

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

ÉLIDA DIAS CÂNDIDO

**CARTOGRAFIA DO PROFISSIONAL SANITARISTA NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE: ASPECTOS DA FORMAÇÃO E INSERÇÃO NO MUNDO DO TRABALHO**

RECIFE

2019

ÉLIDA DIAS CÂNDIDO

**CARTOGRAFIA DO PROFISSIONAL SANITARISTA NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE: ASPECTOS DA FORMAÇÃO E INSERÇÃO NO MUNDO DO TRABALHO**

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

P228a Cândido, Élide Dias.
Cartografia do profissional sanitário no Sistema Único de Saúde:
aspectos da formação e inserção no mundo do trabalho/Élide Dias
Cândido. — Recife: [s. n.], 2019.
28 p.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) -
Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães -
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

1. Mapeamento Geográfico, 2. Saúde Pública. 3. Mão de Obra em
Saúde. 4. Desenvolvimento de Pessoal. 5. Sistema Único de Saúde. I.
Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Título.

CDU 616.379

ÉLIDA DIAS CÂNDIDO

**CARTOGRAFIA DO PROFISSIONAL SANITARISTA NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE: ASPECTOS DA FORMAÇÃO E INSERÇÃO NO MUNDO DO TRABALHO**

Monografia apresentada ao curso de
Residência Multiprofissional em Saúde
Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva,
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz para obtenção do título de
Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 9/9/2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Profa . Dra. Fabiana de Oliveira Silva Sousa
Universidade Federal de Pernambuco

CANDIDO, Élida Dias. **Cartografia do profissional sanitaria no Sistema Único de Saúde**: aspectos da formação e inserção no mundo do trabalho. 2019. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde não conseguiu dar conta dos desafios colocados pelas mudanças sociais, demográficas, econômicas e políticas. Um dos desafios colocados para consolidação das políticas de saúde é o distanciamento entre garantir que melhorias na gestão do sistema sejam capazes de concretizarem melhorias correspondentes no trabalho realizado nas unidades de saúde. Analisar a inserção do sanitaria no mundo do trabalho e no SUS, relacionando com a sua formação. Realizou-se um estudo ecológico, descritivo, quantitativo e qualitativo utilizando dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, da plataforma e-MEC e da plataforma sucupira da CAPES, utilizando como unidade de análise os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal. Para as descrições de postos de trabalho para o profissional sanitaria e dos cursos de formação em Saúde Coletiva ou Saúde Pública, foram efetuadas medidas de frequência relativa e dispersão. Para a análise espacial, foram elaborados mapas com a distribuição geográfica das duas tipologias incluídas no estudo (Formação e Trabalho). Existiam 133 cursos de pós-graduação stricto sensu na área de Saúde Coletiva, em 2017, divididos em 50 mestrados acadêmicos e 43 profissionais, 38 Doutorados acadêmicos e 2 profissionais. Foram encontrados 557 Cursos de formação com nomenclatura saúde coletiva ou saúde pública, entre eles 17 cursos de graduação e, 540 especializações lato sensu, cuja carga horária variou de 360h a mais de 5 mil horas. Evidencia-se carência de estudos na área da Saúde Coletiva voltados a organização profissional e ao mundo do trabalho do sanitaria. Os mapeamentos e descrições realizados, podem colaborar para o desenvolvimento de políticas estratégicas de formação e criação de oportunidades de inserção no mundo do trabalho para que estes profissionais que são históricos na construção do SUS, e com forte atuação acadêmica, tenham também espaço ampliado e direitos consolidados no mundo do trabalho.

Palavras-chave: saúde coletiva; sanitaria; mapeamento geográfico; cartografia; recursos humanos em saúde; mundo do trabalho; formação em saúde coletiva.

CANDIDO, Élide Dias. **Cartography of the health professional in the Unified Health System:** aspects of training and insertion in the world of work. 2019. Monograph (Multiprofessional Residency in Collective Health) – Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

The Brazilian health system was unable to cope with the challenges posed by social, demographic, economic and political changes. One of the challenges posed for the consolidation of health policies is the gap between ensuring that improvements in the management of the system are capable of achieving corresponding improvements in the work carried out in the health units. Analyze the insertion of the health worker in the world of work and in the SUS, relating to their training. ecological, descriptive, quantitative and qualitative study using secondary data from the National Register of Health Establishments, the e-MEC platform and the CAPES sucupira platform, using the 26 Brazilian states and the Federal District as the unit of analysis. For job descriptions for the sanitary professional and for training courses in Public Health or Public Health, measures of relative frequency and dispersion were made. For spatial analysis, maps were prepared with the geographic distribution of the two typologies included in the study (Training and Work). There were 133 stricto sensu graduate courses in the area of Public Health in 2017, divided into 50 academic master's degrees and 43 professionals, 38 academic PhDs and 2 professionals. Have 557 training courses with collective health or public health nomenclature were found, among them 17 undergraduate courses and 540 lato sensu specializations, whose workload ranged from 360h to more than 5,000 hours. It is necessary to show that there is a lack of studies in the area of Collective Health aimed at professional organization and the world of the sanitary work. Therefore, the mappings and descriptions made, can collaborate for the development of strategic training policies and creation of opportunities for insertion in the world of work so that these professionals who are historical in the construction of SUS, and with strong academic performance, also have expanded space and consolidated rights in the world of work.

Keywords: collective health; geographic mapping; cartography; human resources in health; work in health; public health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO GERAL	10
2.1 Objetivo Específicos	10
3 MÉTODO	11
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
4.1 Descrição do perfil dos cursos de formação em saúde coletiva	13
4.2 Descrição do perfil dos postos de trabalho dos Sanitaristas	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

[...] Você sabe o quanto nos dedicamos a construir o Sistema Único de Saúde (SUS), perdendo de vista a reforma sanitária e, mais ainda, como nos tempos difíceis acabamos ‘blindando’ o SUS para resistir aos ataques neoliberais e conservadores. Está na hora de fazer uma análise crítica bem feita e dar um salto de qualidade [...]. (AROUCA, 2003).

Inserido em um país capitalista com recente processo de democratização, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge fruto de mobilizações protagonizadas por movimentos sociais, estudantes e diversos profissionais da saúde, em especial os sanitaristas. Apresentou-se como um conjunto de propostas de transformação social que ganhou força social e espaço na agenda política mesmo imerso em conjuntura desfavorável para sua criação. O Brasil possui dimensões continentais, profundas diferenças regionais, elevada taxa de desigualdade social, e a produção de um trabalho barato como traço característico do seu capitalismo (BRAGA, 2016). Além do seu processo histórico de escravidão, exploração e concentração de terras, e mais recentemente, nos anos 90, como resultado das reformas liberais, o aumento das privatizações, a desregulação do trabalho, o aumento do desemprego e a ampliação dos níveis de informalidade em todas as áreas (MATTOSO, 2016).

A saúde pública como parte desse contexto que é tão histórico quanto atual, tenta sobreviver as legislações. No início dos anos 90 o Sistema único de Saúde (SUS) sofre nove vetos na Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, um deles foi a retirada do artigo que garantiria a obrigatoriedade de planos de carreiras, cargos e salários para os trabalhadores em cada esfera de governo e a fixação de pisos nacionais de salário, elementos importante na valorização do trabalhador. Como resultado das correlações de forças, meses depois na Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990 recuperou-se alguns pontos como a transferência automática de recursos e o controle social, sem avanços quanto a carreira dos trabalhadores do SUS, mantendo o sistema com uma série de diferentes vínculos empregatícios nos seus serviços de saúde até hoje. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). A Lei de Responsabilidade Fiscal de 2000 que serviu como justificativa para utilização tanto do Decreto nº 2.271, de 1997, que dispunha da possibilidade de contratação de serviços terceirizados para atividades que não fossem da área- fim, como da Lei nº 9.637 que tratava da criação das Organizações Sociais (OS), em 1998, que permitia ao Estado transferir tanto a contratação de trabalhadores como a gerência de serviços para a iniciativa privada (BASTISTA, 2016).

Por outro lado, o SUS conseguiu expandir sua rede aumentando sua capacidade instalada e conseqüentemente o número de postos de trabalho na saúde, colocando-se como

espaço de relevância para a economia do país mesmo diante dos diversos ataques e derrotas ao longo de sua trajetória. O SUS também torna-se referência mundial em alguns serviços e políticas como no cuidado das pessoas com HIV/AIDS e, no combate ao tabagismo.

Entretanto, em meio a todas essas contradições o Sistema Único de Saúde não conseguiu dar conta dos desafios colocados pelas mudanças sociais, demográficas, econômicas e políticas. Para Fleury (2009), um dos desafios colocados para consolidação das políticas de saúde é o distanciamento entre garantir que melhorias na gestão do sistema sejam capazes de concretizar melhorias correspondentes no trabalho realizado nas unidades de saúde. Para alcançar essa comunicação efetiva entre quem formula e quem executa se faz necessário pensar na formação de profissionais que entendam o seu papel no sistema já que concretamente, temos um quadro de força de trabalho caracterizado por uma formação que se distancia da realidade do SUS e do país, fruto de uma formação elitista, mercantilista, individualista (BASTISTA, 2016), que os orientam para o modelo biomédico e os distanciam dos pilares da saúde coletiva.

Só conseguiremos mudar a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde das pessoas se houver mudanças também na forma de ensinar e aprender (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Porém, precisamos destacar que essa lacuna na formação profissional não é uma questão individual e sim estrutural, ou seja, é parte integrante da lógica liberal que coloca a saúde como um bem de consumo e não um bem de uso cujas tecnologias devem ser reguladas pelas necessidades de proteção social. (MERHY; FRANCO, 2009). Nesse sentido, a inserção do sanitário no SUS, assim como o ensino da Saúde Coletiva nas graduações da saúde, apresenta-se como uma tática importante para defesa do sistema público de saúde. É mais do que oportuno que se reestruture o sistema fortalecendo seus mecanismos políticos, sociais e de gestão afim de tomar decisões que prezem pela efetividade e respeitem os princípios legais da universalidade, equidade e integralidade.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), em documento de análise da Política de RH do SUS:

As demandas para a gestão e a gerência de serviços e processos estão a exigir o desenvolvimento de competências gerenciais para a consolidação do Sistema. Pessoas precisam ser preparadas para gerir as unidades de saúde, para dirigir áreas como Recursos Humanos, para dirigir ou coordenar outras áreas e funções, enfim, assumir posição de decisão em áreas estratégicas para o funcionamento do SUS (BRASIL, 2003, p. 14).

É insuficiente pensar que apenas a qualificação profissional, irá garantir ultrapassar os desafios impostos pelo mundo do trabalho atual. Arelada a qualificação deve-se pensar um conjunto de estratégias de luta que defendam os direitos trabalhistas e demais interesses da classe trabalhadora.

Dessa forma, estudos sobre a distribuição geográfica de recursos humanos e a composição e qualificação das equipes de saúde são necessários para identificar as principais restrições de oferta e dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde, e conseqüentemente, direcionar ações de políticas públicas mais eficientes, que promovam melhorias diretas à equidade do SUS.

Nesse contexto, afim de colaborar não apenas com a qualificação do SUS, mas em defesa dos direitos dos trabalhadores sanitários, e tendo em vista a existência de poucos estudos que através da análise espacial descrevam e analisem os recursos humanos da saúde coletiva no Brasil, especialmente no SUS, o presente estudo pretende analisar o mundo do trabalho e a formação do sanitário a partir da distribuição espacial e a relação entre a oferta da formação em saúde coletiva e os espaços de trabalho no território nacional, afim de colaborar com a elaboração de planos estratégicos e políticas públicas de gestão e educação na saúde coletiva, conseqüentemente fortalecer a luta em defesa do SUS.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar a inserção do sanitarista no mundo do trabalho e no SUS, relacionando com a sua formação.

2.1 objetivos específicos

- a) Mapear as instituições de formação de sanitaristas;
- b) Mapear os postos de trabalho dos profissionais sanitaristas no Sistema Único de Saúde;
- c) Descrever o perfil do mundo do trabalho do sanitarista (Estabelecimentos, tipo de vínculos e carga horária).

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico descritivo que utilizou a cartografia e o geoprocessamento como ferramentas de análise dos dados. Segundo D'alge (2002), a Cartografia preocupa-se em apresentar um modelo de representação de dados para os processos que ocorrem no espaço geográfico. Já o geoprocessamento representa a área do conhecimento que utiliza técnicas matemáticas e computacionais, fornecidas pelos Sistemas de Informação Geográfica (SIG), para tratar os processos que ocorrem no espaço geográfico (D'ALGE, 2002). Quando se trata de utilizar o espaço geográfico como referência o meio de comunicação mais adequado são os mapas, que utilizam a linguagem cartográfica repleta de símbolos e convenções (SILVA, 2013).

O estudo teve como unidade de análise as 27 unidades federativas do Brasil, sendo 26 estados e o Distrito Federal. O Brasil com população estimada de 210,01 milhões de habitantes (IBGE, 2019) caracterizado por diferenças regionais significativas quanto a economia, distribuição de renda, acesso à educação e saúde que acabam por refletir na baixa concentração de profissionais da saúde em regiões mais pobres e afastadas dos grandes centros.

As fontes de dados utilizadas foram retiradas de três bases de dados nacionais de domínio público (Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), Plataforma sucupira e o sistema E-MEC). O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), é o principal sistema de informações de abrangência nacional sobre estabelecimentos de saúde no Brasil, e como objeto de pesquisa a população com CBO – Cadastro Brasileiro de Ocupação de sanitarista, com cadastros no CNES ativos, na competência de dezembro de 2018 e as instituições de pós-graduação e graduação em saúde coletiva ou saúde pública. Como limitação do estudo temos que a confiabilidade do CNES deve ser considerada, tendo em vista que o Brasil possui mais de cinco mil municípios e imaginando que em grande parte destes tenha pelo menos um sanitarista atuando, o resultado encontrado é apenas um amostra desse universo de profissionais, configurando uma elevada taxa de subnotificação, cabendo a necessidade de nos aprofundarmos em próximos estudos nas razões para a não inserção desse profissional no sistema ou a inserção utilizando CBO diferente da busca considerada nessa pesquisa.

O E-mec é o sistema que permite a abertura e o acompanhamento da tramitação eletrônica dos processos de regulamentação de cursos pelas instituições de ensino superior de forma simplificada e transparente, em funcionamento desde janeiro de 2007. Os dados referentes aos cursos stricto sensu não foram possíveis de serem utilizados na construção dos mapas, por não ser fornecido por estado e nem região na base de dados. Os dados coletados

foram organizados em planilhas, tabelas e gráficos utilizando o Microsoft Excel e os mapas elaborados através do Sistema de Projeção Geográficas (LatLong) e o Sistema Geodésico de Referência: SIRGAS 2000, utilizando a base cartográfica do IBGE.

Como critério de exclusão foram retirados da base de dados os cursos à distância e os cursos desativados, assim como aqueles que não se enquadraram na busca Saúde Coletiva e Saúde pública. No caso dos sanitaristas cadastrados no CNES foram excluídas as duplicidade e os cadastros com dois vínculos, foram excluídos o vínculo referente a outra ocupação. Após a limpeza dos bancos de dados, as variáveis selecionadas foram número de cursos por estado, número de sanitaristas por estado, tipo e quantidade de vínculo, carga horária, local de trabalho e, se eram do SUS ou não. Como discussão e análise será realizada uma análise crítica acerca do mundo do trabalho e da formação Sanitarista.

Quanto às considerações éticas por se tratar de dados secundários de domínio público não foi realizada a submissão ao Comitê de Ética.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se que a estruturação do campo da saúde coletiva ocorreu em meio a construção de uma nova forma de pensar o processo saúde-doença e lutar pelo direito à saúde. Paim (1998), traz que a Saúde Coletiva se apresenta comprometida com a transformação social, observando o processo saúde-doença em sua integralidade e historicidade. Para falarmos do sanitário e da Saúde Coletiva, é fundamental destacar que sua construção e reconstrução atravessam décadas em nosso país, provocando mudanças concretas no “fazer” da saúde pública como também na política por ser parte integrante da luta pela democracia e pela saúde como direito para todos. Na última década, a Saúde Coletiva e os sanitários ganham força institucional ocupando espaços de gestão no SUS, na Atenção à saúde, no controle social, além de está cada vez mais presente nos currículos e cursos de formação dos demais trabalhadores da Saúde (ROBINSON; PLEIN, 2017).

4.1 Descrição do perfil dos cursos de formação em saúde coletiva

É difícil trabalhar com o que é inédito; só a experiência pode desvelar o caminho. (TESTA, 1995).

A Saúde Coletiva surge travando críticas acerca da prática médica hegemônica, entretanto, com críticas muito mais centradas no projeto pedagógico da formação médica do que na prática do mundo do trabalho (NUNES, 1994). Podemos dizer que a área da Saúde coletiva surge dentro do ambiente acadêmico. Entre os anos 50 e 60 surgem os departamentos de medicina preventiva e social, que posteriormente se tornariam departamentos de Saúde Coletiva. Estes departamentos ofereciam cursos de pós-graduação lato sensu de Saúde Pública com proposta multiprofissional, como, por exemplo, as pós-graduações da Escola Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro, com vagas para enfermeiros, engenheiros, farmacêuticos, médicos veterinários, além dos médicos (OBBADI, 2010). Essa configuração possibilitou a especialização como sanitários de diversas categorias profissionais, originando denominações, como, por exemplo, enfermeiro sanitário e engenheiro sanitário.

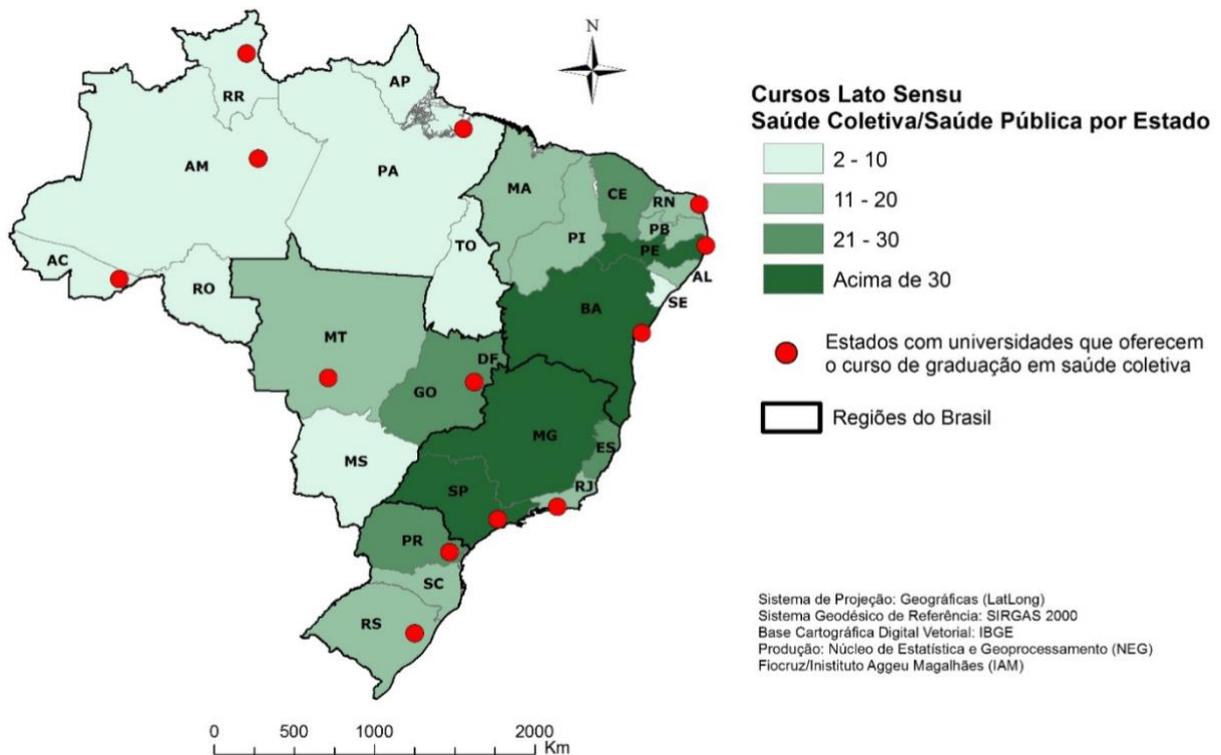
Alguns anos depois em meados da década de 1970, contexto político ditatorial do país somado a precarização da vida da classe trabalhadora, decorrentes da intensa e elevada acumulação de capital e da desproteção social, acarretaram uma verdadeira 'crise sanitária' e fizeram com que as discussões da saúde coletiva encontrassem outros espaços de construção

fora da máquina estatal e acadêmica. Surge, portanto, entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), organizações importantes na luta pelo direito à saúde como política de estado. Nunes (1994), destaca que houve ampliação dos programas *stricto sensu* da Saúde Coletiva/Saúde Pública nos anos 70, disseminando essa formação para diversas categorias profissionais. Porém observa-se que nos anos de 1990, há redução dos cursos *lato sensu* e crescem os investimentos do estado em cursos de mestrado e doutorado no campo da Saúde Coletiva (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2012a). No entanto, é no final da década de 80 e início dos anos 90, que ocorrem as primeiras discussões sobre uma formação em Saúde Coletiva diferente das modalidades já existentes. Porém, apenas nos anos 2000 tem-se o acúmulo suficiente no debate e reconhecimento da viabilidade, pertinência e necessidade da criação de cursos de Saúde Coletiva em nível de graduação (BOSI; PAIM, 2010), com primeiros ingressos especificamente no ano de 2009, na Universidade Federal do Acre (SILVA; PINTO, 2013).

Amplia-se, portanto, o caminho para essa formação. Desta forma, pode-se dizer que a profissão de sanitaria não segue o mesmo caminho de outras profissões da saúde que derivaram diretamente de uma especialidade da medicina. Ao contrário, é uma especialidade que se transforma em bacharelado (RUELA, 2013).

Como resultado do presente trabalho, temos que de acordo com a Capes os cursos de pós-graduação *stricto sensu* na área de Saúde Coletiva, em 2017, eram um total de 133, divididos em 50 mestrados acadêmicos e 43 profissionais, 38 Doutorados acadêmicos e 2 profissionais. Tais dados não puderam ser geoprocessados devido a encontrarmos limitação do banco de dados, que não fornecia a distribuição por estados o que impossibilitou a representação cartográfica. No entanto, no que se trata dos dados possíveis de serem geoprocessados, na base de dados do e-Mec, foram encontrados 557 Cursos de formação com nomenclatura saúde coletiva ou saúde pública, entre eles 17 cursos de graduação, 540 especializações *lato sensu*, com carga horária que variou de 360 horas a mais de 5 mil horas, como na modalidade Residência em saúde, distribuídos nos 26 estados brasileiros e o Distrito Federal (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição dos cursos Lato Sensu e Graduações em Saúde Coletiva/Saúde Pública cadastrados no portal e-Mec, no ano de 2018



Fonte: Núcleo de Estatísticas e Geoprocessamento (NEG), do Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fiocruz.

Para Paim e Pinto (2013), espera-se que o sanitarista seja um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificado para o exercício das práticas de saúde, amparado nos conhecimentos oriundos da Epidemiologia, da Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

Quanto ao processo de construção da identidade sanitarista, os resultados corroboram com a dificuldade de definir quem são e de onde vem. Isto deve-se a existência de diversos modelos de formação (lato sensu, stricto sensu, graduações) com uma enorme variação de carga horária. A escolha por determinados conteúdos, em detrimento de outros, assim como de carga horária e modalidade de formação tem relação com os objetivos políticos das instituições formadoras e quais saberes desejam ser desenvolvidos no mundo do trabalho pelos sujeitos que estão sendo formados, já que o processo de construção e reconstrução da identidade profissional se dá na relação entre a formação e mundo do trabalho (SILVA; PINTO, 2018). Outro elemento que dificulta a definição dessa identidade são as diversas categorias profissionais não apenas da área da saúde que a saúde coletiva agrega (SILVA; PINTO, 2018).

Dito isso, com o objetivo de tentar aproximar as diversas formações, pelo menos dentro das graduações em saúde coletiva, recentemente, em 2017, houve aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, por meio do Parecer n.º 242/2017 do Conselho Nacional de Educação (CNE).

Constatou-se a presença da graduação em 13 estados do país, porém estados (Pernambuco, Goiás e Paraná) oferecem mais de um curso no estado, como, por exemplo, UFPE, UPE e ASCES, em Pernambuco. Nos estados que mais possuem cursos lato sensu cadastrados no e-mec temos a Bahia com 14,44% do total nacional e São Paulo com 13,89%. Quanto ao tipo de gestão das instituições, temos que as universidades estaduais e federais representavam apenas 7% do total de instituições de ensino que ofertam especializações, ou seja, boa parte dos cursos lato sensu são oferecidos por instituições privadas. Movimento contrário ao que se observou na oferta de graduações. Como parte desse processo de privatização do acesso ao ensino de modo geral, temos também o aumento dos cursos à distância.

No que se refere ao campo das formações, o aumento da Educação à Distância (EAD) ocorreu em grande parte nas instituições privadas. Contudo há um mesmo movimento no setor público em crescimento exponencial. A presente pesquisa demonstrou que 145 cursos de especialização à distância são oferecidos com diversas nomenclaturas dentro do campo da saúde coletiva, como, por exemplo, *Administração e Gestão em Saúde Pública*, *Epidemiologia em Saúde Pública*, com carga horária mínima de 360h e máxima de 872h.

Segundo a Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior (ABMES), o aumento do ensino EAD é uma tendência internacional. Em 2017, o setor privado foi responsável por 87,91% do total de instituições de educação superior do país, somando no mesmo ano 74,88% dos concluintes em cursos presenciais e 94,55% dos concluintes nos cursos a distância (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MANTENEDORAS DE ENSINO SUPERIOR, 2018).

No caso dos cursos relacionados à saúde coletiva, se faz necessário aprofundar o debate dessas modalidades de formação, tendo em vista que a modalidade EAD é uma ferramenta bastante utilizada dentro do SUS para os processos de educação continuada dos profissionais da rede, assim como de atualização com acesso aberto para estudantes e outros atores interessados. Contudo, sabendo que o ensino das ciências da saúde requer uma carga horária prática, presencial, supervisionada fundamental para qualificação desse profissional é importante avançarmos no acompanhamento e análise da qualidade das instituições e cursos que formam sanitaristas por essa modalidade.

Quanto a diversidade de nomenclaturas, cabe destacar que por mais que os sujeitos formados não se apresentem como sanitaristas ou não tenham na sua certificação o título de sanitarista, estes podem ocupar os mesmos espaços que os sujeitos formados em uma graduação de 4 anos, em uma residência de mais de 5 mil horas, ou até mesmo um mestrado e doutorado. Portanto, é preciso pensar como os desdobramentos de uma formação podem influenciar diretamente na atuação de um profissional de saúde no SUS.

Embora ainda haja indagações sobre a identidade profissional do sanitarista e, mesmo não sendo ainda uma profissão regulamentada pelos órgãos oficiais do Estado, é consenso que a Saúde Coletiva se tornou importante área do conhecimento com grandes contribuições para o SUS nos últimos anos (SILVA; PINTO, 2013), os profissionais sanitaristas foram atores sempre presentes na luta pela saúde como direito. Sendo assim, a busca pela inserção desses trabalhadores dentro ou fora da institucionalidade vai além dos interesses da categoria profissional, é uma possibilidade de qualificar a gestão e gerência dos sistemas, serviços e as ações em saúde (VIANA, 2018), e de retomar o papel político e revolucionário da reforma sanitária.

4.2 Descrição do perfil dos postos de trabalho dos sanitaristas

“É preciso formular essa utopia se quisermos dar um rumo à humanidade que não o ‘fim do trabalho’ e seu cortejo de desempregados, precários, intermitentes, auxiliares, interinos e outros “tapa-buracos” da automação e da terceirização” (DUBAR, 2012, p. 16).

Como processo de descentralização, e conseqüentemente a transferência das responsabilidades constitucionais para estados e municípios, houve a necessidade de reorganização da estrutura administrativa dos serviços e do sistema de saúde, o que incluiu repensar financiamento, processos dos sistemas logísticos e também o redimensionamento da força de trabalho com todas as suas particularidades (DIEESE, 2018). Após a década de 90 os municípios se tornaram os maiores empregadores do SUS, sendo responsável pela participação de 41,6% do total de empregos públicos em 1992, para 68,8%, em 2005. (MACHADO, 2011). Em 1992, a saúde absorvia quase 1,5 milhão de empregos formais, em 2005 mais de 2,5 milhões, chegando, em 2010, a pouco mais de 3,6 milhões de trabalhadores empregados (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Destacando o crescimento no setor, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD contínua) observou uma tendência contrária do setor saúde na crise, enquanto

na economia geral o número de ocupados diminuiu, houve na saúde elevação de 14,4% entre 2014 e 2016, alcançando a marca de 5,7 milhões de pessoas empregadas tanto no público quanto no privado (DIEESE, 2018). Porém, a ampliação dos postos de trabalho na saúde, não vem necessariamente acompanhada de uma valorização desse trabalhador, muito pelo contrário, o trabalho em saúde não está livre da perversidade da criação dos exércitos de reserva que alimentam a precarização do trabalho e das condições de saúde da população (ANJOS; PINTO, 2014).

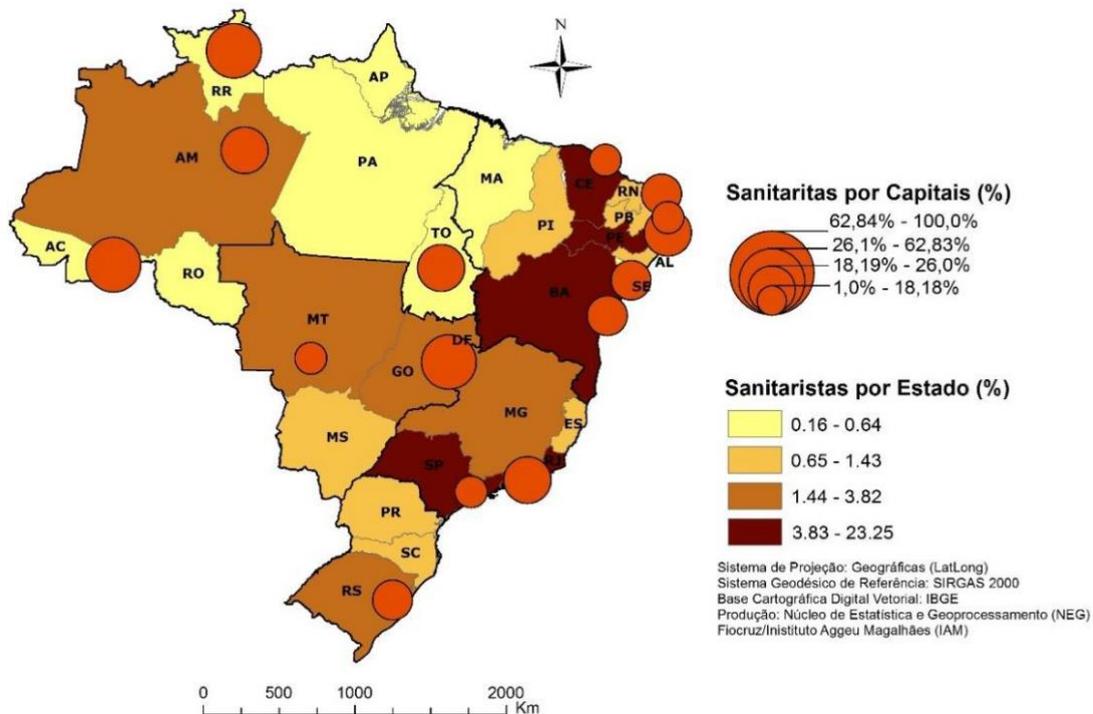
Quanto a distribuição dos profissionais com CBO sanitaria no CNES no ano de 2018 foram encontrados 608 cadastros, sendo a Bahia (23,25%) o estado que mais concentra profissionais, seguido de Pernambuco (14,8%), colocando o Nordeste como a região com maior número de sanitarias (312), acompanhada da região sudeste (217) com o Rio de Janeiro sendo estado que mais concentra profissionais da região (18%), seguido de São Paulo (11,3%).

Vale destacar que os estados que mais concentram sanitarias nas capitais são os que menos possuem o profissional a nível estadual, como exemplo, Roraima, Acre e Tocantins. Porém, percebe-se também grande concentração de profissionais nas capitais do Rio de Janeiro e Pernambuco, que são estados com grande concentração de sanitarias. É essencial que ao fazermos o debate da regionalização das ações do SUS também façamos o da interiorização das forças de trabalho não apenas da assistência, mas também da gestão.

Vale ressaltar que encontramos nesses resultados uma maior descentralização de residentes no estado do Ceará e da Bahia, seguido de Pernambuco, o que pode ser fruto do modelo de interiorização dos programas de residência oferecidos nesses estados, como, por exemplo, o programa conduzido pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) que oferece 26 vagas na ênfase Saúde Coletiva distribuídas em 12 municípios do estado.

No estado do Rio de Janeiro todos os residentes cadastrados estavam vinculados à capital. Esperava-se que o estado do Rio de Janeiro apresentasse associação positiva entre inserção x formação. O estado é fundamental na história da saúde coletiva, é lá onde está a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca no campus da Fundação Oswaldo Cruz. Os resultados demonstraram que mesmo sendo um dos estados que mais possui profissional (Figura 2), não é o que mais possui cursos de formação na modalidade lato sensu (Figura 1). É provável que a modalidade stricto sensu e/ou à distância sejam mais presentes e por esse motivo não se destacou no mapa. Porém para comprovar tal afirmação se faz necessário um estudo que se aprofunde na análise das variáveis não analisadas nesse estudo.

Figura 2 - Distribuição espacial dos profissionais cadastrados com CBO de sanitarista no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde – CNES, no ano de 2018



Fonte: Núcleo de Estatísticas e Geoprocessamento (NEG), do Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fiocruz.

Quando comparamos os dois mapas acima encontramos associação positiva apenas em três estados (Bahia, São Paulo, Pernambuco). Ou seja, nesses estados onde ocorre a maior concentração de cursos, também ocorre a concentração de profissionais sanitaristas. Não temos como garantir que os profissionais empregados em um determinado local foram formados também naquele estado, entretanto as associações positivas podem significar que a presença de um grande número de instituições formadoras abre espaço de inserção no mundo do trabalho, principalmente em estados com grande número programas de residência multiprofissional em saúde, que durante dois anos de inserção fazem com que o serviço conheça esse profissional sanitarista em formação e abra possíveis oportunidades de inserção, como pode ser visto nos dados encontrados, nos quais, a Bahia e o Ceará concentram aproximadamente 53% do total de

residentes cadastrados, seguido do Rio de Janeiro com 18% e de Pernambuco com 11%, sendo estes de acordo com o mapa (Figura 2) os estados com mais sanitарistas cadastrados no CNES.

Na análise dos possíveis locais de inserção dos sanitарistas no mundo do trabalho evidenciaram-se alguns caminhos possíveis, como, por exemplo, o do setor público estatal e o setor privado-suplementar. Iremos considerar para fins de análise apenas os estabelecimentos de saúde do SUS e suas diversas possibilidades de atuação.

Conforme os resultados abaixo (Tabela 1), os profissionais sanitарistas estão concentrados praticamente na mesma proporção, nos serviços de atenção básica e de nível central, como, as secretarias de saúde municipal e estadual. Segundo Silva e Pinto (2018), esses profissionais vêm desenvolvendo uma prática cada vez mais específica com ênfase no SUS e compromisso com a Reforma Sanitária Brasileira. O sanitарista pode ser inserido tanto no âmbito político-gerencial como no técnico-assistencial, exercendo suas capacidades para formular, planejar, coordenar, avaliar ações, programas, políticas bem como contribuir com a vigilância nos territórios e com a gestão do cuidado construindo estratégias que colaborem para mudanças no modelo de atenção à saúde. Tais habilidades, em 2011, possibilitaram sua inserção no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2011).

Sabe-se que a institucionalidade é necessária, mas não suficiente, para o que se propõe a luta pela reforma sanitária e alcançarmos o que Arouca chamava de ‘amplo conjunto de mudanças sociais’ (AROUCA *apud* PAIM, 2012, p. 3-4). Porém, são nesses espaços que o sanitарista encontrou oportunidade de contribuir com a construção do SUS. Segundo Ruela (2013), os sanitарistas prioritariamente atuam em órgãos públicos, como as secretarias e as instituições de ensino e pesquisa, o que não os impedem de se inserir na iniciativa privada através dos hospitais, planos e seguros de saúde, além da possibilidade de fazer consultorias principalmente junto aos municípios. Essas possibilidades colocam no sanitарista a necessidade de desenvolver “competências” e “habilidades” em outras áreas mais voltadas à gerência, planejamento e administração, financiamento, controle e avaliação, capacitação de recursos humanos, vigilância epidemiológica e sanitária, saúde do trabalhador, sistema de informação em saúde.

Dito isso, a inserção institucional dos sanitарistas no âmbito dos serviços de saúde constitui uma realidade de complementariedade com as demais profissões do setor saúde, não havendo prejuízo algum para as especificidades da atuação de cada profissional.(TEIXEIRA, 2003, p. 164). Segundo Campos (2018), um dos fatores que colaboram para crise de sustentabilidade no SUS é a forte relação de moeda de troca dentro das gestões do sistema, na qual os cargos de confiança e livre provimento são os que mais assumem a gestão. Aprovar

uma legislação que garanta critérios técnicos sanitários e experiência com o SUS se faz

TIPO DE ESTABELECIMENTO	%
Serviços de Atenção Básica (UBS, USF, Clínica da Família, NASF, Academia da Saúde, etc).	36,60
Secretaria de Saúde (municipal, estadual e distrito sanitário)	36
Vigilância em Saúde (Sanitária, epidemiológica e CEREST)	13,22
Serviços de Média e Alta complexidade (UPA, Hospitais, Maternidades, Centro de Especialidades Odontológicas, Policlínicas, etc)	9,40
Saúde Mental – Centros de Atenção Psicossocial - CAPS	1,15
Centrais de Regulação	3,44
Ouvidoria	0,19
TIPO DE VÍNCULO	%
Residente	10,40
Estatutário	48,78
Cargo Comissionado	4,7
Autônomo	1,13
Contrato Verbal	0,81
Celetista/Emprego Público Celetista/Emprego Público	13
Contrato temporário ou por tempo determinado	19,30

necessário para avançarmos na implementação do sistema como desejado em sua criação. (CAMPOS, 2018).

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais sanitários cadastrados no CNES, 2018
Fonte: Brasil (2019).

Quando observamos o tipo de vínculo, têm-se que 48,78% dos profissionais possuem vínculo estatutário, enquanto que 21,58% destes estavam vinculados a mais de um serviço, em alguns casos exercendo cargo que não o de sanitário, como, por exemplo, enfermeiro, fisioterapeuta, profissional de educação física, nutricionista, entre outros. Por outro lado, mais da metade dos sanitários pesquisados possuem vínculos instáveis, alguns acumulando dois ou mais vínculos empregatícios. Essa ausência de condições de trabalho conduz os trabalhadores

a intensificarem sua jornada de trabalho na busca por melhores condições salariais (SOUZA, 2016). Corroborando com o trabalho de Viana (2018), no qual os sanitaristas bacharéis entrevistados destacaram as palavras ‘convite’, ‘indicação’ e ‘chamado’ quando questionados sobre sua inserção no mundo do trabalho, o que pressupõe vínculos sem garantia de estabilidade e carreira, como a ocupação de cargos comissionados, contrato temporário ou celetista, corroborando com a tendência dos dados nacionais sobre o trabalho no Brasil nas últimas décadas.

Segundo o anuário dos trabalhadores do SUS de 2018, a quantidade de vínculos estatutários vem diminuindo com o passar dos anos, ou seja, cresce o número de postos de trabalho precarizados (DIEESE, 2018). A continuar esta tendência, é provável que com o passar dos anos os tipos de contratações não sejam mais via concurso público. Segundo o relatório da OIT “Non-Standard Employment Around the World” (2016), vínculos temporários, trabalho intermitente ou sob demanda, subcontratação e formas de subordinação indireta têm substituído progressivamente as relações convencionais de trabalho nas economias desenvolvidas e se já se apresentam como majoritárias nas economias em desenvolvimento.

Quanto a carga horária de trabalho, temos que 53,62% (326) dos profissionais possuem jornada de trabalho de 40h semanais e 19,07% (116) 30h semanais. Uma carga de trabalho exaustiva, junto ao acúmulo de funções e vínculos colaboram para instabilidade do emprego. Dados de 1999 a 2009 revelaram aumento de quase 10% na rotatividade do trabalhador no emprego, fato que se agravava quando se levava em consideração os que ganhavam até um salário mínimo e meio (86% de rotatividade em 2009), e quando feito os recortes de gênero e raça (BRAGA, 2016).

Estudos sociológicos recentes mostram que, em quase todo o mundo, muitos dos empregos são marcados pela precariedade, por baixos salários e falta de qualquer perspectiva de carreira (DUBAR, 2012). Sabe-se que a precarização do trabalho além de parecer ser uma dimensão permanente do trabalho no capitalismo, se aprofunda em países como o Brasil, com uma história de séculos de escravidão, podendo-se afirmar que a precarização do trabalho é uma característica constitutiva da sua formação social (BRAGA, 2016).

Nesse sentido, Antunes (2015), destaca que em épocas de crise se assiste à intensificação da precarização, seguindo uma tendência de precarização estrutural do trabalho em escala global. Não existem, nesse sentido, limites para a precarização, mas apenas formas diferenciadas de sua manifestação. Atualmente, no Brasil medidas de austeridade aprofundaram ainda mais esse contexto, como, por exemplo quando foi aprovada a Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017, conhecida como Reforma Trabalhista, na qual são estabelecidas mudanças que

aumentam a flexibilização da relação de trabalho, instituindo o trabalho intermitente ou sob demanda, a subcontratação, etc (BRASIL, 2017). Esse processo de desvalorização se evidencia ainda mais na desregulamentação do trabalho, como é o caso do profissional sanitário, considerando que a não regulamentação de seus profissionais os expõe mais a vínculos sem estabilidade, e a empregos temporários, como visto também nos resultados dessa pesquisa. Segundo, Viana (2018), no Brasil, a regulamentação da profissão tem forte relação com reserva de espaço de trabalho, mesmo não sendo essa a intenção central dos novos sanitários bacharéis, como visto em sua pesquisa. O movimento de profissionalização pretende dialogar com os serviços e com a pós-graduação em saúde coletiva. (SILVA, 2015).

Segundo Viana (2018), a conjuntura que proporcionou a criação das diretrizes curriculares para a graduação em Saúde Coletiva, acompanhada da conquista do Cadastro Brasileiro de Ocupação (CBO) permanente, código importante por “servir como base para a estruturação de carreiras e ocupação de vagas no setor público e no setor privado, além de ter relevância na integração das políticas públicas dos Ministérios do Trabalho e Emprego e Ministério da Previdência Social”, revela a forte relação entre a formação e o mundo do trabalho para consolidação de uma profissão. Entretanto, mesmo com uma janela política aberta para a discussão da regulação do trabalho na saúde pelo Estado, não podemos perder de vista que um sistema de saúde universal e de qualidade não se constrói apenas pela inserção ou regulação profissional, mas sim pela reorientação das políticas públicas que com toda certeza passa pela valorização do trabalhador.

Sendo assim, pensar sobre a regulamentação da profissão é um caminho necessário para pensar a valorização do trabalhador sanitário (VIANA, 2018). Segundo Bosi e Paim (2013), a relevância em conhecer a história das profissões já estabelecidas auxilia na conclusão do quanto suas identidades se reconstruíram ao longo do tempo, para que se tornassem o que hoje se apresenta sob os rótulos atuais. Para Viana (2018), a regulamentação da profissão sanitária, não a definirá imediatamente como uma profissão, existem outros elementos como o reconhecimento social, a regulação de práticas de competição no mundo do trabalho e a definição do monopólio de saber que precisam coexistir.

De acordo com Paim e Pinto (2013), o que potencializaria a inserção dos sanitários seria a realização de concursos públicos e a criação de carreiras no setor público, compreendendo que os conselhos profissionais podem valorizar o corporativismo acima dos interesses sociais. Desse modo, a implantação do Plano de Cargos e Carreiras, além de representar perspectiva de carreira, fornece melhores condições de trabalho e remuneração, pode também constituir-se

numa política atrativa para os trabalhadores e uma forma poderosa de fixação de profissionais (OLIVEIRA, 2009).

Mais recentemente, com a entrada desse novo perfil de sanitário advindo das graduações, torna-se mais forte ainda a necessidade da regulamentação da profissão. Compreendendo que a qualificação da gestão no SUS passa não apenas pelo pensar a formação profissional, mas também por pensar as condições de trabalho que o mundo do trabalho irá oferecer a esses profissionais. Todavia, o mundo do trabalho para os sanitários será o resultado sempre dinâmico das correlações de forças políticas e ideológicas que o SUS também está inserido. (PAIM; PINTO, 2013).

Entretanto, o atual modelo de desenvolvimento político, econômico e social, coloca a classe trabalhadora brasileira imersa em uma conjuntura de altos níveis de precarização do trabalho que impossibilitam mobilizações por ampliação de direitos. Já há alguns anos o que se consegue elaborar de mobilização política e social é apenas para garantir que mais direitos se percam e as condições mínimas de sobrevivência (BRAGA, 2016). É preciso retomar os ideais da reforma sanitária e inserir os princípios da saúde coletiva nas diversas formações em saúde, a fim de disputar consciência sanitária e romper as estruturas sociais que sustentam esse sistema de exploração do trabalhador e que tratam a saúde com mercadoria.

Sendo assim, para atuar no SUS é imprescindível reconhecer que o setor saúde têm especificidades não encontradas em outras atividades da administração pública e, sobretudo diferenças operacionais com o serviço privado. Não basta ser um administrador e encarar o SUS como uma grande empresa, buscando eficiência na gestão de recursos, é preciso compreender as complexidades políticas, sociais, gerenciais que perpassam esse sistema, e o sanitário deve ser um profissional com essas capacidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dessa diversidade na formação do sanitário, diversos debates precisam ser aprofundados, incluindo o processo de regulamentação da profissão (VIANA, 2018). Considerando o demonstrado nos resultados, o sanitário pode ocupar tanto os serviços de nível central, como, os serviços da ponta, seja na gerência de uma policlínica, de uma unidade básica de saúde, ou até mesmo compondo as equipes do NASF, recomenda-se que haja maior aproximação das instituições formadoras com o mundo do trabalho, compreendendo que teremos poucos avanços caso o sanitário não saiba a diversidade de espaço para atuar, ou que estes espaços de atuação não o reconheça como sujeito com formação qualificada para integrar as equipes de trabalhadores do SUS.

As informações aqui sistematizadas, além de demonstrar um país diverso no perfil de formação, e de possibilidades de atuação, demonstrou uma distribuição desigual entre os estados no número de profissionais atuando no SUS. Os mapeamentos e descrições realizados, podem colaborar para o desenvolvimento de políticas estratégicas de formação e criação de oportunidades de inserção no mundo do trabalho para que estes profissionais que são históricos na construção do SUS, e com forte atuação acadêmica, tenham também espaço ampliado e direitos consolidados no mundo do trabalho.

Deve-se reiterar que mesmo com as informações identificadas com o mapeamento, não é possível garantir com este estudo o quantitativo ideal de sanitários para gestão das ações de saúde bem como o quantitativo de cursos que possam suprir a demanda capaz de preencher os vazios gerenciais. Ainda é necessário evidenciar que existe uma carência de estudos na área da Saúde Coletiva voltados a organização profissional e ao mundo do trabalho do sanitário.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. GT Trabalho e Educação. **Oficina de graduação em Saúde Coletiva: mercado de Trabalho para os novos profissionais da Saúde Coletiva: relatório final**. Salvador: Abrasco, 2012a.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MANTENEDORAS DE ENSINO SUPERIOR. **Números do Ensino Superior Privado no Brasil 2018: ano base 2017**. Brasília, DF: ABMES Editora, 2018.
- ANJOS, D. S. O.; PINTO, I. C. M. **Formação de um novo sanitarista: expectativas para inserção no Mercado de Trabalho**. CICS-Publicações/eBooks, Minho, v. 1, n. 1, p. 187-193, 2014.
- ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, set. 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n123/0101-6628-sssoc-123-0407.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2019.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Portal e-mec**. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>. Acesso em: 15 dez. 2018.
- BRASIL. Ministério do Trabalho. **Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm. Acesso em: 15 jun. 2019.
- BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde – CNES**. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp. Acesso em: 20 dez. 2018.
- BRASIL. Ministério do Trabalho. **Portal da classificação brasileira de ocupações**. 2017d. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>. Acesso em: 16 mar. 2019.
- BERTOLOZZI, Mari a Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectiva s atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da US**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-398, dez . 1996.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PAIM, Jairnilson Silva. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 2029-2038, July 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 maio. 2019.

BRAGA, Ruy. A formação do precariado Pós-Fordista no Brasil: uma primeira aproximação. *In: BRAGA, Ialê Falleiros et al. (org.). O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2016. cap. 3, p. 93-108.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS: o que e como fazer? **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, jun. 2018

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, Out. 2004.

D'ALGE, J. C. L. Cartografia para Geoprocessamento. *In: CÂMARA, Gilberto; DAVIS, Clodoveu; MONTEIRO, Antônio Miguel Vieira (org.). Introdução à Ciência da Geoinformação.* São José dos Campos: INPE, DPI, 2002.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Anuário dos trabalhadores do SUS: 2018.** São Paulo: DIEESE, 2018.

DUBAR, Claude. A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. **Cadernos de Pesquisa**, [s. l.], v.42, n. 146, p. 351-367, maio/ago. 2012.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre a instituição e o instituído. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, jun. 2009.

IBGE. **Censos Demográficos.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm. Acesso em: 15 dez. 2018.

BATISTA, J. Francisco. O SUS e as transformações do trabalho em saúde. *In: BRAGA, Ialê Falleiros et al. (org.). O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde.* [S. l: s. n.], 2016. cap. 5, p. 129-148.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. dos S.; MOYSÉS, N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. *In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (org.). O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas.* 1. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, Uerj, ObservaRH, 2011.

MATTOSO, J. Mudanças estruturais e trabalho no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, SP, v. 7, n. 1, p. 213-243, fev. 2016.

MERHY, E. E.; FRANCO, T.B. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho.** Buenos Aires: Salud Coletiva, 2009.

NUNES, Everardo D. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

OBBADI, Monireh. **Trajatória do curso de especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública: Fiocruz – um estudo de caso.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010. 190 f.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? *In*: PADILLA, Monica. PINTO, Isabela Cardoso M.; NUNES, Tânia Celeste M. **Trabalho e educação em saúde: desafios para a garantia do direito à saúde e acesso universal às ações e serviços no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2018. cap.6.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101998000400001&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 ago. 2018.

PAIM, J. S.; PINTO, I. C. M. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 3, p. 13-35, 2013. Disponível em: <http://164.41.147.234/index.php/tempus/article/download/1390/1162>. Acesso em: 15 mar. 2019.

ROBINSON, P. G.; PLEIN, F de B. A formação de sanitaristas e a defesa do SUS: um percurso de paixão e luta. *In*: SOUZA, Rosa Maria Pinheiro; COSTA, Patricia Pol (org.). **Redescola e a nova formação em saúde pública**. Rio de Janeiro: Ensp, Redescola, 2017.

RUELA, H. C. G. **A formação de sanitaristas e os cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil**. 2013. 134 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, Vinício Oliveira da; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Identidade do sanitarista no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 539-550, abr. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018000200539&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 ago. 2019.

SILVA, Christian Nunes da. **A representação espacial e a linguagem cartográfica**. Belém: UFPA, 2013.

SOUZA, Moema A. S. L. **Trabalho em saúde: como lógica mercantil determina seu processo de precarização**. *In*: BRAGA, Ialê Falleiros *et al.* (org.) **O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde**. [S. l: s.n.], 2016. cap. 4, p. 109-128.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. **Interface**, Botucatu , v. 7, n. 13, p. 163-166, ago. 2003 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832003000200019&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 maio 2019.

VIANA, Jussara Lisboa; SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de. Os novos sanitaristas no mundo do trabalho: um estudo com graduados em saúde coletiva. **Trabalho e Educação em Saúde**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 1261-1285, dez. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462018000301261&script=sci_arttext. Acesso em: 19 maio 2019.

TESTA, Mário. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.