

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

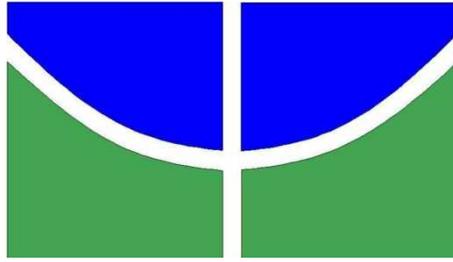
BACHARELADO EM GESTÃO EM SAÚDE COLETIVA

**DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS ENTRE SAÚDE COLETIVA E SAÚDE PÚBLICA
NA PERCEPÇÃO DE DISCENTES DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA E DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

SETE NUNES

Brasília

2016



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

BACHARELADO EM GESTÃO EM SAÚDE COLETIVA

SETE NUNES

**DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS ENTRE SAÚDE COLETIVA E SAÚDE PÚBLICA
NA PERCEPÇÃO DE DISCENTES DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA E DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Gestão em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Valeria Machado Mendonça

Monografia de autoria de Sete Nunes, intitulada: Diferenças e semelhanças entre Saúde Coletiva e Saúde Pública na percepção de discentes da Universidade de Brasília e da Universidade de São Paulo, apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Prof.^a Dra. Ana Valéria Machado Mendonça
Orientadora

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília/UnB

Prof.^a Dra. Maria Fátima de Souza
Examinadora

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília/UnB

Prof. Dr. Edu Cavadinha
Examinador

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília/UnB

Brasília, 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao mestre que acredita em seus alunos, os olha nos olhos, os ajuda a perceber o próprio potencial, por meio de atividades promove seu crescimento interno e externo e lhes permite existir conforme suas próprias convicções.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais. Muito antes de eu nascer eles tinham em mente a intenção de que seus filhos “iriam para a escola”. Para eles seria fator de sucesso e recompensa. Continuo agradecendo meus pais por terem empenhado todos os esforços para que isso acontecesse. Sou ainda mais uma vez grato por terem estado ao meu lado todos os anos de estudo, de trabalhos, de facilidades e de dificuldades, dando força e desafiando a prosseguir. Quero render-lhes mais gratidão pela força impetuosa como inculcaram em mim a emergência de prosseguir na escola, no colégio, na faculdade, na pós-graduação, e nesta segunda graduação. Agradeço também aos irmãos e amigos que serviram de anteparo para minhas investidas de conhecimento, minhas perguntas e curiosidade e que responderam com a verdade da vida, com o amor e o carinho que a convivência pode dar. Quero agradecer aos colegas de graduação, os nomes são tantos e as turmas se misturaram, impossível citar alguns sem desmerecer outros. Agradeço de forma geral, pela paciência e pelo carinho com que fui tratado nesses 9 semestres. Agradeço aos colegas de estágio, Gilvan e Gustavo por terem sido meus mestres, muito ricas foram nossas conversas. Agradeço aos professores, todos, muito obrigado. Agradeço às minhas filhas Carolina e Gabriela, por darem sentido à minha vida, o carinho e a atenção de vocês são o combustível para seguir adiante.

Na realidade aprendia-se para além das salas de aula. O movimento sanitário vivia seu auge. Toda semana líamos e debatíamos com paixão algum trabalho novo: dos brasileiros, dos franceses, italianos, latino-americanos. Mario Testa, Foucault, Berlinguer, Canguilhem, Donnangelo, Basaglia. Líamos muito e aplicávamos aquilo na luta política, nos serviços de saúde e em projetos de investigação.

Gastão Wagner de Souza Campos, sobre a gênese da Saúde Coletiva no Brasil.

RESUMO

Introdução: A saúde pública começa com as aglomerações urbanas, como uma função de estado que se impõem sobre o indivíduo e sua evolução segue a evolução do conhecimento científico, do conceito de estado, do desenvolvimento econômico, do modo de produção, das classes sociais, apresentando vieses conforme a época e a ideologia dominante, se caracterizando por um carregamento histórico. A saúde coletiva tem origem na crítica ao positivismo e à saúde pública tradicional que se afirmava no positivismo, na tecno-ciência e no modelo biomédico de explicar a vida. A saúde pública é rebatizada em saúde coletiva, redefinindo valores e o modo de conhecer o processo saúde e doença, a ciência deixa de ser percebida como 'neutra' e passa a ser instrumento de luta política tendo a realidade sanitária como seu objeto.

Objetivo geral: Revelar o que pensam os discentes da UnB e da USP sobre o que é Saúde Pública e Saúde Coletiva. **Objetivos Específicos:** Comparar os perfis dos cursos de Graduação em Saúde Pública da USP e de Graduação em Saúde Coletiva na UnB; Caracterizar o perfil dos discentes da UnB e da USP que participaram da pesquisa. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa. **Resultados:** No plano teórico, os padrões de atuação em saúde se sucederam no tempo e ainda convivem. Um dos padrões é a Saúde Pública tradicional, fundada nos valores positivistas, se impõe como função do estado e da autoridade sanitária. A saúde pública tradicional encontra-se superada, foi substituída pelo novo padrão. A Saúde Coletiva parte da crítica ao positivismo e propõe a incorporação do social e do ativismo político. Os discentes quando colocados diante dos dois conceitos associam à saúde pública os processos estatais, principalmente "controle e gestão" e a Saúde Coletiva é associada aos processos sociais e aos determinantes da saúde.

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Saúde Pública, Graduação em Saúde Coletiva, Graduação em Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: The public health begins with urban agglomerations as a state function that imposes itself on the individual, and your evolution follows the evolution of scientific knowledge, the concept of state, economic development, mode of production, social classes, presenting views due to the epoch and the dominant ideology, characterized by a historical loading. The collective health has its origin on the positivism and traditional public health critiques, which affirmed in positivism, tech-science and on the biomedical model of explaining the life. The public health is renamed collective health, redefining values and the mode of know health and disease process, the science is no longer perceived as 'neutral' and becomes an instrument of political fight, having sanitary reality as its object.. **General Objective:** Reveal what the students of UnB and USP think about what is Collective Health and Public Health. **Specific Objectives:** Compare the profiles of the Undergraduation course in Public Health of USP and Undergraduation in Collective Health at UnB; Characterize the profile of the UnB and USP undergraduation students who participated in the research. **Methodology:** This is a qualitative-quantitative research. **Results:** This is a qualitative-quantitative research. Results: On the theoric level, health acting standards have been succeeded in time and still live together. One of the standards is traditional Public Health, based on positivist values, imposes itself as a function of state and sanitary authority. The traditional public health has been surpassed, replaced by the new standard. The Collective Health starts from the critique to positivism and proposes the incorporation of social and political activism. The college students when placed in front of the two concepts, they associate to the public health the state processes, mainly "control and management" and Collective Health associated with social processes and the determinants of the health

Key Words: Collective Health, Public Health, Graduation in Collective Health, Graduation in Public Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

FCE – Faculdade de Ceilândia

FS – Faculdade de Saúde

FSP – Faculdade de Saúde Pública

OMS - Organização Mundial da Saúde

REUNI - Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

SC – Saúde Coletiva

SP – Saúde Pública

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UnB – Universidade de Brasília

UNICAMP – Universidade de Campinas

USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição por instituição de origem	25
Tabela 2- Distribuição por gênero.	25
Tabela 3- Distribuição por faixa etária	26
Tabela 4- Distribuição por semestre ou posição no curso.....	26
Tabela 5 - Distribuição por período ou semestre no curso, excluídos os discentes do 1º ou 2º período do curso.....	27
Tabela 6 - Posição dos discentes se há ou não diferença entre Saúde Pública e Saúde Coletiva.	27
Tabela 7 - Posição dos discentes se há ou não diferença entre Saúde Pública e Saúde Coletiva, excluídos os discentes de 1º ou 2º período	27
Tabela 8 - Conceitos associados à Saúde Coletiva e Saúde Pública.	28
Tabela 9 - Nuvem das 50 Palavras mais utilizadas ao se posicionar sobre os conceitos de saúde coletiva e saúde pública	28
Tabela 10 - Posicionamento sobre a titulação de sanitário.	30
Tabela 11 - Na prática profissional, ter sido formado em SP ou em SC, fará diferença no serviço entregue à população?.....	31
Tabela 12 - A defesa de bandeiras ideológicas no campo da saúde, ajuda ou atrapalha?	34
Tabela 13 - O que você pretende fazer com a formação em SC ou SP, como pretende atuar profissionalmente?	35

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - A defesa de bandeiras ideológicas no campo da saúde, ajuda ou atrapalha?	34
--	----

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	8
2	INTRODUÇÃO	10
3	UM PEQUENO HISTÓRICO	12
3.1	Resumo nada neutro	14
3.2	Desafios para a Saúde Coletiva ou Nova Saúde Pública	16
3.3	Disciplina História e Paradigmas da Saúde Coletiva	18
3.4	Contexto da implantação dos cursos de graduação em SC no Brasil.	19
4	METODOLOGIA	20
4.1	Técnica de Coleta.....	20
4.2	Técnica de Análise dos Resultados.	21
4.3	Aspectos Éticos	22
5	RESULTADOS	22
5.1	Os cursos de graduação em SC na UnB e SP na USP	22
5.2	Resultados da pesquisa: Diferenças e semelhanças entre Saúde Coletiva e Saúde Pública na percepção de discentes da Universidade de Brasília (UnB) e da Universidade de São Paulo (USP)	25
5.3	Diferenças entre SC e SP na percepção dos discentes	28
5.4	Na sua opinião os bacharéis em Saúde Coletiva e os bacharéis Saúde Pública devem ser chamados, igualmente, de Sanitaristas?	29
5.5	Na prática profissional, ter sido formado em SP ou em SC, fará diferença no serviço entregue à população?	30
5.6	SP e SC carregam em si afinidades com ideologias políticas de Direita ou Esquerda?	32
5.7	A defesa de bandeiras ideológicas no campo da saúde, ajuda ou atrapalha?	33
5.8	O que pretende fazer com a formação em SC ou SP, como pretende atuar profissionalmente? ...	35
5.9	Outros comentários	36
6	OUTROS ELEMENTOS PARA CONSIDERAÇÃO	37
	REFERENCIAS	39
	APENDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	41
	APENDICE II – Roteiro de Entrevista semiestruturado	42

1 APRESENTAÇÃO

Vim do interior do interior, nasci na divisa entre Brasil e Paraguai na cidade de Guaíra, PR e cresci em Umuarama, PR, cujas terras, antes das (re)divisões territoriais dos municípios, chegavam aos barrancos do rio Paraná. Filho de pais semianalfabetos, trabalhei como 'apontador' numa oficina de concessionária de veículos durante o dia para poder estudar Direito de noite. Ganhando salário mínimo paguei o primeiro ano da faculdade, com o apoio do Crédito Educativo completei os anos seguintes e tornei-me bacharel em direito. Tive a felicidade de ser aprovado em 1º lugar no concurso da CAIXA na região de Umuarama em 1989, instituição onde ainda trabalho, hoje estou na função de Consultor Matriz, mais alto cargo técnico na empresa. A mudança para Brasília foi em julho de 2000. Com o apoio financeiro da política de recursos humanos da CAIXA em 2003 formei-me especialista em Estratégia de Marketing pela FGV Brasília VIII Turma, e em 2011 especialista em Desenvolvimento Regional Sustentável pela UFBA. Hoje estou discente de Saúde Coletiva na UnB, IV Turma no campus Darcy Ribeiro, iniciada no segundo semestre de 2011.

Quando ingressei, o nome do curso era Gestão em Saúde Coletiva, meu interesse maior foi o desenvolvimento da gestão e essa palavra despertou minha curiosidade e vim para o curso. O contato com o universo da Saúde Coletiva fez outros interesses despertarem e uma nova consciência sobre meu papel no mundo se construiu.

Esse curso tem foco na formação de gestores, as disciplinas trazem muitas atividades em grupo, pesquisas em campo, seminários e incentivam intensa participação em sala de aula.

Uma inquietação acompanhou minha experiência pessoal durante esses anos de curso e ainda se faz mais intensa ao debruçar sobre os textos a respeito de saúde e na leitura dos livros indicados pelos professores. A existência de cursos de Saúde Coletiva e curso de Saúde Pública, em instituições referência, formando profissionais para atuar na mesma área com as mesmas atribuições. Outra inquietação foi perceber um sutil distanciamento entre Saúde Pública e Saúde Coletiva. Textos alinhados com

a Saúde Pública e alinhados com Saúde Coletiva apresentam-nas como correntes diferentes de pensamento, até antagônicas, alguns chegam a negar a existência da outra, de forma que a expressão “saúde coletiva”, ou “saúde pública” sequer é citada. Há também quem procura traçar um histórico, uma comparação de conceitos, mas por fim coloca um deles em patamar inferior. Por fim há quem procure juntar os dois conceitos referindo-se a ambos numa só expressão “saúde pública coletiva”.

Em minha experiência de sala de aula desejei ter aprofundado esse debate e conhecer em detalhes da filosofia e das imagens de ciência que são as raízes do pensamento acadêmico atual.

Com este trabalho quero refletir mais sobre o universo da saúde coletiva e saúde pública, interagir com outros alunos da UnB e da USP e buscar suas percepções sobre os conceitos centrais de nosso campo de estudo, nossa identidade comum, o pensamento político, as intenções profissionais. Permitir conhecer e ser conhecido, dar início a um debate acadêmico.

2 INTRODUÇÃO

Este estudo tem origem em uma inquietação. A necessidade de aprofundar a discussão sobre a distinção entre Saúde Coletiva (SC) e Saúde Pública (SP).

A SP começa com as aglomerações urbanas, como uma função de supremacia do público sobre o particular em nome do interesse coletivo, a lógica do estado. Sua evolução segue a evolução do conhecimento científico, do conceito de Estado, do desenvolvimento econômico, do modo de produção, da organização da sociedade em classes, apresentando vieses conforme a época e a ideologia dominante, se caracterizando por um carregamento histórico (Rosen, 1994). Os sanitaristas de um século atrás haviam identificado as principais dimensões para o cuidado com a saúde da população. Winslow em 1920 sintetiza uma das mais citadas definições de conceito de Saúde Pública:

"Saúde Pública é a arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade, abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde" (WINSLOW, 1920, p30)

Ora, este conceito mimetiza com o de Saúde Coletiva, como a conhecemos hoje, principalmente se ampliarmos o foco no “esforço organizado da comunidade” e “desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde”.

Entre os pioneiros da SC estavam Sérgio Arouca, Gastão Wagner de Souza Campos, Maria Cecília Donnangelo, os dois primeiros vinculados à Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e a terceira vinculada à USP.

No campo teórico, a tese defendida em 1976 por Sergio Arouca na UNICAMP, intitulada ‘O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva’, forneceu fundamentos teóricos estruturantes para a constituição da base conceitual da saúde coletiva. (FIOCRUZ, 20??)

A gênese da SC acontece em 1978 quando a SP brasileira, segundo Campos (2005) foi rebatizada de Saúde Coletiva. “Mais do que uma troca de nomes, houve redefinição de valores e do modo de se conhecer o processo saúde e doença” (CAMPOS, 2005, p.131).

“A saúde coletiva se opõe ao positivismo e (...) à saúde pública tradicional, constituída à imagem e semelhança da tecno-ciência e do modelo biomédico” (CARVALHO, 1996, p.110).

A partir da SC

(...) o estudo do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas a coletividade (as classes sociais e suas frações) e a distribuição demográfica da saúde e da doença. A ciência deixou de ser percebida como ‘neutra’ e a teoria passou a ser vista como um instrumento de luta política, com a realidade sanitária como seu objeto de estudo e intervenção política (ESCOREL, 2005, p. 64).

Apesar da inovação dos primeiros tempos, após 4 décadas de mobilização, alguns autores da própria SC apontam a necessidade de renovação de aportes críticos e teóricos. Tambellini (2003) questiona: “Não seria tempo de exercer sobre a SC um pensamento crítico e reflexivo com o rigor e a abertura que observamos no trabalho de Arouca?”. Nogueira (2003) provoca: “...já não estamos tão seguros de que, no Brasil, a Saúde Coletiva, como herdeira do legado da Medicina Social do século XIX, ainda sustente a validade desse tipo de contraste”.

Como os graduandos em SC e SP percebem as diferenças conceituais? Este trabalho pretende buscar possíveis respostas para essas e outras questões e refletir livremente sobre a dicotomia SC e SP.

Faz-se mais instigante explorar este tema ao observar que a Universidade de Brasília (UnB) e a Universidade de São Paulo (USP), utilizam os termos SC e SP, respectivamente, para nomear uma graduação na mesma área de atuação e no mesmo núcleo de saberes.

Tem como objetivo geral: Revelar o que pensam os discentes da UnB e da USP sobre o que é Saúde Pública e Saúde Coletiva e como objetivos específicos: Comparar os perfis dos cursos de Graduação em Saúde Pública da USP e de

Graduação em Saúde Coletiva na UnB; caracterizar o perfil dos discentes da UnB e da USP que participaram da pesquisa.

Este trabalho pretende ser um primeiro passo para investigações mais profundas sob a égide de quem entrou no campo da SC e da SP pela via da graduação, contribuir para o debate acadêmico e promover aproximação entre os discentes da UnB e da USP em torno da sua luta em comum pela reforma sanitária. Trata-se de um exercício de autoconhecimento e indiretamente pode servir de feedback para professores e organizadores do curso de graduação.

3 UM PEQUENO HISTÓRICO

A SP surgiu junto com as cidades e se caracteriza pela ordem social que se impõe sobre o comportamento individual para evitar epidemias, tais como fornecimento de água potável, criação de redes de escoamento de dejetos, inspeções sanitárias, definição de regras de conduta para os enfermos, destino dado aos corpos dos que morrem, o controle dos portos e viajantes. Esse modelo de saúde segue sem grandes alterações até o surgimento do capitalismo, das grandes aglomerações urbanas e consequentes aumento de mortes por doenças contagiosas. (ROSEN, 1994)

Para minimizar as mazelas da complexidade da vida urbana de um lado, e de outro garantir a existência de um exército e de mão de obra para o trabalho fabril, no final do Séc. XVIII aparece a Medicina Social na Alemanha, França e Inglaterra (Foucault, 1984). Eram, em sua essência, modelos institucionalizados de medidas sociais relacionadas à saúde, além das funções até então praticadas pela SP estendendo suas ações para a desinfecção urbana, cuidado médico com a população mais pobre e com os trabalhadores, normatização para habitações e centros comerciais, controle da higiene em locais de aglomerados de pessoas, cuidado com a organização e conforto das cidades dando ao aspecto social da vida mais harmonia e conforto. Os médicos eram os principais gestores da saúde e a Medicina Social buscava, como princípio, uma saúde urbana (ROSEN, 1994).

Ao lado das condições objetivas de existência, o desenvolvimento teórico das ciências sociais permitiu, no final

do século XVIII, a elaboração de uma teoria social da Medicina. O ambiente, origem de todas as causas de doença, deixa, momentaneamente, de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas. (GUTTIERREZ, 2001: 20, apud BATISTELLA, 20??).

De acordo com Rosen (1994), havia mais outros males trazidos pelo modo de produção capitalista, doenças do trabalho, envenenamentos, acidentes, doenças carenciais, pobreza, demência e desnutrição. Alguns padrões reconheceram o interesse para a indústria da saúde dos empregados e contrataram médicos para cuidar da saúde dos acidentados e devolver o mais rápido possível ao trabalho.

Da Medicina Social passou-se para a 'Higiene Pública' enquanto ação estatal dominante da saúde pública. Tinha poder de polícia, fixadora de regras e ordenadora de comportamentos para as populações pobres. (ROSEN, 1994).

Segundo Larocca e Marque (2005), no final do século XVIII, início do século XIX aparece o conceito de higiene, entendido como "a arte de conservar a vida", inspirado no liberalismo que afirmava as responsabilidades individuais e explicava a saúde ao modo cartesiano de ver a vida.

A higiene coloca seu discurso em um espaço constituído por um sistema de eixos em que no vertical corre o processo cronológico do desenvolvimento humano com suas características particulares, é o indivíduo em movimento na dinâmica dos seus caracteres psicobiológicos. No eixo horizontal, está o conjunto de atividades desenvolvidas por este indivíduo como uma totalidade que trabalha, alimenta reproduz e diverte-se em um dado ambiente. Para cada ponto deste espaço, que caracteriza um indivíduo no conjunto de sua vida, a Higiene possui normas, recomendações e medidas que, se aplicadas fariam com que este indivíduo se mantivesse em estado de saúde até a morte natural. (LAROCCA e MARQUE, 2005, p.4).

No plano internacional, o desenvolvimento do conhecimento científico da 'velha medicina' marcou o fim da era da Higiene. A medicina se subdividiu em especializações, compartimentalizou e isolou a higiene nas escolas médicas, terminando pela segregação. O discurso da Higiene dirigia-se a todos os indivíduos, mas não se enquadrou na nova realidade dos profissionais da saúde, assim foi absorvida pelo Estado como Saúde Pública (ROSEN, 1994).

No Brasil os reflexos das mudanças internacionais aconteceram um pouco

tardias, e a saúde tratada como caso de polícia e as epidemias combatidas com estratégias militares seguiu por meio século XX adentro e até hoje encontramos resquícios de seus modos de atuação, como nas campanhas de vacinação.

Conforme Arouca (2003), na década de 1920, nos EUA, a forte pressão social pela ampliação de serviços públicos de saúde foi contraditada e vencida pelas corporações médicas no Congresso Americano, propondo como contrapartida rever os currículos dos cursos de medicina. Os novos médicos deveriam atuar na prevenção, educando a população a um modo de viver que evite doenças e assim crie um círculo virtuoso, uma espiral ascendente de melhor nutrição, moradia, renda, educação e cuidado médico. A Medicina Preventiva nasceu como uma reação da medicina para não ser “estatizada”.

O modelo de Medicina Preventiva foi propagado na América Latina em grandes conferências, marcadas pela divulgação de um desenho pronto assentado em três pilares: relevância da prática médica na estrutura social, promessa de melhoria no campo da saúde e instrumentação teórica e prática. (AROUCA, 2003).

Arouca (2003), em sua tese de doutorado, apontou o dilema da Medicina Preventiva que consistia em pretender redefinir as responsabilidades do médico, mantendo a natureza do seu trabalho; ampliar o seu espaço social, mantendo a organização hospitalar e de consultório privados; desenvolver uma preocupação social, mantendo o exercício médico como uma atividade de troca; diminuir o custo da atenção médica, mantendo o processo de medicalização e de tecnificação do cuidado; melhorar as condições de vida das populações, mantendo a estrutura social.

Percebe-se a importância da ideologia por trás do discurso, desmascara a tese positivista. Segue-se a articulação da produção acadêmica com movimentos sociais e propostas de democratizar a saúde e redefinir as perspectivas da medicina preventiva e social como SC.

3.1 Resumo nada neutro

Enfim, num resumo nada neutro, pois “em situações de opressão, a neutralidade significa tomar o lado do opressor” (TUTU, Bispo, 2015) o conceito de saúde se apresenta como resultado de um processo histórico onde se foram construindo as bases de uma estrutura social iníqua. A saúde esteve sob o poder do

misticismo e da religião, por vezes utilizadas como instrumento de controle, como exemplo “a doença causada pelo pecado” (Scliar, 2007). As ações sanitárias e de cuidado de saúde foram abordadas pelo poder público quando o interesse das classes dominantes foi afetado. Assim, a Medicina Social partiu do reconhecimento da saúde como produto das relações sociais (Foucault, 1984), mas foi utilizada para garantir a existência de um exército que proteja o Estado, cuidou dos pobres para evitar o adoecimento dos ricos e dos trabalhadores para prover a existência de mão de obra. A par disso foi gestada uma estrutura de serviços médicos fundada no positivismo. A Era bacteriológica trouxe luz sobre as causas do adoecimento, descobriram-se as vacinas, a questão saúde se internacionalizou (Rosen, 1994) e o mundo assistiu à transição epidemiológica. O conceito de Saúde adotado pela OMS surgiu como um objetivo para as nações em busca do estado de bem-estar social (Scliar, 2007). Mas, as estruturas de reprodução da saúde continuaram cínicas, ignorando os determinantes sociais no processo saúde doença.

Ressalte-se a contribuição da medicina social, que não logrou êxito e continuidade na luta política, no entanto gerou aporte teórico conceitual para os movimentos subsequentes (Paim e Almeida Filho, 1998), inclusive o movimento pela SC.

No Brasil, sob contexto da luta pela redemocratização do país, foi gestado um arcabouço teórico conceitual intitulado SC com visão da atuação em saúde vinculada à intervenção política (Campos, 2005), “a ciência deixou de ser percebida como ‘neutra’” (Escorel, 1998), o que resultou em uma proposta de reforma sanitária. Essa proposta amadurecida ao longo de 2 décadas de discussões, conseguiu ser inserida no texto constitucional de 1988 e foi concretizada com a criação do SUS em 1990.

Hoje, passados 26 anos de implantação do SUS, ainda estamos debruçados em sobre dilemas conceituais.

Carvalho (1996) identifica 3 padrões de atuação na saúde pública que se sucederam cronologicamente, mas que ainda convivem.

A saúde pública moderna, hoje considerada tradicional, nasce sob a égide do pensamento positivo, lidando com a "objetividade" dos modelos de explicação do processo saúde-doença. ... O homem era o objeto de uma ação sanitária que não

tinha sujeitos, mas agentes técnicos portadores de um conhecimento técnico positivo, tornado norma sanitária a ser seguida por todos. ... soberana na sua positividade e na sua autoridade técnica, a saúde pública submetia tudo e todos às suas prescrições (CARVALHO, 1996, p.110).

A saúde coletiva representa a incorporação do social aos cânones do pensamento sanitário ... como "variável" influente na distribuição de riscos e agravos entre as pessoas ... diferencial de riscos sanitários, associando-os à fragilidade e aos riscos sociais. No plano das práticas, ... a saúde pública, rebatizada como saúde coletiva, consagra sua inserção definitiva no plano das políticas sociais. Aproxima-se das ideias de cidadania e de democracia, consolidando seus compromissos com a universalidade e a equidade, e ganha em dimensão política, incorporando a seu arsenal de práticas terapêuticas a ação social ou política. (CARVALHO, 1996, p.111)

Observamos que a SC é uma nova dimensão para a SP ao incorporar a subjetividade social e a ação política, inclusive rebatizando-a com um novo nome com o objetivo de distingui-la da SP moderna ou tradicional.

“Mais do que buscar definições formais, importa reconhecer que uma teoria e seus conceitos têm implicações, ainda que não absolutas, sobre as práticas sociais” (CAMPOS, 2000, p.220).

3.2 Desafios para a Saúde Coletiva ou Nova Saúde Pública

A velha saúde pública é fundada no modelo biomédico que vê o corpo como uma máquina e na relação médico paciente privilegia a doença e não o paciente, esquecendo-se das dimensões humanas, sociais e psicológicas. Funda-se também no positivismo que tem a realidade como um dado pronto e acabado, tudo é explicado em termos de conhecimento científico, racional. Uma variante do positivismo é o funcionalismo (Minayo, 2004), onde a sociedade está estruturada de forma coerente e cada indivíduo tem uma função específica.

Consequências desses pressupostos aparecem em toda a organização e nas ações da saúde pública. Desde a arquitetura dos hospitais e centros de saúde à formação dos profissionais, passando pelas políticas públicas em saúde,

desembocando nas ações de promoção, prevenção e cuidado deslocadas das necessidades sociais.

Entre a velha SP e a SC ou Nova Saúde Pública, não basta haver uma troca de nomes, é necessário renovar a prática e apresentar a novidade. A novidade está também nos novos valores integrados ao campo da saúde, em oposição ao modelo biomédico e positivista, como Humanidade e Acolhimento, ciência 'não neutra', agregando as ciências sociais, e recebendo contribuições das demais ciências, além dos demais valores expressos na legislação (universalidade, equidade e integralidade, dentre outros).

A SC, ou Nova Saúde Pública, agora é um novo campo científico, não limitado e não circunscrito, mas aberto à incorporação de novas práticas que atendam seus valores fundamentais.

A SC ainda tem seus dilemas, principalmente sobre uma agenda a ser seguida considerando que o objeto da Saúde Coletiva não é obediente às previsões, seu processo é não linear e são imprecisos seus limites. Nesse sentido “a saúde coletiva enquanto âmbito de práticas se constituirá em um permanente processo de autocriação, balizada primordialmente pelos seus efeitos concretos sobre a realidade de saúde.” (Paim e Almeida Filho, 1998, p.312)

Apresenta-se a seguir um recorte de pauta de ações que representa um agir estratégico nos esforços multidisciplinares e multisetoriais em torno da Saúde Coletiva.

Qualificar o conjunto de necessidades sociais em saúde ... a saúde como “meta a ser conquistada”. Pensar ... o trabalho propriamente dito para atender tais necessidades; novas relações ... no campo social da saúde ... distritalização e municipalização, educação e comunicação social, grupos de pressão, organizações não governamentais, produtores culturais ... desenvolvimento dos seus instrumentos de trabalho ... novas relações internas ao campo da saúde ... educação permanente ou continuada em saúde coletiva ... Criação de espaços institucionais ... para a constituição de novos sujeitos sociais no interior dos próprios serviços de saúde. Nos níveis político e sociocultural ... formas de organização dos sujeitos sociais não redutíveis a partidos e sindicatos (embora sem descartá-los) ... (Paim e Almeida Filho, 1998, p.313)

A esta pauta, atual passados 18 anos de sua elaboração, acrescenta-se a busca por fontes de financiamento, diante, de um lado dos crescentes custos dados

pela incorporação de novas tecnologias, judicialização e envelhecimento da população, e de outro lado pelo iminente congelamento do orçamento da Saúde, por 20 anos, em debate no Congresso Nacional.

Considerando que SC não se fecha em si mesma, não é limitada nem circunscrita, e não se coloca como panaceia que apresenta solução pronta para todos os problemas, cabe sempre aos atores, sejam gestores ou profissionais da área, professores, pesquisadores ou alunos, cabe a cada um perguntar-se “ Que saúde é essa, que buscamos? ”

3.3 Disciplina História e Paradigmas da Saúde Coletiva

A formação dos novos profissionais e dentro da formação o entrar em contato com aspectos históricos do campo da saúde bem como dos paradigmas com os quais convive é um dos elementos que fundamentam a busca por um ideal de saúde.

Nunes (2011), traz um relato da criação da disciplina História e Paradigmas da Saúde Coletiva, a princípio criada para cursos de pós-graduação que tem como objetivo

Apresentar as dimensões históricas, sociais e discursivas que implicaram o surgimento, desenvolvimento e transformação do campo da Saúde e dos paradigmas em seu interior. ... a formação da Medicina no contexto discursivo da racionalidade científica moderna e a incorporação da dimensão social à mesma, que possibilitou a construção de práticas como a Saúde Pública, a Medicina social e a Saúde Coletiva. ... as transformações discursivas e temáticas no mundo contemporâneo, que afetam a produção de conhecimento e práticas no campo da saúde. ... especificidade da organização institucional das políticas de saúde no Brasil a partir da República ...

Conforme o relato de Nunes (2011) a experiência com a disciplina também foi realizada na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP) com esse formato de 1994 a 2006.

Em pesquisa no site de busca WWW.GOOGLE.COM, com as palavras “disciplina história da saúde coletiva” mais a sigla de diversas universidades federais, retornou zero resultados, enfim nenhuma universidade federal oferece essa disciplina.

Pode ser o caso de incluir essa disciplina nos cursos de SC SP para reforçar este conhecimento na formação dos graduandos.

3.4 Contexto da implantação dos cursos de graduação em SC no Brasil.

Após a redemocratização, em plena luta pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), em 1983, no seio da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), aconteceram as primeiras discussões sobre o ensino da SC na graduação no Brasil. Ainda não era a intenção de uma graduação em SC, mas ressaltava a importância de investimento nessa formação profissional para a proposta da RSB, onde se recomendou criar um “Núcleo de Graduação” na ABRASCO (BOSI e PAIM, 2010).

Em setembro de 2002 acontece o I Seminário e Oficina de Trabalho “Graduação em Saúde Coletiva: pertinência e possibilidades”, organizado pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde foi reconhecida a viabilidade, pertinência e necessidade de um curso de SC em nível de graduação. (Bosi e Paim, 2010). Em 2003, uma segunda oficina, organizada pela UnB pleiteava “É tempo de termos uma graduação em Saúde Coletiva?”, que conseguiu incluir este tema na programação oficial do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no ano seguinte. (BOSI e PAIM, 2010, p.2031).

Após esses seminários os argumentos opositores e defensores da proposta se sucederam. Os contras diziam

“O SUS não precisa de mais uma categoria profissional, mas de médicos, enfermeiras e demais profissionais com novo perfil, novas competências e novos compromissos técnicos e políticos. (BOSI e PAIM, 2010, p.2031)

Os a favor argumentavam:

“Não se justifica esperar o tempo requerido para a graduação nos diversos cursos da área da saúde, para depois capacitar os profissionais em Saúde Coletiva.... O SUS tem pressa para reorientar o modelo assistencial dominante” (BOSI e PAIM, 2010, p.2031)

Em 2007 o lançamento do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), criou possibilidades institucionais e orçamentárias para a implantação da Graduação em SC e em 2009 o ISC UFBA lança em 2009 o 1º Curso de Graduação em SC (CGSC) no campus de Salvador (UFBA, 20??).

O perfil do bacharel em SC, segundo Bosi e Paim (2010, p.2035) é:

... profissionais orientados por uma concepção interdisciplinar que conjugue elementos do modelo biomédico com conhecimentos oriundos do domínio das ciências humanas e sociais, deslocando-se de uma preocupação eminentemente individual para uma atuação na esfera coletivo/populacional.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, que como destaca Minayo (2014), se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

O universo de pesquisa foi composto por discentes nos cursos de graduação em SC no Campus Darcy Ribeiro na UnB e em SP na USP. A UnB foi escolhida por ser a única que apresenta dois cursos de Graduação em SC, um na Faculdade de Ciências da Saúde no Campus Darcy Ribeiro e outro na Faculdade de Ceilândia no campus Ceilândia. A USP foi escolhida por ter adotado a nomenclatura de SP para uma graduação equivalente à SC. As informações disponíveis sobre os cursos nos sites das instituições. A pesquisa se materializou com a análise documental e leitura em profundidade a partir de entrevistas semiestruturadas, mediadas pela internet do Roteiro Estruturado de Entrevistas (Apêndice 1), gerado com auxílio do aplicativo “Google Forms” e encaminhado via e-mail para discentes de SC na UnB e discentes de SP na USP.

4.1 Técnica de Coleta.

A estratégia para obter acesso aos discentes da USP foi fazer contato com os alunos que administram a página de facebook da FSP USP¹. Foram apresentadas a pesquisa e as intenções do pesquisador e os administradores da página se prontificaram a encaminhar o link para o formulário de pesquisa no *Google Forms* a todos os alunos de SP da FS USP. Assim, o link para o formulário foi encaminhado a

¹ <https://www.facebook.com/USPSaude/?fref=ts>

uma aluna, administradora da página da Graduação em SP da FS USP, que reencaminhou a toda a lista de alunos daquela graduação. Em 2 dias foi obtido apenas 1 questionário respondido. Com objetivo de aumentar a quantidade de formulários respondidos, foi feito contato com este aluno respondente, que gentilmente repassou sua lista de contatos da graduação em SP, para contato via e-mail de forma personalizada. A nosso pedido a administradora da página da FSP no facebook e reenviou a toda a lista de acadêmicos SP. Dessa forma obteve-se 10 formulários respondidos. Considerada a qualidade das respostas, a distribuição de respondentes entre faixas etárias e posição no curso, não havendo concentração em nenhum item, entendeu-se ser suficiente como amostra qualitativa conceitual para o escopo deste trabalho.

A estratégia utilizada para acesso aos discentes de SC na UnB consistiu em contatar individualmente cada discente que estivesse “on line” no facebook, aos que aceitaram foi encaminhado, via e-mail, o formulário. Os discentes pediam um prazo para resposta, normalmente diziam que responderiam no fim de semana. Foi necessário acompanhar as respostas e fazer novo contato para que respondessem. Além disso, com anuência dos professores titulares, foram visitadas presencialmente duas salas de aula, apresentamos o formulário e a proposta de pesquisa. Nas questões impressas em papel foi deixado bastante espaço para escrever, não houve limitação de tempo, assim se reproduziu as mesmas condições de quem respondeu no formulário “on line” no *Google Forms*. Foram obtidos 32 formulários respondidos no âmbito da UnB.

4.2 Técnica de Análise dos Resultados.

Para a análise dos resultados feita leitura em profundidade. Na primeira leitura estabelecemos categorias de análise a partir da questão respondida. Na segunda leitura reunimos os posicionamentos de acordo com as categorias selecionadas. Na terceira leitura pinçamos de cada categoria os termos ou conceitos utilizados. Reunimos as categorias e termos selecionados nas tabelas demonstrativas ao longo do texto. Como um adendo, a técnica de nuvem de palavras com o aplicativo wordle.net para formar nuvens com as 50 palavras mais utilizadas nos posicionamentos a partir da segunda leitura. As palavras aparecem em tamanho proporcional à quantidade de vezes citada, mostrando a relevância de determinado

conceito pela sua repetição.

4.3 Aspectos Éticos

Foi inserido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no cabeçalho dos formulários, vide Apêndice I e Apêndice II.

A presente pesquisa não passou pelo Comitê de Ética da UnB.

5 RESULTADOS

5.1 Os cursos de graduação em SC na UnB e SP na USP

Na UnB, o curso de graduação em SC é oferecido em duas faculdades. Um na Faculdade de Ceilândia, Campus Ceilândia, o 1º a ser implantado, 1ª turma iniciou no 2º semestre de 2008. Outro na Faculdade da Saúde (FS) no campus Darcy Ribeiro, 1ª turma no primeiro semestre de 2010. Para esta pesquisa foi escolhida a FS, campus Darcy Ribeiro por conveniência do pesquisador, para aumentar o conhecimento sobre o próprio curso e contexto onde está inserido e pela proximidade física para acesso aos discentes, objeto da pesquisa.

A FS oferece em SC, graduação, mestrado profissional, mestrado acadêmico, doutorado e pós-doutorado. A primeira turma de graduação em SC entrou no 1º semestre de 2010, no período noturno, são oferecidas 40 vagas semestrais, a duração do curso varia do mínimo de 8 ao máximo de 12 semestres, sendo o ideal a duração de 9 semestres, os egressos são titulados de bacharéis em SC, a carga horaria total é de 2395 horas aula, totalizando 215 créditos, para os alunos que se matricularam até 2016 foram exigidas 300 horas de estágio em serviço, a partir de 2017 serão exigidas 600 horas de estágio em serviço.

O perfil do curso divulgado no site da FS UnB indica:

O objetivo do Curso é formar um profissional com competências e habilidades para participar ativamente da formulação e implementação de políticas públicas “saudáveis” de caráter intersetorial e da realização de ações na prática dos sistemas e serviços de saúde, mobilizado pelas condições e modos de vida da população, numa perspectiva generalista, crítica e reflexiva, com senso de

responsabilidade social.

Na USP o curso de SP é oferecido pela Faculdade de SP (FSP), sendo semelhante ao de SC na UnB, difere apenas nos seguintes itens: teve início em 2012, são oferecidas 40 vagas anuais, período vespertino, a duração ideal de 8 semestres e para o estágio em serviço são exigidas 690 horas.

Perfil do curso divulgado no site da Faculdade de SP da USP indica que

O Bacharel em Saúde Pública deve possuir formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e ser capacitado a atuar pautado em princípios da ética no campo da Saúde Pública. Seu campo de atuação será o da dimensão coletiva da produção da saúde devendo desenvolver ações no campo da saúde ambiental, do controle das doenças e agravos, na promoção da saúde, no planejamento e na gestão de serviços, integrando conhecimentos existentes e produzindo novos conhecimentos, que resultem em melhora no estado de saúde da população e a redução nas desigualdades em saúde.

Deixamos de caracterizar a grade de disciplinas, pois somente o nome das disciplinas não contempla o conteúdo e vivências propostas, seria necessário também comparar as ementas das disciplinas, o que fugiria ao escopo deste trabalho.

Quadro 1 - Caracterização dos cursos de graduação em SC na FS UnB Campus Darcy Ribeiro e de SP na FSP USP.

Instituição	UnB	USP
Nome do curso	Saúde Coletiva – Campus Darcy Ribeiro	Saúde Pública
Posição no Organograma Institucional	Universidade de Brasília – UnB Vice-Reitorias Faculdade de Ciências da Saúde – FS Departamento de Saúde Coletiva – DSC Graduação em Saúde Coletiva	Universidade de São Paulo Vice-Reitorias Faculdade de Saúde Pública Graduação em Saúde Pública
Endereço	Campus Universitário Darcy Ribeiro Gleba A FM/FS Bloco C Térreo Norte 70.910-900 – Brasília – DF Tel: 61-31071951 / 31071952 coletiva@unb.br http://www.unb.br/fs ; http://fs.unb.br/dsc/graduacao/	Faculdade de Saúde Pública - USP Av. Dr. Arnaldo, 715 – São Paulo - SP - Brasil – CEP - 01246-904 fsp@usp.br
Início de atividades	1º semestre de 2010	Curso aprovado, em 2010 teve início em 2012.

Turno	Noturno	Vespertino
Quantidade de Vagas	40 por semestre	40 por ano
Duração	Mínimo de 8, ideal 9, e máximo de 12 semestres.	Mínimo de 8, ideal 8, máximo 12 semestres
Titulação dos egressos	Os egressos serão titulados bacharéis e designados Sanitaristas/Gestores Sanitaristas.	Os egressos serão receberão grau de Bacharel em Saúde Pública.
Perfil do Curso	O objetivo do Curso é formar um profissional com competências e habilidades para participar ativamente da formulação e implementação de políticas públicas “saudáveis” de caráter intersetorial e da realização de ações na prática dos sistemas e serviços de saúde, mobilizado pelas condições e modos de vida da população, numa perspectiva generalista, crítica e reflexiva, com senso de responsabilidade social.	O Bacharel em Saúde Pública deve possuir formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e ser capacitado a atuar pautado em princípios da ética no campo da Saúde Pública. Seu campo de atuação será o da dimensão coletiva da produção da saúde devendo desenvolver ações no campo da saúde ambiental, do controle das doenças e agravos, na promoção da saúde, no planejamento e na gestão de serviços, integrando conhecimentos existentes e produzindo novos conhecimentos, que resultem em melhora no estado de saúde da população e a redução nas desigualdades em saúde.
Investimento do discente	Gratuito	Gratuito
Forma de ingresso	Vestibular; Programa de Avaliação Seriada (PAS) Vestibular Indígena; SISU; Vagas remanescentes	Vestibular; SISU; Transferências voluntárias
Carga horária	Total de 3.225 horas aula Sábados letivos, das 08 às 13h	Total de 3.225 horas aula. Sábados letivos, das 8h às 13h
Estágio	300 horas, diurno ou noturno A partir de 2017 serão exigidas 600 horas	690 horas, diurno
Sites pesquisados	http://www.unb.br/fs http://fs.unb.br/dsc/graduacao/	http://www.fsp.usp.br/site/

Fonte: Elaboração do autor

Observamos que ambos os cursos se igualam por terem sido instituídos no mesmo contexto sócio político brasileiro, apresentam a mesma duração em horas aula e incluem na sua base de formação as características de “generalista, humanista, crítica, reflexiva e atuação na dimensão coletiva”. Se diferenciam no turno de estudo e na quantidade de horas de estágio em serviço: um é noturno, o outro diurno, um exige 300/600 horas de estágio e o outro exige 690 horas de estágio.

O Distrito Federal não possui tradição no atendimento básico à saúde no período noturno, assim o curso noturno na UnB tende a ter dificuldade na alocação de espaço para estágio noturno em serviço. Como vantagem ao público, o turno noturno abre espaço a estudantes que trabalham durante o dia, bem como pessoas em busca de uma segunda graduação.

5.2 Resultados da pesquisa: Diferenças e semelhanças entre Saúde Coletiva e Saúde Pública na percepção de discentes da Universidade de Brasília (UnB) e da Universidade de São Paulo (USP)

Na perspectiva da realidade vivida pelos graduandos as constatações a seguir colacionadas constituem um exercício de autoconhecimento.

A pesquisa envolveu discentes de SC no campus Darcy Ribeiro na UnB e de SP na USP, não no sentido de comparar UnB e USP, mas de juntar suas respostas formando um arcabouço único.

Participaram das entrevistas 42 discentes, 32 da UnB e 10 da USP (tabela 2), no geral houve igualdade de gênero: 21 masculinos e 21 femininos (tabela 3).

Tabela 1 – Distribuição por instituição de origem

Origem do respondente	Total	FR(%)
Discentes de Saúde Coletiva na UnB	32	76%
Discentes de Saúde Pública na USP	10	24%
Total	42	100%

Fonte: Elaboração do autor

Tabela 2- Distribuição por gênero.

	Discentes de Saúde Coletiva na UnB	Discentes de Saúde Pública na USP	FA
Masculino	15	6	21
Feminino	17	4	21
Total	32	10	42

Fonte: Elaboração do autor

Os respondentes se concentram 74% na faixa etária até 24 anos e 17% com 30 anos ou mais (tabela 4).

O tamanho da amostra não permite fazer generalizações sobre a distribuição das faixas etárias dos respondentes, no entanto deve-se considerar que o curso de SC na UnB, por ser noturno tende a atrair candidatos que trabalham durante o dia e profissionais em busca de uma 2ª graduação.

Tabela 3- Distribuição por faixa etária dos discentes de Saúde Coletiva e Saúde Pública que participaram da entrevista semiestruturada

Faixa etária	Discentes de Saúde Coletiva na UnB	Discentes de Saúde Pública na USP	Total	FR (%)
19 anos ou menos	13	1	14	33%
20 a 24 anos	11	6	17	40%
25 a 29 anos	2	2	4	10%
30 anos ou mais	6	1	7	17%
Total	32	10	42	100%

Fonte: Elaboração do autor

A distribuição dos respondentes por posição no curso apresenta um viés dado pelo carregamento de respondentes da UnB que estão no 1 ou 2 semestre, representando 50% da amostra UnB e 38% da amostra total. Nessa posição no curso há apenas 1 respondente da USP (tabela 5 e tabela 6).

Tabela 4- Distribuição por semestre ou posição no curso.

Posição	Discentes de Saúde Coletiva na UnB	FR(%)	Discentes de Saúde Pública na USP	FR(%)	FA	FR(%)
1 ou 2	16	50%	1	10%	17	40%
3 ou 4	4	13%	2	20%	6	14%
5 ou 6	2	6%	0	0%	2	5%
7 ou 8	1	3%	2	20%	3	7%
9 ou 10	4	13%	3	30%	7	17%
já concluiu o curso	5	16%	2	20%	7	17%
Total	32	100%	10	100%	42	100%

Fonte: Elaboração do autor

Tabela 5 - Distribuição por período ou semestre no curso, excluídos os discentes do 1º ou 2º período do curso.

Período ou semestre no curso	Discentes de Saúde Coletiva na UnB	FR(%)	Discentes de Saúde Pública na USP	FR(%)	FA	FR(%)
3 ou 4	4	25%	2	22%	6	14%
5 ou 6	2	13%	0	0%	2	5%
7 ou 8	1	6%	2	22%	3	7%
9 ou 10	4	25%	3	33%	7	17%
já concluiu o curso	5	31%	2	22%	7	17%
Total	16	100%	9	56%	25	100%

Elaboração do autor

Quantitativamente em relação à amostra, 62% dos respondentes afirmaram identificar diferenças entre SC e SP (tabela 7).

Esse percentual sobe para 72% quando são excluídos da amostragem os alunos posicionados nos 2 semestres iniciais do curso (tabela 8), possivelmente em função do tempo e da profundidade do contato com o campo da saúde.

Tabela 6 - Posição dos discentes se há ou não diferença entre Saúde Pública e Saúde Coletiva.

Categoria de análise	Discentes de Saúde Coletiva na UnB	FR(%)	Discentes de Saúde Pública na USP	FR(%)	Total	FR(%)
SIM	18	56%	8	80%	26	62%
NÃO	14	44%	2	20%	16	38%
Total	32	100%	10	100%	42	100%

Fonte: Elaboração do autor

Tabela 7 - Posição dos discentes se há ou não diferença entre Saúde Pública e Saúde Coletiva, excluídos os discentes de 1º ou 2º período

Categoria de análise	Discentes de Saúde Coletiva na UnB	FR(%)	Discentes de Saúde Pública na USP	FR(%)	Total	FR(%)
SIM	10	63%	8	89%	18	72%
NÃO	6	38%	1	11%	7	28%
Total	16	100%	9	100%	25	100%

Fonte: Elaboração do autor

5.3 Diferenças entre SC e SP na percepção dos discentes

Os conceitos utilizados para se posicionar sobre SP “história, direitos, estado, governo, controle, verticalização, diagnostico/tratamento” concentram-se no estatal, na autoridade sanitária, no positivismo e na tecno-ciência (Escorel, 2001, Carvalho, 1996). No entanto alertam para a atualização com os princípios da Reforma Sanitária e para a limitação da Saúde Pública enquanto “saúde não privada”.

Os discentes, ao se posicionarem sobre SC, trazem os conceitos da “dimensão social, do interdisciplinar, da participação, e da superação da visão pragmática e controladora” o foco é a dimensão social e o movimento sanitário, concordando com Escorel (2001) e Carvalho (1996).

Tabela 8 - Conceitos associados à Saúde Coletiva e Saúde Pública.

Categoria de análise	Conceitos utilizados para se posicionar
Saúde Coletiva	Campo, Multi e interdisciplinar, gestão, determinantes sociais, população total, ciências sociais, ciências humanas, humanização, integralização, participação, superação da visão pragmática e controladora, uso de métodos e técnicas da SP e movimento sanitário, público e particular.
Saúde Pública	Núcleo, direitos, verticalização, diagnostico/tratamento, novos contextos, gestão, epidemiologia, políticas, estado, governo, estatal, controle, história, princípios da reforma sanitária, abrangência e saúde não privada.

Fonte: Elaboração do autor

A nuvem das 50 palavras mais utilizadas no posicionamento SC destaca os termos “população, processo, sociais, pública, determinantes”, numa alusão clara ao conceito de saúde coletiva (Escorel, 2005, Carvalho, 1996). A nuvem que retrata os posicionamentos sobre SP, coloca em primeiro plano a palavra “controle”, que é uma das dimensões mais fortes da função estatal na SP (Carvalho, 1996).

Tabela 9 - Nuvem das 50 Palavras mais utilizadas ao se posicionar sobre os conceitos de saúde coletiva e saúde pública

Categoria de Análise	Nuvem das 50 Palavras mais utilizadas
----------------------	---------------------------------------

inerentes à graduação e segundo, remete à necessidade de revisitar a prática educacional que possam estar levando a um não reconhecimento da formação do sanitarista como peça primordial desses cursos de graduação.

Tabela 10 - Posicionamento sobre a titulação de sanitarista.

Grupo	Categoria de Análise	%	Conceitos utilizados
A	Favorável a ambos os formados em Saúde Coletiva e Saúde Pública	74%	mesmo curso, mesmo foco, mesma perspectiva, mesmo propósito, mesma área, ambos prezarem o viés da saúde, ambos voltados para o SUS, ambos abordam questões essenciais para o sanitarista, porque igual denominação traz unidade à categoria profissional e reconhecimento social e político
B	Favorável somente formados em Saúde Pública	5%	sanitarista é especialista apenas em SP; tem formação voltada para diversas áreas; podem atuar em outras políticas de Estado
D	Favorável somente a formados em Saúde Coletiva	5%	não apresenta justificativas.
E	Não favorável ao uso do termo sanitarista.	14%	porque possuem eixos diferentes; sanitarista ... são todos os profissionais de saúde que possuem vínculo com o SUS e se sentem atores neste processo; cada curso deve ser chamado ou SP ou SC

Fonte: Elaboração do autor

5.5 Na prática profissional, ter sido formado em SP ou em SC, fará diferença no serviço entregue à população?

Ao avaliar essa questão os respondentes se obrigam a comparar o próprio curso com o da outra instituição. Qual das graduações está mais alinhada com os princípios da RSB? Podem influenciar a resposta características subjetivas do respondente como vaidade, orgulho e até a visão de mundo de outros colegas ou professores de quem recebem influência. Será natural “torcer” para a instituição a que se está vinculado.

As respostas a essa questão reforçam mais uma vez o sentimento de grupo que se forma entre os graduandos, ainda que em instituições distintas, em unidades da federação distintas, até distantes, em realidades urbanas diferentes. Tanto o “não” quanto o “sim” se mostram com as mesmas justificativas, os cursos são similares, a

formação é similar, o que faz a diferença é o interesse do discente. Vale destacar o comentário “*diferença sim, mas não valorizando uma em detrimento da outra*”, que equivale a uma súplica para que se evite criar contradições entre os dois grupos.

O grupo B que “torce” para a SC, se espelha nos princípios conceituais da SC ao tempo em que ainda considera o imaginário da SP tradicional.

Os grupos B e C, somados, correspondem a 43% da amostra e ao responderem “sim” mostram que a força da nomenclatura dos cursos não pode ser desprezada.

Os grupos A e B estão bem distribuídos relativamente à amostra entre USP e UnB.

O Grupo C é inteiramente UnB, sendo 40% discentes até o 2º semestre e 60 dos demais semestres.

A questão principal aqui é se os discentes das duas instituições estão competindo entre si e até que ponto, ao pensar na defesa da saúde, essa competição se reflete. As afirmações utilizadas pelos três grupos de respostas são de caráter amoroso. Remetem à comparação das grades curriculares (situação que foge ao objeto deste trabalho) e ao interesse e esforço individual do futuro sanitário.

Tabela 11 - Na prática profissional, ter sido formado em SP ou em SC, fará diferença no serviço entregue à população?

Grupo	Categoria de Análise	FR(%)	Justificativa
A	respondem “não faz diferença”	40%	<i>os dois cursos com mesmo enfoque; mesmos estudiosos, mesmas bases; seria se a SC tivesse formação mais adequada para empreendedorismo e gestão de centros de saúde (hospitalares) particulares; mesmo objetivo; ensinados da mesma forma; não havendo diferença na graduação; mesmo curso; os dois podem desempenhar com êxito a missão; o que faz diferença são os nomes; sem diferenças significativas; encontraremos diferenças, mas nada que seja anormal, que fuja da visão em comum; o escopo curricular talvez seja o maior determinante de atuação; a formação depende do aluno e dos caminhos que fez.</i>

B	respondem “sim, faz diferença”	19%	<p><i>Desde que haja mais oportunidades; haja valorização tanto no público e no privado; o que interfere é o interesse do discente; as universidades têm formações diferentes; olhar a proposta da grade curricular; um promove a saúde o outro cuida; cada qual com seu eixo de formação, estratégias e técnicas podem ser diferentes; nossa formação faz toda a diferença, principalmente por termos uma formação voltada para o SUS, o nosso olhar somado ao olhar dos outros profissionais; o modo como vejo a saúde determina como lido com as questões e soluções; diferença sim, mas não valorizando uma em detrimento da outra.</i></p>
C	respondem “sim” e “torcem” para a SC	24%	<p><i>Oferecem focos diferentes; abordagem mais abrangente (independente de público ou privada); abordagens menos reativas que extrapolem os muros das instituições; formação multi interdisciplinar; mais aptidão para tomadas de decisões; embasamento em ciências sociais; entendimento das dinâmicas e diferenças entre as pessoas sem se preocupar necessariamente com o estatal; elaborar políticas públicas; processo histórico e cultural; SC mais preparado; capacidade de articulação interdisciplinar; olhar humanizado.</i></p>

Fonte: Elaboração do autor

5.6 SP e SC carregam em si afinidades com ideologias políticas de Direita ou Esquerda?

Com relação a afinidade ideológica 50% da amostra entendeu que para SC ou SP há clara afinidade com ideologias políticas de esquerda. Associam “esquerda” com “o que é social, participação popular, ajudar o máximo de pessoas, coletivo, carentes e visão de vida”. Ressalte-se não falam de partidos e até pedem “*que não seja defendido um partido x ou y*”. Afirmam um escopo de esquerda, uma agenda de esquerda, uma atuação de esquerda, mas não político partidária.

Apenas 3 respondentes associaram SP com a ideologia de Direita “*a partir da construção histórica da SP*”.

Os conceitos utilizados para associar com ideologia de esquerda são basicamente os mesmos usados ao se posicionarem sobre o conceito de SC:

dimensão social; participação popular; atuação voltada para o povo menos favorecido; ponto de vista histórico; construção dos modelos de saúde ... possui uma posição voltada ao direito a saúde ... o que leva a uma ideologia política de esquerda;

esquerda, pois a intenção é ajudar o máximo de pessoas; de uma forma que não seja defendido um partido x ou y; abrangência do coletivo; dos carentes; visão de vida.

As respostas encontradas fazem ressonância com a agenda de ações para a Saúde Coletiva/Nova Saúde Pública expressa por Paim e Almeida Filho (1998), “constituição de novos sujeitos sociais no interior dos próprios serviços de saúde. Nos níveis político e sociocultural ... formas de organização dos sujeitos sociais não redutíveis a partidos e sindicatos (embora sem descartá-los) ”

5.7 A defesa de bandeiras ideológicas no campo da saúde, ajuda ou atrapalha?

Essa questão trata do ativismo político no campo da saúde, uma das premissas da SC. Dentre os princípios da SC “a ciência deixou de ser percebida como ‘neutra’ e a teoria passou a ser vista como um instrumento de luta política, com a realidade sanitária como seu objeto de estudo e intervenção política”. Assumem essa posição prontamente 40% dos entrevistados, enquanto que outros 38% apontam as armadilhas a que o ativismo pode cair fazendo ressalvas ao que seria uma atuação ideológica cega.

Este ponto é nevrálgico para o campo da saúde. É nele que se diferencia, desmonta a retórica e busca-se a prática. A defesa ideológica não é uma unanimidade, o próprio campo se divide. Nesse aspecto destacamos um comentário simbólico: “acredito que seja algo bem difícil de se fazer (*manter bandeiras ideológicas fora*) pois necessita a coragem de apontar as vantagens de sistemas do qual a opinião pessoal não suporta ou apoia”;

O Grupo “C”, apesar de não ter se posicionado quanto a “ajuda” ou “atrapalha”, fez justificativas que indicam criticidade em relação ao tema.

Juntos grupo A e grupo C representam 60% de respondentes que mostram um ceticismo em relação ao ativismo político, em mais uma questão que remete a um estudo com uma amostra mais representativa e um revisitar da prática educacional, no sentido de confirmar se estão presentes, com a clareza necessária, os elementos

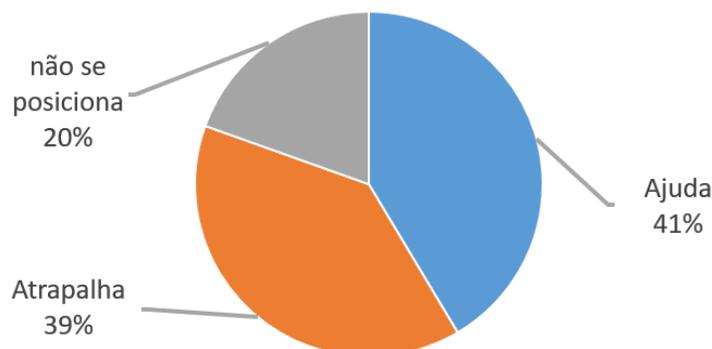
que fundam a SC e a Nova Saúde Pública.

Tabela 12 - A defesa de bandeiras ideológicas no campo da saúde, ajuda ou atrapalha?

Grupo	Categoria de Análise	%	Justificativa
A	AJUDA	40%	<i>O coletivo tem que estar organizado, ter os mesmo ideais; defesa do SUS; não fosse pela ideologia não existiria o SUS; ainda mais agora que querem a privatização; somente se for defendido benefício para a população; expande horizontes; contribui para integrar; o Brasil tem muitas desigualdades e injustiças; desde que o indivíduo tenha autonomia para aceitar ou recusar; lutas diárias, ideais a perseguir; ponderar até onde vai o limite; não atrapalhar a luta coletiva; algumas bandeiras são visíveis, outras não; a saúde nunca foi neutra; ajuda pois não nos tiram a utopia; são importantes para formar uma identidade ou identidades; o jogo de tensionamento político traz ricas contribuições à construção do sistema de saúde</i>
B	ATRAPALHA	38%	<i>segrega grupos sociais, demoniza o liberalismo e sacraliza o estado de bem estar social; política de estado e não política de governo; bandeiras ideológicas devem ser mantidas fora de sala de aula; não devem ser coercitivas; tratar com a sociedade é tratar com vários tipos de ideologias; atrapalha o profissionalismo, ajuda no preconceito; profissional deve ser independente de ideologias; questões antigas, menosprezo a negros e preconceitos; beneficia apenas uma parte; radicalismo cego; deve ser aberto a questionamentos; ocultamento de singularidades, minorias.</i>
C	NÃO SE POSICIONARAM	22%	<i>Bloqueia pensamentos e novas ideias, acredito que seja algo bem difícil de se fazer (manter bandeiras ideológicas fora) pois necessita a coragem de apontar as vantagens de sistemas do qual a opinião pessoal não suporta ou apoia"; o sanitário como um profissional de SP, sua bandeira ideológica sempre deverá ser o direito a saúde; ideias mais sociais acabam chamando mais a atenção, o importante é transformar essas ideias em ações; ambas as "ideologias", atualmente estão caminhando na mesma direção e lutando pela mesma causa, sejam elas diferentes ou não.</i>

Fonte: Elaboração do autor

Gráfico 1 - A defesa de bandeiras ideológicas no campo da saúde, ajuda ou atrapalha?



Fonte: Elaboração do autor.

5.8 O que pretende fazer com a formação em SC ou SP, como pretende atuar profissionalmente?

Essa questão remete ao engajamento com o campo da saúde, à dimensão prática das oportunidades profissionais a partir da graduação. Uma maioria qualificada (mais de 2 terços) pretende continuar na área. Consegue identificar e perceber oportunidades profissionais. Pelas justificativas apresentadas depreende-se que não há concentração de temas de interesse, os atuais discentes ao buscarem seu espaço profissional estarão se espalhando por toda o campo da saúde.

Os grupos “B” e “C” manifestaram estar em dúvida ou desejo de sair da área. Somados correspondem a ¼ da amostra. Dentro deste grupo 40% estão no semestre 1 ou 2 e 40% estão a partir do 9º semestre ou já concluíram o curso.

A graduação em SC e SP são recentes e estão se formando as primeiras turmas se formaram a partir de 2015, ainda não houve tempo para este grupo se encontrar profissionalmente e essa informação retornar aos grupos que estão no processo formativo. As graduações em SC e SP ainda lutam por reconhecimento nos editais de concurso público. Dessa forma compreende-se que uma parcela significativa esteja no dilema seguir ou não uma carreira na área.

Tabela 13 - O que você pretende fazer com a formação em SC ou SP, como pretende atuar profissionalmente?

Grupo	Categoria de Análise	%	Justificativa
A	Seguir carreira na área	71%	atuar no serviço; concurso; pesquisador; gestão do SUS; gerir centros particulares; sanitaria; colaborar com políticas públicas; vigilância em Saúde; ANVISA; transgênicos; gestor de hospitais; rede pública ou privada; produção de conhecimento; saúde para minorias; epidemiologia e estatísticas vitais; vigilância epidemiológica; questões socioambientais e sua relação com a saúde”
B	Em dúvida	14%	“estar completamente perdida, no escuro em relação ao caminho a seguir; carreira em construção ainda; não tem certeza; não sabe; primeiramente arrumar um emprego; ainda inconsistente; a oportunidade de emprego para sanitaria são escassas”.

C	Quer sair da área	12%	<i>fez o curso por curiosidade; quer transferir de curso; quer arranjar formas de unir à psicologia; pretende atuar em outra área; A formação em SP na USP, para além de uma formação em saúde, nos permite abrir os olhos para outras áreas e dialogar com outros campos e profissionais, como meio ambiente, planejamento urbano, educação etc, sem um olhar necessariamente sanitário sobre estas áreas.</i>
---	-------------------	-----	---

Fonte: Elaboração do autor.

5.9 Outros comentários

Foi deixado espaço para que os respondentes pudessem mais adicionar algum significado às questões anteriores ou comunicar alguma outra dimensão sobre o tema. Dentre os 42 respondentes, 12 deixaram comentários, demonstrando interesse pelo tema em aspectos diversos: atuação profissional; sugestão para a coordenação do curso; conceitos de SP e SC; desejo de conhecer o TCC e debate SC x SP,

Dentre todos os comentários destacamos uma explicação para o nome Saúde Pública na graduação: *“o nome do curso na USP é Saúde Pública porque a faculdade se chama Saúde Pública, né? Muitos achavam que não faria sentido um nome diferente.”*

No plano teórico, os padrões de atuação em saúde se sucederam no tempo e ainda convivem. Um dos padrões é a Saúde Pública tradicional, fundada nos valores positivistas, se impõem como função do estado e da autoridade sanitária. A saúde pública tradicional encontra-se superada, foi substituída pelo novo padrão. A Saúde Coletiva parte da crítica ao positivismo e propõem a incorporação do social e do ativismo político. Uma parcela dos trabalhadores do campo da saúde utiliza o termo saúde pública com sentido atualizado pelo movimento da saúde coletiva, saúde pública igual à saúde coletiva. Os discentes quando colocados diante dos dois conceitos associam à saúde pública os processos estatais, principalmente “controle e gestão” e à Saúde Coletiva associam os processos sociais e os determinantes da saúde.

Ao tratarem da identidade profissional e de uma certa comparação entre os dois cursos de graduação, se mostraram solidários e coesos: o curso é o mesmo, a perspectiva é a mesma e pedem para “não valorizar um em detrimento do outro”. Quando colocam em pauta a estrutura ideológica, reconhecem maciçamente como

necessário o viés de esquerda, associando-o ao bem-estar social. Recusam o partidarismo. Ao se defrontar com a necessidade de militância, de defesa da bandeira acontecem as divisões entre seguir com uma bandeira que vem do passado, dos pioneiros e a avaliação de prós e contras, o reconhecimento de que são vários grupos sociais e é preciso respeitar. O respeito à diferença parece ser um valor cultuado pelos atuais graduandos em SC e SP.

6 OUTROS ELEMENTOS PARA CONSIDERAÇÃO

Este trabalho nasce de uma lacuna, uma curiosidade. Saber mais sobre as diferenças entre SP e SC. Conhecer mais dessa história. Nos propomos a traçar uma breve história e os vieses por onde passou. Ao efetuar a pesquisa notamos a necessidade de um embasamento filosófico maior para poder distinguir as correntes de pensamento que influenciaram as ações humanas, para o bem e para o mal. Como exemplo no texto “Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis” Antônio Ivo de Carvalho usa mais de 10 palavras diferentes com o sufixo “ismo” para demonstrar os caminhos da saúde. “*naturismo, antro-pocentrismo, construcionismo, empirismo, iluminismo, positivismo, protagonismo, racionalismo, reducionismo, universalismo e urbanismo*”, são mais que conceitos, são imagens ou imaginários de como deve se organizar o mundo, orientam o pensamento e a produção científica. Distinguir entre uma coisa e outra se faz necessário.

A inovação trazida pelo movimento da SC, de certa forma, e guardadas as devidas proporções, repete movimentos acontecidos em outras áreas onde foi necessário combater o hegemônico. Assim a SC guarda semelhanças com a Semana da arte moderna em 1922 onde se buscava *identidade própria e liberdade de expressão* em relação ao padrão estético europeu. Guarda semelhanças com o movimento “O petróleo é nosso”, que buscava independência econômica para o Brasil frente à interferência internacional. Com o movimento tropicalista que se opôs às posições tradicionais e imposições de uma elite sobre o que era a “qualidade musical” no país, incorporando novos elementos musicais da cultura mundial e nacional.

Outra constatação no desenvolvimento do trabalho, enquanto *feedback* para professores e organizadores dos cursos de SC e SP, seria desejável ter uma disciplina, logo no início do curso, que poderia ser intitulada de ‘Introdução à Saúde

Coletiva', onde os alunos teriam contato com as bases epistemológicas históricas de formação do pensamento sobre saúde, da antiguidade até os dias atuais, focando não nos fatos históricos em si, mas no motivo pelo qual eles vieram a acontecer, quais eram as forças e interesses em conflito, assim preparando os alunos para conhecer os quês e o porquês na SP. Este conhecimento ele até existe no curso, mas de forma fragmentada, um pouco em cada disciplina onde o foco dos professores é outro. Dada a importância desse conhecimento para o pensador em saúde e para a formação de um conhecimento sobre o conceito que trabalhamos de saúde coletiva, essa disciplina poderia ficar disponível, sem pré-requisitos, como módulo livre, a toda a instituição UnB, com turmas de 60 a 100 alunos para atrair discentes de outros departamentos, que viriam em busca dos créditos e levariam a noção mais clara de quem é quem no campo da saúde. Com muitos alunos de outros departamentos, a disciplina se dedicaria também à interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e multisetorialidade em saúde, permitindo ao futuro profissional se identificar com o campo da saúde e a seu tempo contribuir para a articulação desse todo complexo. A didática para essa disciplina precisaria ser criativa e dinâmica, tornando-a uma disciplina popular no campus, uma disciplina que gere prazer pelas grandes questões da saúde no Brasil.

REFERENCIAS

- AROUCA, S. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva – São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- BATISTELLA, C. FIOCRUZ. **Educação Profissional e Docência em Saúde**: a formação e o trabalho do agente comunitário de Saúde. O Território e o processo saúde-doença. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica (20??) Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br>>. Acesso em 16 Out. 2016.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PAIM, Jairnilson Silva. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2029-2038, Julho 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 29 Out. 2016.
- CAMPOS, G.W.S. **Romance de Formação de um Sanitarista**. In: Lima, Nísia Trindade (org) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. / Organizado por Nísia Trindade Lima, Silvia Gerchman e Flavio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Cap. 4, p.121-150.
- CAMPOS, G.W.S. **Saúde pública e saúde coletiva**: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2000, vol.5, n.2, pp.219-230. Disponível em <www.scielo.com.br>. Acesso em: 20 jun. 2016.
- CARVALHO, A. I. de. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis — Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 30 Out. 2016.
- SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- SCOREL; S. et al. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: Lima, Nísia Trindade (org) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. / Organizado por Nísia Trindade Lima, Silvia Gerchman e Flavio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Cap. 2, p.59-81.
- FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Disponível em SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz - **História** – Sérgio Arouca. (20??). Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/sergio-arouca>> Acesso em 05 Nov. 2016.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro / RJ. Edições Graal, 4ª Edição 1984.
- FREITAS, C. M.; PORTO, M. F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Coleção Temas em Saúde. V5
- LARocca, Liliana Muller; MARQUE, Vera Regina Beltrão. QUANDO A HIGIENE SE TORNA PÚBLICA: SAÚDE E ESTADO. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 10, n. 1, abr. 2005. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/4682>>. Acesso em: 29 out. 2016.
- LIMA, N.T. et al. **Apresentação**. In: LIMA, N.T. (org) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. / Organizado por Nísia Trindade Lima, Silvia Gercheman e Flavio

Coelho Edler. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Cap. 2, p.15-23.

MARTIN, V. B.; ANGELO, M. **Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 6, n. 5, p. 45-51, dez. 1998 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

Nunes, Everardo Duarte. **História e paradigmas da Saúde Coletiva: registro de uma experiência de ensino.** Ciênc. saúde coletiva, Abr 2011, vol.16, no.4, p.2239-2243. ISSN 1413-8123

NOGUEIRA, R. P. **Da Medicina Preventiva à Medicina Promotora.** In: AROUCA, Sergio. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva – São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p.175-182.

OMS - **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** – 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 29 maio 2016.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica / Jairnilson Silva Paim – Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008 – ISBN 978-85-232-0529-4 – Disponível na Biblioteca Central da UnB.

PAIM, J.S. e ALMEIDA FILHO, N. de, Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública, 32 (4): 299-316, (1998)

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública** / tradução Marcos Fernandes da Silva – São Paulo / SP – Editora Hucitec, 1994.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde.** Physis [online]. 2007, vol.17, n.1, pp.29-41. ISSN 1809-4481. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

TAMBELLINI, A. T. **Questões Introdutórias:** Razões, Significados e Afetos – Expressões do “DILEMA PREVENTIVISTA”, então e agora. In: AROUCA, Sergio. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva – São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p.48-58.

TUTU, Bispo D. M. operamundi. **Nobel da Paz, líder sul-africano Desmond Tutu pede que Caetano e Gil cancelem show em Israel.** 2015. Disponível em: <<http://operamundi.uol.com.br/conteudo/noticias/40720/nobel+da+paz+lider+sul-africano+desmond+tutu+pede+que+caetano+e+gil+cancelem+show+em+israel.shtml>> Acesso em: 12 maio 2016.

UFBA. Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia. Graduação – Apresentação. (20??) <http://www.isc.ufba.br/?page_id=242> Acesso em: 29 Out. 2016.

WINSLOW, C.-E. A. THE UNTILLED FIELDS OF PUBLIC HEALTH. **Science**, v. 51, n. 1306, p. 23-50, Jan. 1920. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/1645011?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 29 Out. 2016.

APENDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Ao preencher e enviar este roteiro de entrevistas estou concordando em participar do projeto de pesquisa DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS ENTRE SAÚDE COLETIVA E SAÚDE PÚBLICA NA PERCEPÇÃO DE DISCENTES DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB) E DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), sob a responsabilidade do pesquisador Sete Nunes, que tem como objetivo a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso na graduação em Saúde Coletiva na UnB, Campus Darcy Ribeiro.

Estou ciente de que meu nome será mantido no mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo.

Caso tenha necessidade de mais esclarecimentos por favor telefone ou encaminhe mensagem WhatsApp para o pesquisador no telefone (61) 9 81269983 (TIM) ou encaminhe email para 'sete1208@gamil.com'.

APENDICE II – Roteiro de Entrevista semiestruturado

DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS ENTRE SAÚDE COLETIVA E SAÚDE PÚBLICA NA PERCEPÇÃO DE DISCENTES

Ao preencher e enviar este roteiro de entrevistas estou concordando em participar do projeto de pesquisa DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS ENTRE SAÚDE COLETIVA E SAÚDE PÚBLICA NA PERCEPÇÃO DE DISCENTES DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB) E DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), sob a responsabilidade do pesquisador Sete Nunes, que tem como objetivo a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso na graduação em Saúde Coletiva na UnB, Campus Darcy Ribeiro.

Estou ciente de que meu nome será mantido no mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo.

Caso tenha necessidade de mais esclarecimentos por favor telefone ou encaminhe mensagem WhatsApp para o pesquisador no telefone (61) 9 81269983 (TIM) ou encaminhe email para 'sete1208@gamil.com'.

a) Qual seu gênero?

Feminino Masculino

b) Em qual faixa etária você se encontra hoje?

19 anos ou menos 20 a 24 anos 25 a 29 anos 30 anos ou mais

c) Em qual desses dois cursos de graduação você foi ou ainda é aluno:

Saúde Pública na USP Saúde Coletiva na UnB

d) Em qual período, ou semestre de estudo você se encontra:

1 ou 2 3 ou 4 5 ou 6 7 ou 8 9 ou 10 já concluiu o curso

e) Você identifica alguma diferença entre Saúde Coletiva e Saúde Pública? Quais?

f) Na sua opinião os bacharéis em Saúde Coletiva e os bacharéis Saúde Pública devem ser chamados, igualmente, de Sanitaristas? Comente

g) Na sua opinião, na prática profissional, ter sido formado em Saúde Pública ou em Saúde Coletiva, fará diferença no serviço entregue à população? Comente

h) Na sua opinião Saúde Pública e Saúde Coletiva carregam em si afinidades com ideologias políticas de Direita ou Esquerda, respectivamente? Comente

i) Na sua opinião, a defesa de bandeiras ideológicas no campo da saúde, ajuda ou atrapalha?

j) O que você pretende fazer com a formação em Saúde Coletiva ou Saúde Pública que está recebendo? Como pretende atuar profissionalmente?

k) Outros comentários que gostaria de fazer sobre a Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública

l) Caso deseje receber uma cópia digital do TCC com o resultado dessa pesquisa, informe aqui seu e-mail.

--