

A experiência do bacharel em Saúde Coletiva no Sistema Único de Saúde (SUS): contribuições para refletir sobre o trabalho na saúde em tempos de crise

The experience of the bachelor in Collective Health in the Sistema Único de Saúde (SUS): contributions to think about working in health in period of crisis

Jéssica Camila de Sousa Rosa

Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde/UnB. Analista de políticas e sistemas de saúde/Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

E-mail: j.rosa81@gmail.com

Tel.: (51) 982896088

Guilherme de Souza Muller

Mestre em Saúde Coletiva/UFRGS. Analista de políticas e sistemas de saúde/Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

E-mail: guisouzamuller@gmail.com

Tel.: (51) 992139355

Endereço: Av Borges de Medeiros, 1501 - 5º andar - Sala 05 / CEP: 90119-900 / Praia de Belas - Porto Alegre/RS

Resumo

O artigo narra experiências de trabalho de bacharéis em saúde coletiva, servidores da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul no período próximo à posse, como resultado da aprovação no concurso público realizado no ano de 2014. Tratava-se de uma situação inédita, visto que os primeiros egressos do curso são do ano de 2011, e a narrativa apresentada neste artigo pretende contribuir para o debate sobre a formação e o trabalho desses profissionais e compor um registro da experiência inicial. Nessa experiência busca-se situar o momento social, político e econômico vivenciado no Estado e seus reflexos para o trabalho em saúde. Há uma tentativa de descrever os momentos experienciados e as contribuições da formação para o Sistema Único de Saúde. Sabe-se que o modelo de formação generalista e o processo de formação de sanitaristas no âmbito da graduação traz muitos questionamentos acerca das possibilidades desse profissional no campo do trabalho. Deste modo, o artigo busca

potencializar a discussão sobre a formação de bacharéis em Saúde Coletiva, mas, sobretudo, promover o debate sobre contribuições dessa formação para se alcançar o conceito ampliado de saúde e a efetivação de políticas públicas de saúde mais equânimes e que agregam a discussão política e social à saúde.

Palavras-chave: Saúde coletiva; Política de saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

This article describes the experiences of bachelors in public health, who are employees of the State Health Department of Rio Grande do Sul in the period of their next term, as a result of their approval in the public competition held in 2014. This was an unprecedented situation, since the first graduates of the course are from the year 2011, and the narrative presented in this article intends to

Resumo

Historicamente, há uma grande parte da sociedade brasileira que vive à margem das políticas públicas, muitas vezes acumulado ao quadro de pobreza do país, o que evidencia um contexto de extrema desigualdade, marcado pela concentração de renda.¹ Aliado a isso, ainda há ineficácia das políticas sociais, como o caso da política de saúde. A aposta na entrada de novos profissionais habilitados no campo

contribute to the debate about the training and the work of these professionals and compose a record of the initial experience. In this experiment, we seek to situate the social, political and economic moment experienced in the State and its reflexes for health work. There is an attempt to describe the moments experienced and the contributions of training to the Unified Health System. It is known that the model of general education and the process of training sanitarians in the scope of graduation brings many questions about the possibilities of this professional in the field of work. In this way, the article seeks to potentialize the discussion about the formation of bachelors in Collective Health, but above all, to promote the debate about the contributions of this training in order to reach the expanded concept of health and the implementation of public health policies more equanimous and that add the political and social discussion to health.

Keywords: Public health; Health policy; Unified Health System.

das políticas públicas de saúde entende justamente a possibilidade de (re)conformações nesse campo, através do olhar ampliado do sanitarista, articulando seus saberes e fazeres em equipes multiprofissionais. Sobretudo em termos de gestão de políticas públicas, frequentemente fragilizadas em tempos de crises, pela forte capacidade de vocalização de interesses dos

setores da sociedade que concentram a renda e os meios de produção.

Após 26 anos do Sistema Único de Saúde, o campo da gestão e dos serviços ainda carece de um olhar ampliado e crítico de quem os idealizou. E um dos passos fundamentais é a oxigenação de profissionais através de formações mais amplas e voltada para a realidade do sistema público. A orientação predominante das políticas de educação e de saúde para a formação das profissões da saúde desde os anos 2000, com a publicação de Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, é a aproximação com o contexto do SUS. Entre as iniciativas mais recentes, a criação dos cursos de Bacharelado em Saúde Coletiva, merece destaque por constituir novos percursos formativos para a atuação no sistema de saúde. Os currículos desses cursos de graduação antecipam a formação do sanitarista, profissional consagrado na pós-graduação. “Antecipar a formação do sanitarista é considerado uma estratégia importante para a mudança do modelo de atenção a saúde no país e criação de um novo ator em defesa da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS.”²

A diplomação de bacharéis em Saúde coletiva representa uma aposta “na formação de sujeitos capazes de contribuir para que o futuro

da política e do sistema de saúde contemple a superação dos problemas atuais e a efetivação de princípios e valores, consentâneos com a promoção da saúde e do bem-estar coletivos,”^{3:166} O curso prepara profissionais para atuar na saúde com planejamento, gestão, avaliação, promoção, educação e vigilância. Aliado a essa formação generalista, os egressos têm um forte aporte das ciências sociais, preparando para a discussão e formulação de políticas públicas em âmbito do Sistema Único de Saúde.

Essa formação o qualifica para o exercício de atividades em todos os níveis de gestão e de atenção à saúde, no âmbito dos sistemas e serviços de saúde, públicos ou privados, assim como em outros espaços onde podem ser desenvolvidas atividades do campo da SC. Nesse sentido, o graduado em SC vem se integrar ao conjunto das profissões de saúde, ocupando espaços estratégicos para a consolidação do SUS, somando na superação de desafios crônicos da organização dos processos de trabalho em saúde.^{2:16}

As diversas crises que se aprofundaram a partir do ano eleitoral de 2015 e as dicotomias sociais foram impactantes no trabalho realizado na saúde nos últimos quatro anos. Muito embora

seja necessário lembrar que o movimento de reforma sanitária, principal movimentação social do país no direito à saúde, se fundou em meio a uma crise generalizada que envolvia o conhecimento, a prática médica, o autoritarismo, o estado sanitário da população e os próprios serviços de saúde.⁴

Considerando a importância desse movimento para a discussão da Saúde Coletiva, os cursos de graduação em Saúde Coletiva buscam uma integração com o mundo com real, valorizando a interdisciplinaridade e transculturalidade como possibilidades de produzir novas tecnologias, principalmente no campo relacional e na constituição de novos sujeitos.⁵ Essa afirmação não desconsidera o fato de que os cursos existentes são diversos em termos de organização curricular e propostas pedagógicas, sendo que o movimento de definição de Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação de bacharéis em Saúde Coletiva, iniciada com a criação dos primeiros cursos, ultrapassou a etapa de aprovação no Conselho Nacional de Educação em 2017, mas não logrou publicação até a presente data, tendo estancado o fluxo no âmbito do Ministério da Educação.

Desse modo, objetivamos relatar a experiência de bacharéis em Saúde Coletiva no Sistema

Único de Saúde a partir da inserção no cenário atual da saúde no Brasil. O relato da experiência representa uma novidade, pois falamos de uma formação recente, pelo qual os egressos ainda experimentam muito daquilo que pode ser feito no SUS e para SUS. No entanto, consideramos importante levantar aspectos da conjuntura política atual que favorecem e/ou dificultam a inserção do bacharel em Saúde Coletiva abrindo a discussão para uma leitura mais ampla que considere a política como parte da formação em saúde. Não está no escopo do artigo, portanto, uma análise mais densa de questões relativas à formação do sanitarista, senão do transbordamento da fase de formação para a inserção no mundo do trabalho.

Os desafios da inserção do bacharel em saúde coletiva

A necessidade da inserção de profissionais com competências voltadas para o sistema público de saúde reflete um descompasso entre a academia e o serviço, visto que a maioria dos currículos tem uma visão setarizada e distante da interdisciplinaridade e amplitude proposta pelo SUS, mesmo diante da vigência das DCN para os cursos da área, que apontam esse caminho. O bacharel em saúde coletiva surgiu da necessidade de uma formação diferenciada, de caráter generalista e com competências para

o trabalho em saúde no SUS. Dessa necessidade e do contexto histórico, juntamente com a possibilidade de expansão dos cursos através do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão de Universidades Federais (REUNI) em 2007,⁶ é que surgem diversos cursos de graduação em Saúde Coletiva em universidades públicas no Brasil.

A incorporação das primeiras turmas de bacharéis em saúde coletiva no mundo do trabalho vem ocorrendo de forma lenta, pois muitas portas no serviço ainda não estão abertas às novidades que essa formação traz, além de haver desconhecimento sobre o novo profissional, situação somada à rápida deterioração da orientação inclusiva das políticas públicas nos dois anos que nos separam do golpe parlamentar e midiático de 2016. Para a ampliação da inserção no trabalho dos bacharéis em saúde coletiva, algumas articulações vêm sendo desenvolvidas no sentido de divulgar o novo profissional, tanto por instituições reconhecidas na área, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a Associação Brasileira da Rede Unida, como pelas universidades, movimento estudantil e egressos dos cursos. Esse processo de inserção por vezes entra em um campo conflituoso que envolve a reserva de mercado,

o conservadorismo e o corporativismo, que são identificados como desfavoráveis aos avanços no SUS. A desacomodação gerada por esse tipo de formação nos serviços é contrária aos interesses de muitas instituições que se mantêm na zona de conforto. Também é necessário registrar que a transição entre a formação e o trabalho não é uma etapa fácil para os próprios profissionais egressos, em todas as áreas, sendo que a resistência à saída da zona de conforto e proteção da universidade, com frequência produz discursos carregados de ansiedade e leituras romantizadas do mundo do trabalho, como se o mesmo não fosse permeado pelas contradições e disputas que se desenvolvem no campo das ideias e dos interesses de pessoas e grupos na sociedade.

Voltando ao espaço acadêmico, entende-se que há uma responsabilidade intrínseca a partir do momento que se opta pela criação de um curso e pela oferta de vagas. É função das universidades a articulação entre o ensino, a pesquisa e a interação com a sociedade e, nesse caso, da invenção de uma nova profissão, desenvolver iniciativas de trabalho para a inclusão de egressos é parte da ação de desenvolvimento que cabe às instituições de ensino em relação ao trabalho. Apesar da responsabilidade social dessas universidades

em pensar e discutir o mercado de trabalho, nem todas tem se ocupado disso, o que se pode notar nas dificuldades até mesmo para os estágios curriculares ou mesmo a baixa inserção de cursos, projetos e docentes em atividades cotidianas no sistema de saúde local, regional e nacional. Esse movimento, que dá visibilidade às zonas de conforto no interior das instituições de ensino, gera uma dificuldade para o egresso, fazendo com que muitos optem por continuar na academia, se coloquem no mercado com vínculos de trabalho precários ou desempenhem funções incompatíveis com a formação. Isso é um problema para os profissionais formados e também uma perda para o SUS, de modo que se investe em uma formação diferenciada sem poder de fato desenvolver suas competências em benefício da saúde pública. Programas de residência em áreas profissionais da saúde, projetos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico para o SUS, atividades de assessoramento em maior escala das universidades a iniciativas de redes e serviços de saúde poderiam constituir excelentes caminhos para a incorporação dos novos profissionais no mercado, bem como para o desenvolvimento de capacidades profissionais mais compatíveis com as necessidades do SUS. Essas iniciativas ainda são escassas na formação universitária e alcançam somente uma pequena parte dos

graduandos.

Essas e outras reflexões que se referem a inserção e própria experiência do bacharel em Saúde Coletiva no campo do trabalho são contadas a partir da própria militância dos autores desse trabalho e da participação nas discussões de egressos do curso em todo o país, visto que no meio acadêmico esse debate, com a análise proposta aqui, ainda é muito pouco ou inexistente. O relato de experiência é um desenho de análise que não pretende universalidade, mas que oferece o acúmulo singular como subsidio para a reflexão temática.

Apesar de ainda não haver publicações a respeito das experiências dos egressos em saúde coletiva, a vivência como atores no movimento estudantil identifica alguns movimentos pontuais com relação às experiências de trabalho desse profissional, possibilitando admitir a contribuição dessa formação para o SUS, tanto no âmbito de gestão e vigilância à saúde, como em espaços de promoção e educação da saúde. O próprio conceito de Saúde Coletiva já avança quando se estabelece como campo do saber e espaço da prática social capaz de orientar a análise conjuntural e contribuir para definição das estratégias,⁴ a graduação em Saúde Coletiva corrobora com isso. Como exemplos, têm-se

egressos que atuam diretamente em planejamento, gestão e avaliação de políticas dentro de secretarias municipais de saúde e do Ministério da Saúde.

Neste relato, discorreremos sobre a experiência no âmbito da gestão estadual no campo da Atenção Básica. Os esforços se debruçaram na tentativa de relatar o trabalho desenvolvido e sua relação e sua configuração decorrente do momento político e seus desdobramentos para a saúde pública. Assim, este relato é a junção das experiências de dois bacharéis em Saúde Coletiva, egressos da Universidade de Brasília (UnB) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que compartilharam momentos similares de formação e agora compartilham as experiências em serviço.

Vivenciando o presente: o relato de experiência na gestão estadual da saúde

Pode se dizer que o ano de 2015 foi marcado pelo desequilíbrio econômico e pela evidência de problemas sociais e políticos do país. Além da consequente instabilidade política do ano eleitoral no nível nacional e estadual. Concomitantemente, o Estado do Rio Grande do Sul vive uma das piores crises financeiras de sua história, assumidas pelo próprio governo nas mídias de grande circulação.

Considerando esses elementos, o primeiro semestre de 2015 foi marcado pelo início de nova gestão e a retenção de despesas como a não contratação de novos servidores, o atraso de alguns incentivos estaduais, a máxima contenção de deslocamento dos profissionais para os municípios e a não habilitação de novos recursos, exigindo uma adaptação dos profissionais para evitar prejuízos às políticas públicas. Com isso, a maior parte do trabalho foi realizado internamente com reuniões, desenvolvimento de grupos de trabalho e monitoramento e avaliação de políticas.

Apesar da contenção financeira, os repasses estaduais para as políticas de atenção básica foram mantidos, o que reforça o reconhecimento da importância da Atenção Básica para o modelo de atenção à saúde. Observa-se que ainda há uma lacuna entre o financiamento em saúde e o desenvolvimento de ações por parte dos gestores municipais, fazendo com que grande parte do trabalho realizado ocorresse na tentativa de aproximação aos municípios por meios alternativos (telefone, email e videoconferências) para auxiliá-los na execução de recursos estaduais e outras demandas de serviço mais urgentes.

No ambiente interno participamos de espaços de planejamento em saúde contribuindo para

discussões como a do Plano Plurianual (PPA) e Plano Estadual de Saúde (PES), além do planejamento de ações locais e regionais. Em muitos casos assumimos o papel de mediadores e a formação generalista nos favorece no trânsito entre o modelo biológico e lógica social e política que a atuação no SUS exige.

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.^{6,236}

Há um consenso sobre o cenário de crises, além da política e econômica já citadas, a de valores. Aliás, quando falamos em 'crise de valores', entendemos conforme as autoras Tognetta e Vinha⁷ que respondem que não vivemos em uma crise de valores, pois esses não estão ausentes. O que existe são valores em crise por estar em processo de modificação e substituídos por valores estranhos ou contrários à moralidade. E é justamente esse aspecto que mais pesa na discussão sobre políticas de saúde, principalmente em um

momento no qual se deve priorizar para poupar recursos. Muitas vezes os valores que são postos como prioritários, não condizem com a realidade social e com a equidade em saúde. Portanto, nossa postura enquanto sanitaristas é a de interlocutores das demandas sociais, mas sempre sendo sensíveis às populações minoritárias e de maior vulnerabilidade.

Um entendimento compartilhado entre os sanitaristas é a importância de que as políticas públicas sejam embasadas na situação de saúde das coletividades, se atentem as informações em saúde disponíveis e na real necessidade dos indivíduos. Apesar da literatura reafirmar a importância das evidências científicas⁸ e da produção de conhecimento na área da saúde esse nem sempre é um pensamento compartilhado nos serviços.

Outra questão presente em nosso trabalho e pelo qual temos bastante atuação é na redução do estigma, pois se entende que o preconceito e à exclusão levam à piora das condições de saúde. A empatia e alteridade são princípios importantes para o sanitarista, que vê na questão de saúde um reflexo da condição social. Portanto, nosso trabalho diante de populações com décadas de exclusão como os indígenas, a população em situação de rua e usuários de drogas tem sido o de incluí-lo nas

atividades sociais e na lógica dos serviços. A partir da linha de cuidado, podemos propor uma condução inclusiva e que ajude a desmistificar qualquer tipo de preconceito.

Do ponto de vista da relevância social, não há dúvidas de que o processo de implantação do SUS resulta em uma demanda cada vez maior de profissionais de Saúde Coletiva por parte das organizações de saúde conquanto as instituições formadoras até o momento não tenham conseguido constituir sujeitos adequados e suficientes a esta nova realidade.^{5:2034}

Já no segundo semestre, ocorreram atividades externas com apoio institucional aos municípios, principalmente em dificuldades de ordem técnica e financeira vivida por prefeituras e secretarias municipais de saúde. Na experiência de trabalho com políticas direcionadas a populações específicas fica claro o diálogo limitado de diversos serviços e a falta de uma concepção ampliada de saúde que seja compartilhada.

Realizamos o trabalho de coordenação da política de saúde indígena dentro da Secretaria de Saúde do Estado e um dos principais entraves nesse processo é a dificuldade de diálogo entre os entes (união, estados e municípios). O esforço tem sido empregado no

sentido de apropriar gestores municipais, lideranças indígenas, Coordenadorias Regionais de Saúde (instâncias descentralizadas da gestão estadual) e a própria representação do Ministério da Saúde para a saúde indígena, que atualmente é feita pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), na discussão e um entendimento comum sobre as demandas para a atenção básica à saúde indígena, de uma forma ampliada.

No caso dos povos indígenas esta concepção ampliada esta ligada aos determinantes sociais em saúde e aos fatores de vulnerabilidade social. O espaço de moradias em aldeias e acampamentos (moradias temporárias, fora de terras indígenas oficialmente reconhecidas), saneamento básico, coleta de lixo e a cura espiritual são demandas comuns e que devem ser consideradas quando se propõe a discutir saúde indígena e nem sempre esse entendimento é partilhado. A formação durante a graduação em Saúde Coletiva nos prepara para situações como essa e dá condições para que o profissional compreenda o significado desses processos e promova a alteridade necessária para o rumo das políticas de saúde. Para a Saúde Coletiva é consenso que a superação das desigualdades em saúde requer a formulação de políticas públicas equânimes.⁹

O apoio aos gestores municipais identifica esse espaço de gestão como propício a discutirmos o papel efetivo dessa instância na gestão social e de modo que sejam criadas condições institucionais com maior eficácia e efetividade para os sistemas públicos e que não se reproduzam apenas como uma instância de administração de pequenos problemas.¹⁰ Identificá-los com esse potencial nem sempre é entendido, pois em maior parte das vezes eles são vistos apenas como coadjuvantes e não como protagonistas do modelo de atenção à saúde. Entendê-los como protagonistas implica uma concepção ampliada que se distancia de uma estrutura e modelo de gestão hierarquizado para um modelo participativo e com real potencial de mudança no SUS, mas em que nem todos profissionais e gestores estão preparados para abrir mão de estratégias e estruturas geradas por relações de poder.

Porém, adverso a isso a formação em Saúde Coletiva prepara os bacharéis para tentativa de partilhar, promover e contribuir com um contexto mais amplo, em que se considera a importância da harmonização entre as políticas sociais e econômicas e a sua relação com a saúde e do entendimento de políticas de saúde como políticas sociais. Em que se entende que a produção de políticas deve se voltar para as diversas necessidades dos sujeitos e considerar

aspectos que não são muitas vezes mensuráveis, mas que fazem parte do contexto do indivíduo e contribuem para o seu processo de saúde, adoecimento e cura, tornando as políticas mais efetivas.¹¹

Ao nos depararmos nestes cenários é nítido a contribuição da graduação para a formação de profissionais mais humanos e engajados socialmente e politicamente com preocupações com populações específicas e grupos minoritários ou problemas e/ou grupos negligenciados pelo próprio Estado. Diferente disso, muitos outros profissionais, de formações diversas, tendem a se prender aos seus núcleos de formação e ao tecnicismo. Há um claro receio de transitar entre temas, grupos específicos e modelos que refletem em uma dificuldade de transitar em nosso sistema de saúde e por entre os processos sociais e políticos que o permeiam. Ceccim¹² relata uma experiência em que é notável a facilidade dos estudantes de Graduação em Saúde Coletiva no encontro interprofissional, na escuta e na sensibilidade com diferentes segmentos entre gestores, usuários e controle social.

Buse, Mays e Walt¹³ apontam que a política é resultado de três elementos principais: o contexto, os atores e o processo. A política possui um papel em cada espaço e exerce uma

função que varia de acordo com a influência de cada ator social e de cada contexto em que se cria. No contexto da saúde esses elementos modificam o processo de forma rápida exigindo adaptações tanto do trabalho quanto dos indivíduos.

A experiência tem apresentado aspectos positivos e, também, algumas dificuldades que são sempre (re)significadas para que de fato possamos contribuir com a efetivação de políticas públicas, que também passam pelo mesmo processo constantemente. Ao mesmo tempo a forte ligação do serviço com o currículo de formação possibilita experimentarmos um contínuo processo de educação permanente que difere e confronta diversas das experiências já existentes no SUS.

Considerações finais

Os valores em crise, assim com a crise política e a crise econômica contribuem para desidentificação do SUS como política pública inclusiva e como conquista social. Os princípios e diretrizes de quem os idealizou parecem mais distantes à medida em que regras de mercado parecem tomar a gestão de certos campos da saúde pública, assim como o corporativismo e o conservadorismo. Como Fleury⁴ já apontava, o modelo igualitário defendido pelo SUS não se completou e continua cheio de iniquidades,

que reproduzem as desigualdades que estruturam a sociedade brasileira. Mais ainda em tempos recentes, em que a implementação foi interrompida e que os interesses do mercado tomaram eco mais forte nos espaços governamentais, em particular no período posterior ao golpe de 2016.

Felizmente a pluralidade de experiências no SUS, juntamente com a aposta e perspectivas de inovações em currículos e cursos demonstram uma força em direção oposta ao retrocesso, constituindo, aqui e ali, espaços de resistência. O bacharelado em saúde coletiva é justamente um exemplo de formação que alia a técnica para atuar tanto em espaços de gestão como de atenção, com um olhar social aprofundado e com a sensibilidade para o cuidado em saúde. Entretanto, parece estar silenciado, como outros setores das universidades, nesse tempo em que a violência social e a fragmentação institucional se mostram sua face de destruição de políticas públicas inclusivas e da própria democracia brasileira. Esse tempo, que ultrapassou a decisão política da maior parte dos brasileiros e brasileiras, parece ser um teste importante para a capacidade de gerir, pensar e militar dos sanitaristas da graduação. Se a formação estava associada às necessidades do SUS, agora a defesa da sua implementação e a resistência às

formas de sua fragmentação parecem ser indicadores adequados à capacidade laboral.

Acreditamos que a inserção dos bacharéis em saúde coletiva dentro da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul tem acrescentado positivamente ao espaço de gestão na instituição, revelando boa capacidade crítica e ampliada sobre as políticas. Este profissional apresenta um perfil que corrobora com os princípios do SUS e apresenta um potencial

significativo para promoção de debates em saúde mais ampliados e que promovam a equidade. O relato aqui finalizado aponta a necessidade de ampliar o registro e a reflexão sobre a formação dos bacharéis em saúde coletiva no cotidiano do trabalho, particularmente nesses tempos sombrios, em que a base ética e legal do SUS está em risco. Se essa for uma contribuição do esforço de sistematização que desenvolvemos aqui, a iniciativa terá sido bem recompensada.

Referências

- ¹Silva MOS. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. *Rev Katál.* 2010; 13(2):155-163.
- ²Teixeira CF. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2003;7(13):163-6.
- ³Paim JS, Pinto ICM. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *Rev Tempus Actas Saúde Col.* 2013; 13-35.
- ⁴Fleury S. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. *Saúde Debate.* 2009; 33(81):156-164.
- ⁵Bosi MLM, Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência Saúde Coletiva.* 2010; 15(4):2029-2038.
- ⁶Bosi MLM, Paim JS. Graduação em saúde coletiva: subsídios para um debate necessário. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(2):236-237.
- ⁷Tognetta LRP, Vinha TP. Valores em crise: o que nos causa indignação? In: La Taille Y, Menin MSS. *Crise de Valores ou Valores em crise?* Porto Alegre: Artmed; 2009.
- ⁸Ministério da Saúde (BR). Síntese de evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- ⁹Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25, S217-S226.
- ¹⁰Freitas LO. Políticas públicas, descentralização e participação popular. *Rev Katál.* 2015; 18(1):113-122.
- ¹¹Barreto ML et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet.* 2009 maio.
- ¹²Ceccim RB. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. *Bol Saúde.* 2002;16(1).
- ¹³Buse K, Mays N, Walt G. *Making Health Policy.* London: Open University Press; 2012.