, na visão dos docentes, poder-se-ia chegar à conclusão de que a Saúde Coletiva seria o mesmo que a Saúde Pública, assim como a RSB seria igual ao SUS. Esses resultados parecem pouco se aproximar do que propõem os projetos dos cursos, podendo configurar como limitadores do processo de formação do sanitarista a partir de uma graduação no âmbito da Saúde Coletiva, enquanto campo de saberes e práticas, distinto da Saúde Pública institucionalizada. Vale destacar que, os CGSC se transformaram num projeto, que tem como objetivo maior, formar novos sujeitos, individuais e coletivos, transformadores, comprometidos com a Reforma Sanitária Brasileira e com o SUS. Portanto, cabe refletir quais são as aproximações da docência com esse projeto.

6 DISCUSSÃO

6.1 A diversidade dos projetos pedagógicos dos cursos de GSC

Um primeiro aspecto a discutir a partir dos resultados apresentados, diz respeito à grande diversidade observada no universo dos cursos de graduação em Saúde Coletiva. De fato, considerando os 22 cursos descritos no item 4.3 desse trabalho, podemos constatar que apresentam uma diversidade de nomenclaturas que podem indicar divergências em seus projetos pedagógicos e consequentemente no perfil do egresso.

A partir da diversidade de nomenclatura dos cursos, no que se refere à construção de uma identidade na Saúde Coletiva, observa-se que, nem sempre há uma preocupação de distingui-la da Saúde Pública. Essa é uma situação que reproduz a diversidade de instituições e programas de pós-graduação pertencentes à área, com diferentes nomes - como Instituto de Medicina Social, Departamento de Medicina Preventiva, Escola Nacional de Saúde Pública, Mestrado em Saúde Comunitária ou Instituto de Saúde Coletiva (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Conforme verificado nos projetos dos cursos, essas variações refletem os recortes que são feitos, no sentido de buscar certa direcionalidade no processo formativo, com determinado enfoque dentro do campo, a exemplo dos cursos com ênfase em gestão: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (formação direcionada mais para a gestão). Ou até mesmo, com recorte dentro da própria gestão: Gestão em Saúde Ambiental (foco na interface entre a saúde e o meio ambiente), ou ainda, Gestão em Saúde Coletiva Indígena (para estudantes de origem indígena e com direcionalidade para esta população). Esses recortes podem construir viés na identidade do sanitarista, por representarem uma especialização dentro da própria graduação,

o que não coaduna com uma formação generalista no campo da Saúde Coletiva. Como apontam Meneses et al. (2017), tal situação interroga a identidade daqueles que se inscrevem nesse campo, desafiando a busca de unidade na diversidade.

Esses achados corroboram com os resultados da pesquisa de Silva e Pinto (2018), os quais apontam que, na concepção dos egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil, embora reconheçam a abrangência do campo, apontam que alguns cursos têm foco predominantemente na gestão dos serviços de saúde. Além disso, o estudo de Castellanos et al., (2013), ao consultar também os projetos político-pedagógicos dos cursos foram identificados dois enfoques principais, dados os objetivos e perfis dos egressos: de um lado, o enfoque específico em gestão e, de outro, o enfoque claro e abrangente na Saúde Coletiva, descrevendo saberes e áreas de atuação.

Cabe destacar que, o perfil do profissional formado, não é determinado apenas pela nomenclatura dos cursos. De acordo com Dubar (2005), envolve um conjunto de fatores entrelaçados ao processo de formação, que é orientado por projetos políticos pedagógicos que podem conduzir ou não para a construção de um perfil profissional que confira uma identidade específica. Vale considerar que os cursos, por serem novos, foram implementados sem amparo de Diretrizes Curriculares que pudessem dar conta de balizar os projetos políticos pedagógicos, podendo assim, terem imprimido os interesses institucionais e as concepções dos sujeitos, inclusive docentes, que fizeram parte do processo, dada a heterogeneidade de percepções e trajetórias que foram reveladas pelos docentes, como será discutido a seguir.

Os modelos pedagógicos e a direcionalidade curricular dos processos formativos constituem-se em desafios identitários, por vezes legitimando formas identitárias e deslegitimando outras. Essa escolha de determinados conteúdos, em detrimento de outros, tem relação com os objetivos políticos das organizações que configuram os saberes na perspectiva do trabalho a ser desenvolvido pelos sujeitos que estão sendo formados (DUBAR, 2005).

Na tentativa de superar essa desconfiguração na diversidade de cursos, o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva apresentou no ano de 2014, uma proposta unificada de Diretrizes Curriculares, as quais foram aprovadas e aguardam publicação no Diário Oficial pelo Ministério da Saúde. Espera-se, que seja um grande passo no delineamento de uma identidade para o Bacharel em Saúde Coletiva.

Entretanto, no processo de seleção dos cursos que se constituíram no campo da pesquisa sobre o perfil dos docentes, ao adotarmos como critérios a semelhança de denominação dos cursos (SC), e optarmos por escolher um curso de cada região do país, selecionando, dentre os existentes, aquele que já havia formado turma, que contemplassem em

sua proposta pedagógica o tripé (EPI-PPGS-CSHS) (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; CAMPOS, 2000) e que passou pela avaliação do MEC, obtendo a maior nota dentre os cursos da região, acabamos por compor uma “amostra intencional” que revelou mais semelhanças que diferenças entre os projetos pedagógicos.

A análise dos projetos pedagógicos destes 5 cursos evidenciou, também uma certa “polarização” na elaboração dos projetos, na medida em que os professores entrevistados informaram que dois dos cursos mais antigos foram tomados como referência na elaboração dos projetos, ambos inclusive, parte do conjunto analisado, quais seja o da UFBA e o da UFRGS.

A consulta aos PPPs dos cursos incluídos neste estudo permitiu identificar que todos enfocam a Saúde Coletiva, de modo claro e abrangente, descrevendo habilidades, competências e áreas de atuação no perfil de seus egressos e nos objetivos apresentados, ainda que apenas o da UFBA se refira a uma formação generalista (UFBA, 2008; TEIXEIRA, 2003). Desse modo, fica evidente uma certa similaridade entre os 5 cursos no que diz respeito às características do desenho curricular e do processo de ensino-aprendizagem proposto, o que reforça a importância de se analisar o perfil dos docentes, sua visão sobre os cursos e a própria prática docente aí desenvolvida.

Chama a atenção que os cursos se preocupam com uma proposta pedagógica que valoriza a integração dos conteúdos e práticas em Saúde Coletiva, a partir de eixos/unidades/componentes curriculares integradores que compõem o currículo ao longo do curso, de forma que possa assegurar a interdisciplinaridade da formação. No entanto, em pesquisa realizada por Belisário et al. (2013) sobre a implantação dos cursos, na visão dos coordenadores, observou-se que o modelo pedagógico foi objeto de resistência entre alguns, destacando-se a dificuldade de criação de um curso novo, fora da estrutura tradicional de disciplinas para atender à exigências formais do sistema acadêmico. Essa questão poderá ter contribuído para desafios e dificuldades apontadas pelos docentes no desenvolvimento de sua prática pedagógica, como será colocada mais adiante.

6.2 Formação e trajetória dos docentes dos cursos de GSC

Considerando que o principal critério adotado para a seleção dos docentes entrevistados, foi o tempo de permanência como docente do curso, chama a atenção o fato de que a maioria (11 dos 15) sejam mulheres, o que, indiretamente, pode estar evidenciando o processo de feminilização que atravessa a área de Saúde em geral (MACHADO, 1986) e a

Saúde Coletiva em particular. Esta característica se repete em todas as 3 áreas do tripé EPI-PPGS-CSHS.

O aspecto mais interessante, entretanto, é a distribuição dos 14 docentes entrevistados segundo a formação prévia ao ingresso no campo da Saúde Coletiva. Somente na área de PPGS a maioria dos docentes provém da Medicina, sendo que dos docentes das áreas de Epidemiologia e de CSHS, apenas um em cada uma delas tem formação médica. Cinco (5) dos quinze (15), portanto, (1/3) dos docentes selecionados provem da Medicina, porém, a análise da sua formação pós-graduada evidencia que todos fizeram algum curso, mestrado e/ou doutorado na área de SC, o que revela certa afinidade e interesse por esta área.

Os demais docentes apresentam uma gama diversificada de formações de graduação, sendo que a maioria (7) provém de graduação da área de saúde (enfermagem, odontologia, farmácia e educação física), sendo que os dois restantes provem de graduações na área de CHS (Sociologia) e de Biológicas (Ecologia). Chama a atenção o fato de quase todos estes docentes terem feito seus cursos de pós-graduação na área de Saúde Coletiva, à exceção de uma docente, graduada em Enfermagem, cuja PG foi feita na área de CHS (mestrado em Ciências Sociais e Doutorado em Antropologia).

Como apontamos anteriormente, estas características gerais do corpo docente dos CGSC analisados, se por um lado evidenciam o caráter multiprofissional e interdisciplinar do campo da Saúde Coletiva, que, em seu processo de constituição (VIEIRA-DA-SILVA, 2018) tem atraído profissionais de diversas áreas do campo da Saúde e das CHS, coerentemente com a construção dos seus objetos de pesquisa e intervenção, por outro, podem representar um desafio na delimitação de uma identidade com características específicas do campo da Saúde Coletiva.

Reforçando esta hipótese, podemos aduzir as falas de alguns dos entrevistados, que apontaram em sua transição para a área de Saúde Coletiva, a criação de novas oportunidades de aperfeiçoamento e ampliação de suas competências profissionais além, evidentemente, de ampliar as possibilidades de emprego e de atuação profissional no mercado de trabalho em saúde.

Este processo, entretanto, parece não ter sido isento de conflitos, na medida em que alguns dos entrevistados relataram dificuldades de abandonar práticas hegemônicas no campo da saúde, a exemplo da prática clínica, cujo aprendizado é predominante na maioria dos cursos de graduação em saúde, na medida em que reproduzem o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico (PAIM; TEIXEIRA; VILASBOAS, 1998), que confere ao agente do processo de trabalho um lugar privilegiado na relação médico-paciente. Esse aspecto se

configura como um rompimento de paradigmas na atuação profissional, muitas vezes desencadeado por crises e identidades profissionais (DUBAR, 2005).

Para os profissionais com outras formações na área de saúde, a transição pode ter sido um pouco mais fácil, pelo fato de se subtraírem à hegemonia da prática médica e simplesmente adotarem objetos de estudo e práticas correlatas à sua formação prévia. Como exemplo, podemos citar o caso da docente que cursou graduação em Enfermagem e em seguida em Odontologia, a qual relata que, somente nesta última encontrou um espaço satisfatório de atuação na medida em que se inseriu no espaço da Saúde Bucal Coletiva (SOARES, 2017). A partir desse caso, caberia problematizar até que ponto a enfermagem, tal como é ensinada na maioria dos cursos de graduação, reproduz, em alto grau, a subordinação das enfermeiras à hegemonia dos médicos, configurando uma profissão “paramédica” (SOUZA, 2017).

Pelo exposto, é possível pensar que um aspecto a ser aprofundado em estudos futuros seria as circunstâncias e motivações que levam alguns profissionais de saúde a transitarem para a área da Saúde Coletiva. Um dos aspectos que apareceu na nossa pesquisa foi o interesse pela área acadêmica, que levou tais docentes a ingressarem em curso de PG e, conseqüentemente, buscarem emprego no âmbito universitário.

Chama à atenção, entretanto, a diversidade de trajetórias quando comparamos os docentes da área de Epidemiologia, com os demais. Como descrito no capítulo de Resultados, os docentes de EPI apresentam trajetórias mistas, tendo acumulado experiência de natureza clínica, tanto no setor público quanto no setor privado, antes de se dedicarem completamente à área acadêmica. Já os docentes da área de PPGS passaram por cargos e funções político-administrativas e/ou burocráticas, enquanto que os de CSHS têm trajetórias predominantemente acadêmicas.

O campo da Saúde Coletiva apresentou, nos últimos 30 anos, muitas mudanças que devem ser levadas em conta na formação de docentes em epidemiologia. Coloca-se em discussão a pertinência ou não de alguns programas de pós-graduação ofertar cursos exclusivamente em epidemiologia. Argumentos ressaltam a importância da epidemiologia como um dos eixos estruturantes do campo da Saúde Coletiva e apontam o perigo de dissociação das demais áreas (PPGS-CSHS). O ensino na Epidemiologia depende da capacidade dos docentes de trabalharem com situações de ensino-aprendizagem que favoreçam uma formação interdisciplinar dentro do campo. Alguns questionamentos são colocados nas publicações sobre o ensino de Epidemiologia, dentre os quais “o mestrado acadêmico é prioritariamente uma etapa da formação em pesquisa? E a formação em ensino?”

(BARATA, 2015; AQUINO, 2008). A desvalorização crescente das atividades de ensino e da formação docente reflete na identidade e no perfil dos docentes. Talvez esse cenário explique uma trajetória com tendência acadêmica e de pesquisa dos docentes de Epidemiologia.

Tratando-se do processo de construção da identidade do sanitarista, com esses achados é possível considerar que o perfil do docente tem orientado a trajetória do egresso dos CGSC. Conforme apontam Silva e Pinto (2018), em pesquisa realizada com os egressos dos cursos, se por um lado, nos cursos em que os docentes possuem trajetórias político-administrativas e/ou burocráticas, com experiências nos serviços e na gestão do sistema de saúde, há maior facilidade de inserção dos egressos no mercado de trabalho. Por outro lado, nos cursos onde os docentes possuem trajetórias predominantemente acadêmicas, com pouca experiência nos serviços, conforme relatado pelos egressos dos cursos, há uma tendência de direcionamento desses egressos para o ambiente acadêmico e atividades de pesquisa, como espaço de trabalho e atuação profissional, em virtude deste segmento ser visto como uma alternativa de mais fácil inserção, em detrimento dos serviços de saúde.

Esses achados coadunam com os resultados da pesquisa de Lorena et al. (2016), os quais apontam que 61,1% dos egressos estão na pós-graduação, dos quais, 67% estão fazendo curso *lato sensu*, como especialização e residência, e 33% estão matriculados em cursos de mestrado e doutorado. Nesse sentido, a compreensão da trajetória dos egressos dos cursos de GSC é refletida, não somente pela diversidade de projetos pedagógicos, mas também, pelo perfil dos docentes. Essa realidade mostra-se contraditória, quando se observa o perfil do egresso – como mostrado no item 5.1.1 e a justificativa de criação dos cursos que é apoiada na necessidade de formação de profissionais que possam contribuir com o fortalecimento do movimento da Reforma Sanitária e da transformação das práticas e modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Essa questão foi colocada como um nó crítico no que diz respeito às influências que os estudantes podem receber dos seus professores, com relação às suas possibilidades de atuação. Além disso, a pesquisa com egressos apontou que, a articulação das universidades, dos professores e estudantes com os serviços de saúde, desde a sua inserção nas atividades práticas e nos estágios, facilita sua eventual inserção no mercado de trabalho (SILVA; PINTO, 2018).

Se por um lado essa diversidade de trajetórias profissionais dos docentes pode ser um elemento facilitador da inserção dos estudantes em práticas de pesquisa (no caso dos docentes com perfil predominantemente acadêmico) e práticas em serviço (no caso dos docentes com perfil predominantemente político e burocrático), por outro, pode ser um elemento

dificultador da construção de um perfil profissional dos egressos que apresente certa consistência, ou seja, que expresse uma identidade nítida, clara, do sanitarista que se pretende formar.

Por outro lado, é possível pensar que essa diversidade, essa multiplicidade de caminhos, de trajetórias profissionais para os egressos dos CGSC seja constitutiva da identidade multifacetada do campo da Saúde Coletiva, e embora possa causar uma certa “angústia existencial” em docentes e em estudantes, deve ser objeto de reflexão e debate, de modo a tornar as múltiplas possibilidades de atuação uma realidade (GRANDA, 1989; 2004).

Vale destacar que, dentre as principais questões debatidas acerca da criação dos CGSC, a aproximação entre a formação e as necessidades do SUS, suscitou um questionamento se seria uma demanda dos serviços de saúde ou uma necessidade construída nos espaços acadêmicos. Essa questão faz alusão ao mercado de trabalho e às possibilidades de inserção profissional que também gerou controvérsias sobre a viabilização de uma carreira (SANTOS, 2014).

Nesse sentido, cabe problematizar a percepção de que o locus privilegiado de atuação do egresso dos CGSC seja o SUS. Alguns dos cursos podem estar direcionando seus egressos para atuarem como gestores nos diversos níveis de gestão do SUS, enquanto poucos podem estar diversificando o perfil dos egressos para que atuem também em espaço técnico-burocráticos a exemplo das ações de promoção e vigilância da saúde (TEIXEIRA, 2002).

O debate em torno da criação dos CGSC, entretanto, apresenta outras possibilidades, a exemplo da inserção dos egressos junto a movimentos sociais, sindicatos, entidades profissionais etc. voltadas à problematização das condições de saúde e grupos populacionais específicos, e mesmo junto a entidades do setor privado que desenvolvam ações de promoção da saúde. No momento atual, em que o sistema público vive uma série de ameaças à sua consolidação (PAIM, 2018; TEIXEIRA; PAIM, 2018) cabe retomar este debate, que ultrapassa a experiência prévia da maioria dos docentes dos cursos, posto que, sua trajetória concentra-se ou no ambiente acadêmico ou no ambiente da gestão do sistema público de saúde.

6.3 A formação docente e a prática pedagógica nos cursos de GSC

Tratando-se da formação de um novo perfil profissional que, com novas habilidades e competências não deve se confundir com as demais identidades profissionais da saúde (BOSI; PAIM, 2010), é preciso observar em que medida os docentes foram preparados de modo a

corresponder ao que é proposto pelos projetos pedagógicos dos cursos. Conforme aponta Santos (2014), a GSC impõe aos docentes a construção de diálogos e articulações cotidianas, no sentido de proporcionar aos estudantes oportunidades de aprendizagens significativas às demandas de formação dos sanitaristas.

Observa-se, a partir das experiências dos docentes, que a formação pedagógica não se constitui como um objeto de interesse do campo científico. Se a pós-graduação *stricto sensu*, que se atribui como espaço de formação do professor, por um lado é caracterizado pela ausência de componentes/práticas de formação pedagógica, por outro há uma supervalorização da pesquisa (CORREA; RIBEIRO, 2013). De fato, esse aspecto valorativo, aliado ao “produtivismo acadêmico”, pode estar contribuindo para reduzir o olhar sobre a atividade docente e em relação aos seus saberes específicos que configuram a identidade de atuação profissional (LIBÂNEO, 2000).

Essa discrepância pode estar indicando a fragilidade do docente diante das suas práticas pedagógicas nos cursos de GSC, conforme revelada pela totalidade dos docentes selecionados. No percurso da formação docente, as falas, evidenciaram uma dificuldade e/ou estranhamento para tratar dos saberes didático-pedagógicos (D’ÁVILA, 2015). As concepções apresentadas mostram pouca apropriação das teorias do campo da educação e dos elementos específicos que constituem a própria ação docente.

Se os saberes pedagógicos são aqueles voltados às competências do ser professor, é indispensável repensar o espaço da formação de professores nos programas de pós-graduação, em termos de seus objetivos, conteúdos e formatos de aplicação didático-pedagógicas, a partir dos quais é que os futuros professores poderão desenvolver sua identidade profissional – é no seio da didática que se encontra seu gene fundamental (D’ÁVILA, 2015).

Cabe refletir se os docentes, por apresentarem formações com maior ênfase na pesquisa, estão reproduzindo essa identidade na formação dos estudantes da GSC, já que estudos sobre as concepções dos egressos sobre a formação e a inserção no mundo trabalho apontam que os estudantes veem a área acadêmica e a pesquisa como uma alternativa à dificuldade de inserção nos serviços e à pouca visibilidade de outros espaços de atuação, além de que 61,1% estão na área acadêmica, como já colocado anteriormente (LORENA ET AL., 2016; SILVA; PINTO, 2018).

Nesse sentido, ao questionar sobre “quem formará os formadores” (BOSI; PAIM, 2010), cabe refletir se a pós-graduação, enquanto espaço de formação docente está dando conta de suprir esta lacuna. O estudo de Santos (2014) também já havia apontado para essa importante limitação, indicando que embora os docentes se constituam como aliados para a

construção de um curso transformador, também poderiam operar como limitadores, na medida em que sua formação e inserção, historicamente, seguem a lógica produtivista, presente na organização do trabalho docente.

Os achados da presente pesquisa de tese mostram que a formação na pós-graduação não trouxe esse acréscimo para, efetivamente, acontecer a prática pedagógica nos cursos. Ainda há um distanciamento entre o que se aprende nesses cursos e os seus desdobramentos em sala de aula, tornando evidente que a lacuna dessas disciplinas didáticas gera tal fragilidade no percurso do ensino-aprendizagem.

Na contramão dos discursos que falam das fragilidades da docência, observam-se falas que traduzem estímulos. A despeito das dificuldades pontuadas pelos entrevistados há aqueles que acreditam e optam pelo enfrentamento do desafio. Diante desse contexto e das inúmeras lacunas apontadas, a busca pela formação e qualificação docente tem se tornado uma rotina, visando superar os desafios apresentados no exercício da docência, dentre os quais está a dificuldade de lidar com uma heterogeneidade de perfis de alunos atraídos pelos cursos, que em sua maioria são noturnos. Esse fator reforça ainda mais o distanciamento entre teoria e prática, já que os serviços de saúde funcionam em sua maioria no período diurno, dificultando o desenvolvimento de atividades formativas dos docentes (SANTOS, 2014).

Nesse contexto, os professores dos CGSC precisam conceber novas estratégias e instrumentos que deem conta de superar esses desafios da prática docente. As experiências no âmbito dos cursos revelam um autodidatismo dos docentes, os quais aprendem fazendo na prática. Com erros e acertos, os docentes aprendem a ensinar ensinando, e reconhecem a necessidade de investir em sua formação e qualificação para ampliar as competências relacionadas à sua atuação profissional.

Como já mencionado na problemática do presente estudo, os cursos de GSC apontaram para a transição de uma geração de docentes, como um dos aspectos que problematizou sobre o processo de reconstrução da identidade docente no campo. Curiosamente, esse aspecto foi colocado em questão pelos entrevistados. Mentes novas dão lugar a novas propostas e pensamentos novos, entretanto pairam dúvidas e questionamentos acerca da própria experiência que ainda é incipiente, em relação aos precursores que criaram o projeto ético político pedagógico dos cursos, mas não puderam acompanhá-lo.

Nesse sentido, a proposta pedagógica dos CGSC aumentaram as expectativas e exigências institucionais em relação ao desempenho e envolvimento dos docentes, promovendo uma pressão sobre o corpo docente recém-concursado, ao mesmo tempo em que rende uma experiência profissional singular nos processos institucionais em que estão

envolvidos. Porém, se por um lado propicia o rápido amadurecimento acadêmico dos docentes recém-concursados, por outro desafia a sua dedicação ao processo de implantação de um curso novo na instituição (CASTELLANOS ET AL., 2013).

No que se refere às estratégias pedagógicas adotadas pelos docentes nos cursos, embora reconheçam que sua prática deva ser dialógica e não tradicional (FREIRE, 1996), buscando o protagonismo do estudante, estando em consonância com as novas estratégias de um ensino dialogado, as dificuldades de aprendizagem dos alunos têm, curiosamente, feito com que eles recuem para as estratégias de ensino tradicionais, o que também tem refletido na qualidade de sua prática pedagógica. Em pesquisa realizada com coordenadores sobre a implementação dos cursos, também foi consenso que a diversidade dos alunos, muitos dos quais apresentavam deficiências de aprendizado, de leitura e compreensão de textos, também surgiram como obstáculos (BELISÁRIO ET AL., 2013).

A concepção sobre as estratégias de ensino-aprendizagem adotadas mostrou contradições. Se por um lado, há concepção de que as estratégias tradicionais desestimulam os alunos e justifica o uso de metodologias que os estimulem, por outro, alguns docentes sentem-se desestimulados ao relatarem que o perfil do aluno e as dificuldades de aprendizagem têm feito com que eles recuem para estratégias de ensino tradicionais. Parece difícil superar os desafios impostos pela docência, dentre os quais, uma entrevistada destaca a pouca disponibilidade de tempo em sala de aula, aliado à sobrecarga de trabalho do docente, incluindo as atividades administrativas e de pesquisa, aos quais atribuem as limitações na adoção de estratégias pedagógicas não tradicionais.

6.4 Diversidade/heterogeneidade das percepções acerca dos cursos, do campo da SC e da RSB

Em primeiro lugar, cabe discutir a diversidade/heterogeneidade de concepções acerca dos cursos de GSC. Como vimos no capítulo de Resultados os docentes entrevistados apresentam distintas concepções. No âmbito da formação no campo da saúde, a graduação em Saúde Coletiva é vista pelos docentes como uma possibilidade de caminhos convergentes com seus interesses e afinidades, corroborando com o estudo de Belisário et al. (2013), que na visão dos coordenadores, os CGSC poderiam contribuir para a reconfiguração do campo, impondo mudanças na atual formação em SC e exigindo maior aprofundamento por parte dos cursos de pós-graduação. No entanto, os resultados apresentados neste estudo de tese,

mostram que a expectativa inicial dos docentes parece estar distante da realidade atual e de suas circunstâncias.

Embora os cursos sejam vistos pelos docentes como um espaço estratégico para formação de profissionais com olhar crítico, reflexivo e interdisciplinar, que viria a se consolidar contemplando as três grandes áreas que compõem o tripé da Saúde Coletiva enquanto campo científico de saberes e práticas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; CAMPOS, 2000), são pontuadas as dificuldades na integração desses três grandes eixos e os desafios que tornam limitadas as expectativas sobre a novidade da formação de um sanitarista a partir da graduação.

Ao observar a mudança no perfil do aluno, ao longo do tempo, em relação ao perfil das primeiras turmas, o docente foi reduzindo sua expectativa inicial no desempenho dos alunos. A heterogeneidade e a diversidade no perfil dos alunos surgiram como obstáculos para a prática docente. Soma-se a isso, conforme apresentado no item 5.7 do capítulo de resultados, a falta de clareza do docente sobre a prática do profissional sanitarista que está sendo formado. Como também apontado por Belisário et al. (2013) “*os mesmos têm dúvidas acerca da profissão e das atribuições do profissional nela formado*”. Esses achados convergem com os desafios de inserção dos egressos no mercado de trabalho, contribuindo não só para a desmotivação dos alunos com os cursos, como também para o desencadeamento de sentimentos de impotência nos docentes, os quais se colocam como parte responsável pela inserção do egresso no mundo do trabalho. Se não há inserção profissional, parece não haver legitimação do trabalho do docente.

Essas questões apontam para diferentes tipos de resistência, sejam elas internas ou externas às instituições – genéricas ao novo, dos docentes, ao novo profissional a ser formado –, impedimentos burocráticos, fragilidades de infraestrutura, falta de pessoal e divergências quanto a concepções pedagógicas e metodológicas sobre o curso em SC foram apontados como dificuldades enfrentadas (BELISÁRIO ET AL., 2013; CORREA; RIBEIRO, 2013).

Há ainda uma autocrítica por parte dos docentes, colocando em evidência alguns questionamentos sobre qual seria o perfil do docente para o curso, sua responsabilidade e protagonismo com a inserção nos serviços e com o reconhecimento da profissão. Muito embora tenham sido apontados os dilemas que permeiam a formação do profissional em Saúde Coletiva, todos os entrevistados fizeram referência à motivação e ao entusiasmo na construção do curso. A participação dos docentes na formulação e implementação dos cursos foi vista de forma positiva, mesmo nos locais em que houve ou ainda há docentes resistentes à proposta (BELISÁRIO ET AL., 2013).

O perfil do docente, ao ser colocado em questão, tanto pela autocritica que os próprios docentes fazem, quanto pelos egressos (SILVA; PINTO, 2018), nos permite identificar no processo de reconstrução da identidade do docente a interface entre dois processos denominados, segundo Dubar (2005), “atribuição” e “pertencimento”. Atos de atribuição, ou seja, a identidade para o outro (quem o outro – o egresso, diz que eu sou –, a identidade que o outro me atribui), nessa perspectiva, referem-se aos que visam definir “que tipo de docente o outro é (de acordo com suas trajetórias)”. Os atos de pertencimento dizem respeito à identidade para si (o que o indivíduo – o docente – diz de si mesmo, o que pensa ser, ou gostaria de ser), ou seja, o pertencimento do próprio indivíduo à Saúde Coletiva e à prática que é desenvolvida. Assim, a identidade, tanto a atribuída quanto a adquirida pelo sentimento de pertencimento, é assimilada no processo de socialização dentro das esferas de que participa. Coloca-se em questão o reconhecimento profissional do docente, no interior de um espaço determinado de legitimação das identidades associadas aos saberes, competências e imagens de si.

A definição e ponto de vista da Saúde Coletiva pelos entrevistados variaram de acordo com a instituição, características da trajetória e eixos de atuação – Epidemiologia, Ciências Humanas e Sociais em Saúde e Planejamento e Gestão. A ambiguidade presente nos depoimentos pode explicar a diversidade de projetos pedagógicos e de concepções sobre os cursos e a falta de clareza sobre a prática profissional do sanitarista que está sendo formado.

Ao serem indagados sobre “o que é Saúde Coletiva” as respostas refletem uma pouca compreensão sobre o campo e a fragmentação de sua prática. A visão mais comum entre os entrevistados é que o campo é composto por três eixos disciplinares (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; NUNES, 1994) que devem se integrar.

Em síntese, na concepção dos docentes, e em sintonia com outras pesquisas já realizadas sobre essa questão, são observadas: Uma superposição do que é Saúde Coletiva e Saúde Pública; A Saúde Coletiva seria o verdadeiro sentido da Saúde Pública, ou ainda, a expansão ou renovação da Saúde Pública (PAIM, 2014); Saúde Coletiva como substantivo referido à dimensão populacional da saúde em contraposição à saúde individual – essa concepção reflete certo grau de institucionalização da Saúde Coletiva. Tal conceito remete ao social (VIEIRA-DA-SILVA, 2018), a depender da trajetória do entrevistado e de sua área de atuação na Saúde Coletiva (EPI-PPGS-CSHS); Saúde Coletiva como projeto político; Saúde Coletiva como um conceito abrangente, um aspecto global da saúde.

Portanto, para a maioria, há dificuldade em definir a especificidade da Saúde Coletiva, devido à sua abrangência, interdisciplinaridade e superposição com a Saúde Pública

Tradicional. Essas percepções variam de acordo com as características da trajetória. Esse entendimento foi expresso, principalmente, por entrevistados cujas trajetórias tiveram ou têm uma maior intersecção com a clínica e com áreas básicas. O conceito de campo aparece frequentemente como sinônimo de espaço e também de área (VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

Nesse estudo, Saúde Coletiva, constatou-se uma concepção praticamente equivalente à Saúde Pública. Alguns entrevistados, no entanto, concebiam a Saúde Coletiva nas suas especificidades históricas, teóricas e epistemológicas, permitindo uma distinção em relação à Saúde Pública. Chama a atenção que os docentes com essa última concepção são da área de PPGS, em sua maioria médicos, que tiveram trajetória no campo político-burocrático e parte deles fizeram militância em torno do movimento da RSB, além de atuação no CEBES.

Segundo Paim (2018), as palavras “Saúde Pública” e “Saúde Coletiva” não são inocentes. Há noções vinculadas a ideologias e conceitos articulados a determinadas teorias. Desse modo, é possível identificar proximidades, convergências e diferenças, em vez de proceder a uma leitura ingênua, naturalizada e a-histórica da Saúde Pública. Dessa forma, verifica-se que cada sujeito possui “definição da situação” em que está inserido, incluindo uma maneira de definir a si próprio e de definir os outros, e toma a forma de argumentos que implicam interesses e valores, posições e posicionamentos (DUBAR, 2005).

Nesse contexto, as denominações “Saúde Pública” e “Saúde Coletiva” podem promover rotulagens (DUBAR, 2005), não apenas pelos nomes, mas pelo processo histórico que as constituíram criando diferenciações e dimensões entre si. Portanto, há um processo subjetivo de rotulagens que representam as instituições e teorias sobre a prática do sanitarista, que apresentam interfaces com o perfil dos docentes e a prática pedagógica nos cursos.

Essa diversidade de concepções, muitas vezes antagônica ao que propõem os projetos dos cursos, e contraditórias ao campo da Saúde Coletiva, deriva provavelmente, da diversidade de trajetórias profissionais, e do lugar que, atualmente, estes docentes ocupam no desenvolvimento do curso no qual atuam. A análise da trajetória profissional evidencia a diversidade de experiências prévias, enquanto que o “lugar de fala” (RIBEIRO, 2017), expressa a experiência acumulada na implantação e desenvolvimento dos componentes curriculares sob sua responsabilidade.

Nesse sentido, cabe destacar, que percebe-se pelas entrevistas realizadas, uma certa “rigidez” em termos da alocação da carga horária dos docentes nas disciplinas das diversas áreas de concentração. Assim, os docentes, em geral, embora reconheçam que os projetos pedagógicos dos cursos propõem o diálogo entre os componentes e áreas disciplinares, apenas os cursos da UFRGS e da UFBA apontaram esforços no sentido de estabelecer espaços de

diálogos entre si, entretanto todos os cursos apresentam em suas propostas a existência desses espaços de compartilhamentos de saberes e práticas entre os docentes.

No que diz respeito às percepções dos docentes sobre a RSB, apresentadas no item 5.11, também se identifica uma diversidade de visões contraditórias ao projeto da Reforma Sanitária Brasileira, muitas vezes esgotando-a no SUS, restringindo-a a uma reforma setorial, limitada à organização dos serviços de saúde, que reduz sua amplitude, no que diz respeito a um projeto de reforma social (PAIM, 2008).

Assim como em outros estudos, a maioria dos docentes apresentaram concepções que reconhecem a RSB como: Um processo inconcluso, que resultou em melhor acesso e cobertura de amplos contingentes populacionais, ou seja, expressão do SUS (PAIM, 2018); Movimento ideológico e político, mas que enfrenta dificuldades de operacionalizar princípios como a integralidade e a humanização do cuidado, ou seja, expressão do SUS. Apenas dois entrevistados, considerando sua trajetória e, portanto, o lugar de fala, apresentaram concepções de RSB como projeto abrangente e de transformação social.

A análise indica o predomínio de uma concepção de RSB superposta à Saúde Coletiva e ao SUS e até mesmo a RSB enquanto política pública. A percepção da RSB como um processo, embora presente em algumas entrevistas, tende a fixar-se também na implementação do SUS, secundarizando a amplitude do projeto, como também identificado nas concepções de outros agentes da Saúde Coletiva por Paim (2014). A maioria dos entrevistados encontrou dificuldade de assinalar com precisão as relações entre SC e a RSB. Em resumo, na visão dos docentes, poder-se-ia chegar à conclusão de que a Saúde Coletiva seria o mesmo que a Saúde Pública, assim como a RSB seria igual ao SUS, corroborando com os resultados da pesquisa de Paim (2018). Usam a expressão “Reforma Sanitária”, mas na realidade referem-se a reformas do setor saúde.

O projeto de Reforma Sanitária Brasileira vai além da dimensão setorial, sobretudo quando se considera o conceito ampliado de saúde. “A RSB foi concebida como um projeto de reforma social que apresenta relações com a emergência e o desenvolvimento da Saúde Coletiva”. É uma denominação que deu identidade a um movimento de reforma social centrada na democratização da saúde, do Estado e de seus aparelhos, da sociedade e da cultura (PAIM, 2008; 2018). Nesse sentido, o grau de apropriação e compreensão dos docentes em relação ao campo da Saúde Coletiva e à Reforma Sanitária Brasileira reflete numa maior ou menor identidade com os cursos.

Ao considerar que a proposta de criação dos cursos de GSC é tributária da construção do campo da Saúde Coletiva e da sua vinculação ao projeto da RSB, bem como de uma

análise de conjuntura que aponta desafios para a RSB e o SUS, a pouca apropriação e a dificuldade de delimitação teórico-conceitual e epistemológica desse campo (BOSI; PAIM, 2010), por parte dos docentes, apresentam divergências em relação aos projetos pedagógicos, que consistem na maioria dos desafios enfrentados nos processos formativos desse novo perfil profissional. Vale lembrar que os cursos de GSC foram vistos como estratégia importante para a proposta da RSB. Nesse sentido, espera-se que a sua abertura represente uma nova força mobilizadora do processo de Reforma Sanitária Brasileira, a partir da formação de um novo ator social no campo da Saúde Coletiva, comprometido com os princípios e valores éticos e políticos que inspiram tal Reforma (CASTELLANOS ET AL., 2013, p. 1658). No entanto:

Sabemos que é difícil trabalhar com o que é absolutamente inédito, e este é o caso, haja vista o pioneirismo do Brasil no que se refere à implantação dessa formação no chamado Terceiro Mundo. Mais ainda, quando se leva em conta a necessidade de garantir condições, materiais e subjetivas, que englobam a garantia de recursos por parte do Estado, bem como a **necessidade de consensos mínimos** com vistas a um projeto nacional – uma construção democrática que desafia a área de Saúde Coletiva conforme se deu em muitos outros momentos da sua trajetória (BOSI; PAIM, 2010, p. 236) (grifo meu).

No atual momento em que os CGSC completam 10 anos, com acúmulo de experiências e construção de conhecimentos, é urgente fomentar o debate e reunir subsídios nos planos epistemológico, socio-sanitário e ético-político. Tais elementos devem resultar de um processo de reflexão permanente, visando a contribuir para o diálogo entre os diferentes agentes e segmentos implicados no projeto, de modo que se materialize uma proposta nacional que conjugue a expansão do ensino superior com os compromissos da Saúde Coletiva, da RSB e do SUS. *“Lutas, contradições, produção de conhecimentos, sonhos, subjetividades, engenho, trabalho e arte compõem a construção da Saúde na América Latina”* (BOSI; PAIM, 2010, p. 2037).

7 COMENTÁRIOS FINAIS

Os resultados desse estudo evidenciam que, de fato, a implantação dos CGSC, a partir de docentes com diversas formações em Saúde e em Ciências Humanas e Sociais, diversidade característica do campo da Saúde Coletiva, desencadeia um processo de reconstrução da sua identidade profissional que pode se apresentar como uma sequência de formas identitárias ao longo da sua trajetória socioprofissional. Se por um lado, inicialmente, o ensino da Saúde Coletiva no Brasil foi se estruturando com especificidades dos programas de pós-graduação e com inserção de componentes nas diversas formações de Saúde, por outro, deve-se considerar que as especificidades de uma graduação em SC e sua identidade não se confundem com as dos demais profissionais da saúde, nem a identidade dos sanitaristas formados nos programas de pós-graduação da área.

Nessa perspectiva o perfil e trajetória dos docentes são fundamentais na construção da identidade dos sujeitos que estão sendo formados, tornando a prática docente como estruturante desse processo. Entretanto, em função da heterogeneidade de projetos e de práticas pedagógicas nos cursos, ainda não resultou na construção de uma visão consensual sobre o que é Saúde Coletiva e uma compreensão abrangente sobre a RSB, entre os docentes, aspecto que certamente repercute sobre a formação dos sanitaristas nos cursos de GSC aos quais estão vinculados. Tais aspectos constituem-se em desafios identitários, na medida em que a identidade dos docentes apresentam proximidades e afastamentos com a Saúde Coletiva, a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS. Cabe destacar a influência institucional e o lugar de fala nas concepções identitárias dos docentes.

Fica evidente a construção de uma identidade docente, a partir dos processos de socialização, influenciados tanto por fatores profissionais quanto pelas formas típicas de suas trajetórias individuais, de mundos sociais e sistemas de práticas. Apreende-se, dessa forma, que o processo de construção da identidade docente envolve os contextos histórico, social e político na significação de suas experiências e representações diante da posição que passam a ocupar. Dentre os principais desafios destaca-se a necessidade de investir no debate sobre as práticas docentes, superando as lacunas que envolvem os saberes didático-pedagógicos. Sem dúvidas, a formação docente constitui-se em importante componente na construção da identidade profissional, que certamente reverbera na formação nos CGSC.

Espera-se que esses resultados e reflexões possam contribuir para identificação de questões e desafios que precisam ser superados no âmbito da formação em Saúde Coletiva, bem como no debate sobre a constituição deste campo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABENSUR PLD, CARVALHO GPM, RUIZ ML. O processo de formação didático pedagógica em saúde: aprendizagens percebidas na voz dos pós-graduandos. *ABCS health sci*;40(3), set.-dez. 2016.

ABENSUR, SI.; TAMOSAUSKAS, MRG. Tecnologia da informação e comunicação na formação docente em Saúde: relato de experiência. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.35, n.1, 2011, p.102-107.

ABRASCO. Documento preliminar de princípios básicos. In: Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1982:100-17.

ABRASCO. **Oficina sobre formação docente em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: GT Trabalho e Educação na Saúde [Relatório], 2012.

ABRASCO. Oficina sobre formação docente em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: GT Trabalho e Educação na Saúde [Relatório], 2012.

ANDRADE SR, BOEHS AE, BOEHS CGE. Percepções de enfermeiros docentes e assistenciais sobre a parceria ensino-serviço em unidades básicas de saúde. *Interface (Botucatu)*, Set 2015, vol.19, no.54, p.537-547.

ARAÚJO DV, SILVA CC, SILVA ATMC. Formação de força de trabalho em saúde: contribuição para a prática educativa em enfermagem. *Cogitare enferm*;13(1):10-17, jan.-mar. 2008.

ARAÚJO, E. C.; BATISTA, S. H.; GERAB, I. F. A produção científica sobre docência em saúde: um estudo em periódicos nacionais. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.35, n.4, 2011, p.486-492.

BACKES VMS, MENEGAZ JC, MIRANDA FAC et al. Lee shulman: contribuições para a investigação da formação docente em enfermagem e saúde. *Texto & contexto enferm*;26(4):e1080017, 2017.

BACKES, D. S. et al. Repensando o ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo. **Rev. Bras. Enferm.**, v.63, n.3, 2010, p.421-426.

BALTAZAR MMM, MOYSÉS SJ, BASTOS CCBC. Profissão, docente de odontologia: o desafio da pós-graduação na formação de professores. *Trab. educ. saúde*, Out 2010, vol.8, no.2, p.285-303.

BARBOSA ECV, VIANA LO. Um olhar sobre a formação do enfermeiro/docente no Brasil. *Rev. Enferm. UERJ*;16(3):339-344, jul.-set. 2008.

BARLEM ELD, LUNARDI VL. Satisfação e sofrimento no trabalho do enfermeiro docente: uma revisão integrativa. *REME rev. min. enferm*;20, 2016.

BATISTA NA, BATISTA SH. Docência Universitária em Saúde, Formação e Interdisciplinaridade. In: Batista NA, Batista SH, Abdala, IG. Ensino em Saúde: visitando conceitos e experiências. São Paulo: Arte & Ciência; 2005.

BATISTA NA. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. Trab. educ. saúde, Set 2005, vol.3, no.2, p.283-294.

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

BOMFIM MI, GOULART VMP, OLIVEIRA LZ. Formação docente na área da saúde: avaliação, questões e tensões. Interface, Dez 2014, vol.18, no.51, p.749-758.

BOSI, M. L. M.; PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 4, 2010. p. 2029-2038.

BOSI, M. L. M.; PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, 2009, p. 236-237.

BOURDIEU, P. O Campo científico. In: ORTIZ, R. *Pierre Bourdieu - Sociologia*. São Paulo: Ática, 1994. p.122-155.

BOURDIEU, P. O campo político. **Rev. Bras. Ciênc. Política**, n.5, 2011, p.193-216.

BOURDIEU, P. **O Senso Prático**. São Paulo: Vozes, 2009. 470p.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clinica do campo científico. São Paulo: UNESP, 1997. 86p.

BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papirus, 1996. 224p.

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J.; PASSERON, J. **Ofício de Sociólogo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 238p.

BOURDIEU. P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero. 1983. p. 89-94.

BULCAO LG, SAYD JD. As razões da escola médica: sobre professores e seus valores. Os valores dos médicos e os impasses da escola médica. *Physis* [online]. 2003, vol.13, n.1, pp. 11-38.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.2, pp.219-230.

CARBOGIM FC, GONÇALVES AMC. Docentes de enfermagem: prazer e sofrimento no trabalho. *REME rev. min. enferm*;11(3):291-296, jul.-set. 2007.

CARDOSO, C. G. L. V. et al. O papel dos docentes na formação de novos professores de nutrição. **Rev. Bras. Educ. med.**, v.38, n.3, 2014, p.367-371.

CASTELLANOS, M. E. P. et al. Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.18, n.6, 2013, p. 1657-1666.

CATANI AM, OLIVEIRA JF, MICHELOTTO RM. As políticas de expansão da educação superior no Brasil e a produção do conhecimento. *Fundamentos em humanidades* 2007; 1(23):47-64.

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

CHAUVIRÉ, C.; FONTAINE, O. **Le vocabulaire de Bourdieu**. Bague, Paris. Ellipes Édition Marketing, 2003. 77p.

CONTIM, D.; SANNA, M. C. Ensino de administração de serviços de saúde: perfil de enfermeiras que exerceram a docência. **Acta Paul. Enferm.**, v.24, n.6, 2011, p.756-761.

CORRAL-MULATO, S.; DUENO, S. M. V.; FRANCO, D. M. Docência em Enfermagem: insatisfações e indicadores desfavoráveis. **Acta Paul. Enferm.**, v.23, n.6, 2010, p.769-774.

CORRÊA GT, RIBEIRO VMB. Formação pedagógica na pós-graduação stricto sensu em saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Jun 2013, vol.18, no.6, p.1647-1656.

COSTA, N. M. S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar?. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.31, n.1, 2007, p.21-30.

COSTA, N. M. S. C. Formação pedagógica de professores de nutrição: uma omissão consentida?. **Rev. Nutr.**, v.22, n.1, 2009, p.97-104.

D'ÁVILA, C. Que papel tem a didática geral e as didáticas específicas na construção da identidade profissional docente? In: CAVALCANTE, MMD et. al. (Org.). **Que papel tem a didática geral e as didáticas específicas na construção da identidade profissional docente?** 1ed. Fortaleza: EDUECE – Editora Universidade Estadual do Ceará, 2015, v. 04, p. 208-227.

DINIZ SN, AVELAR MCQ. A prática docente de enfermeiros de instituições de saúde numa universidade privada. *Ciênc. cuid. saúde*;8(2):176-183, abr.-jun. 2009.

D'OLIVEIRA CAFB, ALMEIDA CM, SOUZA NVDO et al. Prazer e sofrimento no trabalho: perspectivas de docentes de enfermagem. *Rev. baiana enferm*;31(3):e20297, 2017.

DUBAR, C. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DUBAR, C.; TRIPIER, P. **Sociologie des professions**. Paris: Editions Armand Colin, 1998. ESPERIDIÃO, M. A. O usuário e o julgamento dos serviços de saúde. Salvador, 2009. Tese [Doutorado] - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

FIGUEREDO WN, LAITANO ADC, SANTOS VPFA et al. Formação didático-pedagógica na pós-graduação stricto sensu em Ciências da Saúde nas Universidades Federais do Nordeste do Brasil. *Acta paul. enferm.*, Out 2017, vol.30, no.5, p.497-503.

FORTE FDS, VIEIRA LB, PESSOA TRRF et al . Portfólio: desafio de portar mais que folhas: a visão do docente de odontologia. Rev. bras. educ. med., Mar 2012, vol.36, no.1, suppl.2, p.25-32.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS DA, SANTOS EMS, LIMA LVS et al. Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde. Interface comun. saúde educ;20(57):437-448, abr.-jun. 2016.

FREITAS, M. A. O.; SEIFFERT, O. M. L. B. Formação docente e o ensino de Pós-Graduação em Saúde: uma experiência na UNIFESP. **Rev. Bras. Enferm.**, v.60, n.6, 2007, p.635-640.

GARCIA, M. A. A.; SILVA, A. L. B. Um perfil do docente de medicina e sua participação na reestruturação curricular. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.35, n.1, 2011, p.58-68.

GARRIDO, S. A Política Nacional de Luta contra AIDS e o Espaço AIDS no Brasil. Salvador, 2013. Tese [Doutorado] - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

GOMES KK, SANCHEZ HM, SANCHEZ EGM et al. Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho em docentes da saúde de uma instituição de ensino superior. Rev. bras. med. trab;15(1):18-28, jan.-mar. 2017.

GRANDA, E.. "Saúde: globalização da vida e solidariedade". Saúde em Debate, vol. 24, n. 56, p. 83-101.

GRANDA, E; BREILH, J. Saúde na sociedade. 2. ed. São Paulo: ABRASCO, 1989.

GUIMARÃES GL, VIANA LO. O valor social no ensino da enfermagem. Esc. Anna Nery Rev. Enferm;16(3):508-513, set. 2012.

LEITE AF, NOGUEIRA JAD. Fatores condicionantes de saúde relacionados ao trabalho de professores universitários da área da saúde: uma revisão integrativa. Rev. bras. saúde ocup;42:e6, 2017.

LIBÂNEO, José Carlos. «Educação, pedagogia e Didática – o campo investigativo da pedagogia e da Didática no Brasil: esboço histórico e buscas de identidade epistemológica e profissional.» In: PIMENTA, Selma (org). et al. **Didática e formação de professores: percursos e perspectivas no Brasil e em Portugal**. 3ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

MACHADO MH. A participação da mulher no setor da saúde no Brasil: 1970-1980. Cadernos de Saúde Pública 1986; 2(4):449-465.

MACHADO RB. Políticas de inclusão e a docência em educação física: uma reflexão sobre as práticas. Rev. bras. ciênc. esporte;39(3):261-267, jul.-set. 2017.

MACHADO, J. L. M.; MACHADO, V. M.; VIEIRA, J. E. Formação e seleção de docentes para currículos inovadores na graduação em saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.35, n.3, 2011, p.326-333.

MADEIRA, M. Z. A.; LIMA, M. G. S. B. A prática pedagógica das professoras de enfermagem e os saberes. **Rev. Bras. Enferm.**, v.60, n.4, 2007, p.400-404.

MAFTUM MA, ALENCASTRE MB. Cenário da qualificação docente de enfermagem em saúde mental no Paraná. *Nursing (São Paulo)*;11(124):404-410, set. 2008.

MAIA JA. O currículo no ensino superior e saúde. In: Batista NA, Batista SH. *Docência em Saúde: temas e experiências*. São Paulo: Senac; 2004.

MARSIGLIA, R. M. G. Docência em saúde: temas e experiências. **Interface**, v.11, n.21, 2007, p.173-176.

MATOS, C. L. A constituição da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. Salvador, 2014. Tese [Doutorado] - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

MEZZARI A. O uso da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como reforço ao ensino presencial utilizando o ambiente de aprendizagem Moodle. *Rev. bras. educ. med.*, Mar 2011, vol.35, no.1, p.114-121.

MIELKE FB, OLSCHOWSKY A. A experiência do estágio de docência. *Cogitare enferm*;14(3), jul.-set. 2009.

MOTA, E.; SANTOS, L. O que se pode alcançar com a Graduação em saúde Coletiva no Brasil?. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, 2013, p. 37-41.

MOTTA, I. J.; RIBEIRO, V. M. B. Quem educa *queer*: a perspectiva de uma analítica *queer* aos processos de educação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.18, n.6, 2013, p. 1695-1704.

MOURA D, ARCE VAR. Atenção primária à saúde: concepções e práticas de docentes fonoaudiólogos. *Distúrb. comun*;28(1):130-141, 2016.

NARDI V, CARDOSO C, ARAÚJO RPC. Formação acadêmico-profissional dos docentes fonoaudiólogos do estado da Bahia. *Rev. CEFAC*, Dez 2012, vol.14, no.6, p.1122-1138.

NUNES, EVERARDO DUARTE. Saúde Coletiva: historia de uma ideia e de um conceito. *Saude e Sociedade*, v. 3, n.2, p. 5-21, 1996.

NUNES, EVERARDO DUARTE. Saúde Coletiva: revisitando a sua historia e os cursos de pós- graduação. *ciência e saúde coletiva*, v. 1, n.1, p. 55-69, 1996.

OLIVEIRA, G. S. Saberes e esquemas de ação docente em saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2010. Tese [Doutorado] - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Uma reflexão sobre os múltiplos sentidos da docência em saúde. **Interface**, v.17, n.44, 2013, p.211-218.

ORTIZ, Renato (org.). 1983. **Bourdieu – Sociologia**. São Paulo: Ática. Coleção Grandes Cientistas Sociais, vol. 39. p. 122-155.

PAIM, J. S. a Reforma Sanitária Brasileira e a Saúde Coletiva: concepções, posições e tomadas de posição de intelectuais fundadores. In: VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **O campo da Saúde Coletiva: gênese, transformações e articulações com a Reforma Sanitária**. Salvador: Rio de Janeiro: EDUFBA; FIOCRUZ, 2018.

PAIM J.S. A reforma sanitária brasileira e a construção do campo da Saúde Coletiva. Salvador: ISC, UFBA; 2014 (Relatório técnico-científico).

PAIM MC, GUIMARÃES JMM. Importância da formação de docentes em EAD no processo de educação permanente para trabalhadores do SUS na Bahia. *Rev. baiana saúde pública*;33(1):94-103, jan.-mar. 2009.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 153p.

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

PAIM, J.S. (2006). Movimentos no campo social da saúde. In: Paim, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador, EDUFBA, 2006. p.117-138.

PAIM, J.S.; PINTO, I. C. M. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, 2013, p. 13-35-35.

PAIM, JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 356 pp.

PAIM, JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1723-1728.

PEREIRA WR, CHAOUCHA SH. Identificação de novas práticas pedagógicas na percepção dos docentes de um curso de enfermagem. *Ciênc. cuid. saúde*;9(1):99-106, jan.-mar. 2010.

PIMENTA SG, ANASTASIOU LGC. Docência no ensino superior. 2nd ed. São Paulo: Cortez; 2003.

PIMENTEL, V.; MOTA, D. D. C. F.; KIMURA, M. Reflexões sobre o preparo para a docência na pós-graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.1, 2007, p.161-164.

PINHO LB, SANTOS SMA. Estágio de docência em enfermagem psiquiátrica: uma experiência durante a pós-graduação. *Rev. gaúch. enferm*;27(2):176-184, 2006.

PONCE DE LEON CGRM, SILVA CC. Formação de formadores: a prática educativa de um programa de pós-graduação em enfermagem. *Rev. bras. enferm*;59(5):636-641, set.-out. 2006.

PONTES AL, REGO S, SILVA JUNIOR AG. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2006, vol.30, n.2, pp. 66-75.

RIBEIRO VMB. Uma pequena conversa sobre currículo, prática docente e teoria da ação comunicativa. *Physis*, Dez 1999, vol.9, no.2, p.99-116.

RIBEIRO, D. O que é lugar de fala? Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2017.

RIBEIRO, M. L.; CUNHA, M. I. Trajetórias da docência universitária em um programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. **Interface**, v.14, n.32, 2010, p.52-68.

RODRIGUES, M. T. P.; MENDES SOBRINHO, J. A. C. Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. **Rev. Bras. Enferm.**, v.60, n.4, 2007, p.456-459.

RODRIGUES, R. M.; COTERNO, S. F. R. Formação pedagógica na visão de docentes da graduação da área da saúde no Brasil. **Rev. Enferm. Herediana**, v. 2, n.1, 2009, p. 3-10.

ROSEN, G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROZENDO CA, Casagrande LDR, Schneider JF et al. Uma análise das práticas docentes de professores universitários da área de saúde. *Rev. latinoam. enferm*;7(2):15-23, abr. 1999.

RUIZ-MORENO L, LEITE MTM, AJZEN C. Formação didático-pedagógica em saúde: habilidades cognitivas desenvolvidas pelos pós-graduandos no ambiente virtual de aprendizagem. *Ciênc. educ. (Bauru)*, 2013, vol.19, no.1, p.217-229.

RUIZ-MORENO L, SONZOGNO MC. Formação pedagógica na pós-graduação em saúde no ambiente Moodle: um compromisso social. *Pro-Posições*, Dez 2011, vol.22, no.3, p.149-164.

SANTOS I, CAVALCANTE LB, BERARDINELLI LMM. Estudo sobre hábitos de vida de docentes de enfermagem segundo os modos adaptativos de Roy. *Rev. enferm. UERJ*;18(1):48-54, jan.-mar. 2010.

SECCO LG, PEREIRA MLT. Concepções de qualidade de ensino dos coordenadores de graduação: uma análise dos cursos de odontologia do Estado de São Paulo. *Interface (Botucatu)*, Ago 2004, vol.8, no.15, p.313-330.

SILVA RAS, OLIVER FC. Trajetória docente e a formação de terapeutas ocupacionais para atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu, Online)*;21(62):661-673, jul.-set. 2017.

SILVA, V. O.; PINTO, I. C. M. Construção da Identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil: uma revisão da literatura. **Interface**, v. 17, n. 46, 2013, p. 549-560.

SILVA, V. O.; PINTO, I. C. M. O Sanitarista como Trabalhador da Saúde no Brasil: uma Identidade em Transformação. In: MARTINS, M. I. C.; MARQUES, A. P.; COSTA, N. R.;

MATOS, A. (Org.). **Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas**. Brasil; Portugal: Fiocruz; CICS-UM, 2014, p.159-165.

- SILVÉRIO MR, PATRÍCIO ZM, BRODBECK IM et al. O ensino na área da saúde e sua repercussão na qualidade de vida docente. *Rev. bras. educ. méd*;34(1):65-73, jan.-mar. 2010.
- SINIAK DS, SILVA AB, PINHO LB. Relato de experiência de estágio de docência na área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. *Ciênc. cuid. saúde*;12(3):593-598, jul.-set. 2013.
- SOARES RJO, ZEITOUNE RCG, LISBOA MTL et al. Fatores facilitadores e impeditivos no cuidar de si para docentes de enfermagem. *Texto contexto - enferm.*, Dez 2011, vol.20, no.4, p.758-765.
- SOARES, CLM et al. O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol.22, n.6, pp.1805-1816.
- SOUZA KR, MENDONÇA ALO, RODRIGUES MAS et al. A nova organização do trabalho na universidade pública: consequências coletivas da precarização na saúde dos docentes. *Ciênc. Saúde Colet*;22(11):3667-3676, Nov. 2017.
- SOUZA, EDNIR ASSIS. **O trabalho da enfermeira no Brasil - 1988-2014**. 2017. 165 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.
- SOUZA, J. C. A Gênese do Programa de Alimentação do Trabalhador. Salvador, 2013. Tese [Doutorado] - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- TEIXEIRA, C. F. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do sanitarista. **Interface**, v.7, n.13, 2003, p.163-166.
- TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013, p.121-137.
- TEIXEIRA, CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.18, pp.S153-S162.
- TEIXEIRA, CFS; PAIM, JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde debate* [online]. 2018, vol.42, n.spe2, pp.11-21.
- TEIXEIRA, CFS; PAIM, JS; VILASBOAS, ALQ. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf. Epidemiol. Sus* [online]. 1998, vol.7, n.2, pp.7-28.
- TERRA FS, MARZIALE MHP, ROBAZZI MLCC. Evaluation of Self-esteem in Nursing Teachers at Public and Private Universities. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Feb 2013, vol.21, no.spe, p.71-78.
- TERRA, F. S.; SECCO, I. A. O.; ROBAZZI, M. L. C. C. Perfil dos docentes de cursos de graduação em enfermagem de universidades públicas e privadas. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n.1, 2011, p. 26-33.

TOMAZ APKA, TOCANTINS FR, SOUZA SR. Estágio docência realizado num hospital universitário do estado do Rio de Janeiro – relato de experiência. *Rev. pesquis. cuid. fundam.* (Online);6(2):856-862, abr.-jun. 2014.

TURINI B, ALMEIDA MJ. Os professores de Medicina e o ensino de graduação extramuros. *Rev. bras. educ. méd*;26(3):151-161, set.-dez. 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. *Proposta do Curso de Graduação na área de Saúde Coletiva*. Salvador: ISC-UFBA, 2008. Disponível em: <http://www.isc.ufba.br/arquivos/projeto_graduacao_saude_coletiva_ISC_UFBA_v10_21nov08.pdf>. Acesso em: fevereiro de 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE. Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva. Rio Branco: UFAC, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO. Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Cuiabá: UFMT, 2013. Disponível em: <http://www.ufmt.br/isc/arquivos/920ca5708e6c727b11b4570bcbb8a181.pdf>. Acesso em: fevereiro de 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: UFRJ, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva. Porto Alegre: UFRGS, 2018. Disponível em: http://www.ufrgs.br/saudecoletiva/Proj%20Ped%20Scol%20ver%202018_1.pdf. Acesso em: outubro de 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. **O espaço da Saúde Coletiva**. Salvador: [Relatório de pesquisa], 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **O campo da Saúde Coletiva: gênese, transformações e articulações com a Reforma Sanitária**. Salvador: Rio de Janeiro: EDUFBA; FIOCRUZ, 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva?. in: PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.), **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p.3-12.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PINELL, P. The genesis of collective health in Brazil. **Sociology of Health & Illness**, v. 36, 2013.

ZABALZA, M. **O ensino universitário: seu cenário e seus protagonistas**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Bloco A (Processo de socialização primária)

1. Profissão dos avós, pais e irmãos;
2. Influência dos familiares na escolha de sua carreira;
3. Motivações para escolha da profissão/graduação.

Bloco B (Trajetória socioprofissional)

4. Trajetória profissional (Locais onde trabalhou, Cargos ocupados);
5. Participação política;
6. Como se tornou professor.

Bloco C (Formação docente)

7. Formação para o ensino;
8. Contribuições da formação para o exercício da prática docente;
9. Contribuições da formação pós-graduada para a docência (estratégias, mecanismos e ferramentas que o docente identifica como potencialidades ou lacunas da pós-graduação).

Bloco D (Prática docente)

10. Experiências com a prática docente no CGSC;
11. Percepções sobre o currículo do curso;
12. Percepções sobre o que é "ensinar", ou seja, o que é ser educador em Saúde Coletiva;
13. Metodologias de ensino que costuma utilizar;
14. Percepções sobre experiências com os alunos, relação, perfil;
15. Percepções sobre o processo de formação, qualificação e o contexto de trabalho do sanitarista na Saúde Coletiva;
16. Experiências com atividades de pesquisa, produção científica, extensão e sua relação/concepções com/sobre a universidade/mundo acadêmico;
17. Dificuldades a serem superadas na docência dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, enquanto um processo inovador e instituinte, provocador de inquietações e reflexões em torno do campo da Saúde Coletiva;

Bloco E (Percepções sobre os cursos e campo da Saúde Coletiva)

18. Haveria um perfil do docente em Saúde Coletiva cujas características gerais e específicas potencializariam a formação e a educação do sanitarista de hoje;
19. Percepções sobre o que é ser sanitarista para você;
20. Percepções sobre o que é Saúde Coletiva;
21. Percepções sobre a Reforma Sanitária para você.

APÊNDICE B – PERFIL DO EGRESSO POR CURSO, CONFORME DESCRITO NOS SEUS RESPECTIVOS PROJETOS PEDAGÓGICOS.

Região	Instituição	Perfil do egresso
Norte	UFAC	O objetivo do curso de Saúde Coletiva (bacharelado) é formar um profissional com saber científico e habilidades que o tornem capaz de compreender e conhecer situações em cenários de saúde pública. Assim, ele deve estar apto para propor intervenções, considerando as necessidades sociais de saúde, bem como para organizar e coordenar ações essenciais à implementação de serviços, programas e sistemas regionais ou municipais de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O profissional de Saúde Coletiva deve dominar conhecimentos e habilidades específicas das ciências biológicas ou da saúde, mas não limitadas a somente estas, sendo reconhecido como um profissional para necessidades sociais de saúde; deve ser um gerente de processos grupais de trabalho em saúde, fundamentado em princípios humanísticos, éticos e estéticos; deve se voltar, ainda, para a realização de ações de vigilância, planificação, gestão, controle, avaliação, auditoria, além de intervenções sociais organizadas, dirigidas a promoção, proteção, comunicação e educação em saúde.
Nordeste	UFBA	Profissional em Saúde Coletiva com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificado para o exercício de atividades do campo da Saúde Coletiva em todos os níveis de gestão e de atenção à saúde, atuando em promoção da saúde e na melhoria da qualidade da vida humana, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural, política e econômica do seu meio, com base no rigor científico e intelectual, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.
Centro-Oeste	UFMT	O perfil do profissional graduado em Saúde Coletiva contemplará um conjunto de competências gerais e específicas apresentadas no projeto, constituindo um profissional com o seguinte perfil: Profissional qualificado para o exercício em Saúde Coletiva, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes decorrentes da realidade nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões políticas, sociais, culturais, epidemiológicas e históricas de seus determinantes. Apto a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como gestor para a promoção da saúde integral do ser humano.
Sudeste	UFRJ	Profissional apto a trabalhar em todos os níveis de gestão e de atenção à saúde, exercendo desta forma, atividades no campo da Saúde Coletiva com responsabilidades ética e legal, e com respeito às diversidades populacionais.
Sul	UFRGS	O egresso do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva tem competência para avaliar, organizar, dirigir e implementar atividades referentes à formulação e execução de processos institucionais no campo do planejamento, gestão e avaliação em saúde nas organizações públicas e privadas, governamentais e não-governamentais, bem como para participar das ações de promoção, vigilância e educação da saúde, tendo em vista a saúde coletiva, com capacidade de adequação às complexidades locais e regionais (no âmbito do Sistema Único de Saúde e

Região	Instituição	Perfil do egresso
		<p>intersectorialmente), e às mudanças que ocorrem continuamente. O profissional formado em Saúde Coletiva, atende às funções de analista no amplo setor da saúde(sanitarista), por isso o nome proposto ao curso de graduação abrange políticas (da concepção à avaliação e meta-avaliação) e sistemas (ações, serviços e modelo assistencial). O profissional, sanitarista, é pensado no âmbito da condução e regulação, onde se inclui “planejamento, gestão e avaliação em saúde” e que atua também com as ações coletivas de proteção à saúde: “educação, promoção e vigilância da saúde”, além das ações sociais de participação popular e conteúdo social em saúde.</p>

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FORMAS IDENTITÁRIAS DOS DOCENTES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

O presente projeto de Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, de autoria de Vinício Oliveira da Silva, sob a orientação da Prof. Isabela Cardoso de Matos Pinto, tem por objetivo “Analisar as formas identitárias configuradas ao longo da formação e da prática dos docentes dos cursos de Graduação em Saúde Pública/Coletiva no Brasil”. Procedimentos: A produção de dados implicará na realização de entrevista semiestruturada. As informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa, as quais serão analisadas e apresentadas sob a forma de um relatório de pesquisa. Para fins acadêmicos, os resultados serão apresentados, também na forma de artigos em periódicos científicos. A participação nesta pesquisa poderá expor os sujeitos a riscos mínimos, como cansaço, desconforto pelo tempo gasto ao responder o roteiro de entrevista, bem como causar constrangimento ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais, entretanto a participação é voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento. Os benefícios para os integrantes desta pesquisa serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

Não há despesas ou compensações financeiras. Em qualquer etapa do estudo o (a) Sr. (a) terá cesso ao responsável pela pesquisa, para o esclarecimento de eventuais dúvidas, através dos seguintes contatos: E-mail: vinicio_oliveira@hotmail.com; Telefone: (71) 99246-5775.

DECLARAÇÃO

Eu, _____ acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa sobre “Formas identitárias dos docentes dos cursos de graduação em saúde Coletiva no Brasil”. Discuti com o pesquisador responsável sobre minha decisão em participar da referida investigação. Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em consentir minha participação, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do informante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste informante para sua participação neste estudo.

Vinício Oliveira da Silva
Pesquisador responsável

Contatos: E-mail: vinicio_oliveira@hotmail.com / Tel: (71) 99246-5775

APÊNDICE D

MATRIZ DE ANÁLISE DAS TRAJETÓRIAS SOCIOPROFISSIONAIS DOS DOCENTES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA
– PROCESSO DE SOCIALIZAÇÃO SECUNDÁRIA

[illegible]

APÊNDICE E

MATRIZ DE ANÁLISE DA FORMAÇÃO DOS DOCENTES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA

Docente	Curso de graduação / Local	Cursos de pós graduação / Local	Temáticas estudadas	Percepções sobre a formação	Lacunas da formação docente na pós graduação	Estratégias, mecanismos e ferramentas complementares utilizadas na sua formação docente	Percepções sobre si e aspectos marcantes

APÊNDICE F

MATRIZ DE ANÁLISE DA PRÁTICA DOCENTE NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA

Docente	Definição do trabalho docente (individual e em equipe)	Objetivos (foco central) do trabalho docente nos CGSC	Competências e conhecimentos que julga ser necessário para o trabalho docente	Percepções e experiências com a prática docente nos CGSC	Ferramentas/Instrumentos/Meios utilizados para desenvolver a prática docente	Metodologias de aprendizagem	Relações/experiências com atividades de pesquisa, produção científica e extensão	Relações/concepções com/ sobre a universidade/mun do acadêmico	Percepções sobre si e aspectos marcantes

APÊNDICE G

MATRIZ DE ANÁLISE DAS CONCEPÇÕES SOBRE O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA E A GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Docente	Percepções sobre Reforma Sanitária	Percepções sobre o SUS	Percepções sobre Saúde Pública e Saúde Coletiva	Percepções sobre o currículo do CGSC	Definição do que é ser sanitarista	Experiências com alunos/relação/perfil	Objetivos profissionais na Saúde Coletiva	Percepções sobre si na Saúde Coletiva e eventos marcantes

ANEXO - COMPROVANTE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: FORMAS IDENTITÁRIAS DOS DOCENTES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

Pesquisador: VINICIO OLIVEIRA DA SILVA

Versão: 1

CAAE: 74413717.1.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 097707/2017

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto FORMAS IDENTITÁRIAS DOS DOCENTES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL que tem como pesquisador responsável VINICIO OLIVEIRA DA SILVA, foi recebido para análise ética no CEP UFBA - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia em 25/08/2017 às 11:58.