



Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3257>

A graduação em saúde coletiva e a precarização do trabalho no estado de Pernambuco

Graduation in public health and the precariousness of work in the state of Pernambuco, Brazil

Graduación en salud pública y la precariedad laboral en el estado de Pernambuco, Brasil

Rosikelle Josefa de Morais¹  Heloísa Maria Mendonça de Morais² 
Raquel Santos de Oliveira³  Maria do Socorro Veloso de Albuquerque⁴ 

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Recife, Brasil.

rosikelle.morais@outlook.com

² Universidade Federal de Pernambuco, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências Médicas, Recife, Brasil. heloisamoraes@uol.com.br

³ Universidade Federal de Pernambuco, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências Médicas, Recife, Brasil. raqueloliveira78@yahoo.com.br

⁴ Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas, Saúde Coletiva, Recife, Brasil. msoveloso@gmail.com

Resumo

A precarização situa-se no contexto das transformações do mundo do trabalho resultantes, nos últimos quarenta anos, do processo de reestruturação produtiva apoiada pelo projeto político e econômico neoliberal. Nesse cenário de ofensiva contra a classe trabalhadora e as políticas sociais, emergiram, em 2008, os primeiros cursos de graduação em saúde coletiva. Este estudo analisou a inserção profissional de egressos desses cursos, formados entre 2016 e 2021 em universidades públicas de Pernambuco, considerando os fenômenos da precarização do trabalho e da regulamentação da profissão. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com 85 questionários enviados a todos os egressos e oito entrevistas semiestruturadas com egressos, coordenadores de cursos e representante do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do estado. Trabalhos inseguros, socialmente desprotegidos e com baixos salários, são realidades enfrentadas por parte dos bacharéis em saúde coletiva. A lei n. 14.725/2023, que regulamenta a profissão de sanitarista, foi promulgada 11 anos após a formação dos primeiros profissionais, embora não resolva os vínculos precários. As estratégias de desenvolvimento dessa nova profissão desconsideraram os impactos já presentes nos mercados das profissões, frutos da agenda neoliberal.

Palavras-chave saúde coletiva; ocupação de saúde; Sistema Único de Saúde; trabalho precário; mercado de trabalho.

Como citar: MORAIS, Rosikelle J. *et al.* A graduação em saúde coletiva e a precarização do trabalho no estado de Pernambuco. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 23, 2025, e03257295. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3257>.

Recebido: 24/01/2025
Aprovado: 02/06/2025



Abstract

Precarization is situated within the context of transformations in the world of work that have unfolded over the past forty years, driven by the process of productive restructuring supported by the neoliberal political and economic project. In this scenario of intensified attacks on the working class and social policies, the first undergraduate programs in collective health emerged in 2008. This study analyzed the professional integration of graduates from these programs, who completed their degrees between 2016 and 2021 at public universities in Pernambuco (Brazil), considering the phenomena of labor precarization and the regulation of the profession. This is a descriptive study with a qualitative approach, carried out on 85 questionnaires sent to all graduates and eight semi-structured interviews with alumni, program coordinators, and a representative from the State Council of Municipal Health Secretariats. Insecure jobs, lacking social protection and offering low wages, are realities faced by some graduates in collective health. Law N. 14.725/2023, which regulates the profession of the *sanitarista* (public health professional), was enacted 11 years after the first professionals were trained, although it does not resolve the issue of precarious employment. The strategies for developing this new profession failed to consider the pre-existing impacts on professional labor markets, which are consequences of the neoliberal agenda.

Keywords collective health; healthcare occupation; Unified Health System; precarious work; job market.

Resumen

La precarización se sitúa en el contexto de las transformaciones del mundo del trabajo ocurridas en los últimos cuarenta años, como resultado del proceso de reestructuración productiva respaldado por el proyecto político y económico neoliberal. En este escenario de ofensiva contra la clase trabajadora y las políticas sociales, surgieron en 2008 los primeros cursos de grado en salud colectiva. Este estudio analizó la inserción profesional de egresados de dichos cursos, formados entre 2016 y 2021 en universidades públicas de Pernambuco (Brasil), considerando los fenómenos de la precarización laboral y la regulación de la profesión. Se trata de un estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, que incluyó el envío de 85 cuestionarios a todos los egresados y la realización de ocho entrevistas semiestructuradas con egresados, coordinadores de curso y un representante del Consejo de Secretarías Municipales de Salud del estado. Empleos inseguros, socialmente desprotegidos y con bajos salarios son realidades enfrentadas por parte de los licenciados en salud colectiva. La Ley n. 14.725/2023, que regula la profesión de sanitarista, fue promulgada once años después de la formación de los primeros profesionales, aunque no resuelve los vínculos laborales precarios. Las estrategias de desarrollo de esta nueva profesión no consideraron los impactos ya presentes en los mercados profesionales, fruto de la agenda neoliberal.

Palabras clave salud colectiva; ocupación sanitaria; Sistema Único de Salud; trabajo precario; mercado laboral.

Introdução

A precarização do trabalho situa-se no contexto das transformações decorrentes, nos últimos quarenta anos, do processo de reestruturação produtiva apoiado pelo projeto político e econômico de cunho neoliberal (Druck, 2016; Fontes, 2017; Antunes, 2018). A formação de um denominado precário mundo do trabalho atinge tanto países capitalistas centrais quanto países periféricos, como o Brasil, fazendo-se presente nos diversos setores da economia (Alves, 2007).

As diversas dimensões da precarização se manifestam “nas formas de inserção e de contrato, na informalidade, na terceirização, na desregulação e flexibilização da legislação, no desemprego, no adoecimento, nos acidentes de trabalho, na perda salarial e na fragilidade dos sindicatos” (Druck, 2011, p. 41). No Brasil, foi nesse contexto de intensa ofensiva contra a classe trabalhadora que emergiram os cursos de graduação em saúde coletiva (CGSCs).

A viabilidade e a pertinência dos CGSCs foram debatidas, inicialmente, em uma oficina de trabalho realizada no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 2002, da qual

participaram dirigentes da própria UFBA e de outras universidades federais, do Ministério da Saúde (MS), da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) (Teixeira, 2003). É importante destacar que o processo de institucionalização da saúde coletiva foi demarcado já nos primeiros cursos de pós-graduação criados no início dos anos 1970, denominados de medicina social ou de saúde pública, consolidando, desde então, um campo científico e de prática coletiva, social e pública da saúde (Nunes, 2011; Nunes, Ferreto e Barros, 2010).

No contexto do processo de desenvolvimento, implementação e consolidação da pós-graduação em saúde coletiva, em 1979 foi criada a Abrasco, entidade associativa que teve papel decisivo também no surgimento dos cursos de graduação nesse campo de conhecimento. Tanto que essa entidade, anteriormente denominada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, passou a ser designada, por ocasião do 8º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, ocorrido em São Paulo, em 2011, como Associação Brasileira de Saúde Coletiva – para atender tanto aos apelos do corpo técnico dos serviços de saúde das três esferas administrativas quanto aos dos graduandos e dos recém-graduados em saúde coletiva (Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2024).

Os primeiros CGSCs foram introduzidos pelas universidades federais do estado do Acre e do Distrito Federal em 2008; e em 2009, pelas dos estados da Bahia, do Rio Grande do Norte, do Rio de Janeiro, do Paraná e do Rio Grande do Sul (Lorena et al., 2016; Meneses et al., 2017). Esses cursos foram oportunizados pelo Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), instituído pelo decreto n. 6.096/2007, no final do primeiro governo Lula (2004-2007).

De acordo com dados do Ministério da Educação, em 2024 existiam em funcionamento 25 cursos de graduação em saúde coletiva, sendo 22 em instituições públicas e apenas três (12%) no setor privado. Desses, 19 cursos eram denominados saúde coletiva, enquanto os demais tinham as seguintes denominações: administração em sistemas e serviços de saúde (Universidade Estadual do Rio Grande do Sul); saúde pública (Universidade de São Paulo); gestão de serviços de saúde (Universidade Federal de Minas Gerais); gestão em saúde ambiental (Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC); gestão em saúde (Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre); e gestão em saúde coletiva indígena (Universidade Federal de Roraima) (Brasil, 2024).

Segundo seus idealizadores, a criação do CGSC, por um lado, vislumbrava a transformação das práticas em saúde mediante uma formação interdisciplinar no âmbito da graduação, em oposição ao modelo biomédico largamente presente nas práticas profissionais dos cursos da saúde. A proposta curricular abrangia “elementos do modelo biomédico com conhecimentos oriundos das ciências humanas e sociais, deslocando-se de uma preocupação eminentemente individual para uma atuação na esfera coletiva/populacional” (Bosi e Paim, 2010, p. 2.035). Por outro lado, o CGSC objetivava a antecipação da formação do sanitarista, considerando a prolongada e socialmente custosa titulação desse profissional no âmbito de cursos de pós-graduação (Teixeira, 2003; Bosi e Paim, 2010).

A partir da criação dos primeiros cursos e da conclusão das respectivas turmas, outras discussões imprescindíveis passaram a se impor, entre elas o processo de regulamentação e profissionalização e a inserção profissional no mercado de trabalho. Em relação à profissionalização, alguns autores defendiam a ideia de que

[...] alguns passos podem ser identificados: a) o trabalho torna-se uma ocupação de tempo integral; b) criam-se escolas quando a transmissão de conhecimentos é feita de modo sistematizado para os aspirantes por pares experientes; c) forma-se a associação profissional, quando se definem os perfis profissionais que fornecerão identidade ao grupo; d) a profissão é regulamentada; e) adota-se um código de ética e estabelecem-se normas e regras profissionais. No caso da SC, a maioria dessas condições, fatores e passos já foram concretizados (Paim e Pinto, 2013, p. 23).

De fato, em pouco mais de uma década, pouco se concretizou quanto a esse conjunto de condicionantes, considerando-se que parte de tais elementos se encontra em processo de discussão ou de realização ainda incipiente. Por exemplo: um debate atual e muito importante desse conjunto de ideias refere-se à polarização entre aqueles que defendem a regulamentação pela formalização tradicional da profissão (existência de um conselho de classe) e os que propõem uma formalização nos moldes de uma associação nacional constituída por estudantes, egressos e representantes de instituições formadoras.

No que concerne ao mercado de trabalho, o Sistema Único de Saúde (SUS) se constituiria no principal “lôcus de atuação, acompanhado do setor privado (na administração de sistemas e serviços de saúde) e do terceiro setor (em organizações não governamentais)” (Paim e Pinto, 2013, p. 21). Havia um entendimento de que o mercado de trabalho se definiria no processo dos desdobramentos das políticas públicas, as quais apontariam para os limites e as possibilidades desse novo curso (Bosi, 2009; Bosi e Paim, 2010).

Entretanto, deve ser ressaltado que o marco temporal no qual se inseriram o surgimento e o desenvolvimento dos CGSCs coincide com as radicais transformações que aconteceram a partir dos anos 2000 no mundo do trabalho. Desde então, em vários países, assim como no Brasil, vêm se acumulando os efeitos da flexibilização que caracteriza o projeto político e econômico neoliberal.

Desse modo, o fenômeno da precarização do trabalho no âmbito do SUS já estava presente nas discussões que antecederam a criação dos CGSCs, como bem demonstrado pelo próprio Ministério da Saúde ao publicar o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS (Brasil, 2006b). Ao mesmo tempo, um conjunto de estudos dimensionava e analisava a precarização do trabalho em diversas categorias profissionais e nos três níveis de atenção à saúde (Girardi et al., 2010; Oliveira e Morais, 2016; Silva e Machado, 2020).

No interior desse processo, também os bacharéis em saúde coletiva (BSCs) passavam a vivenciar as experiências de desemprego, subemprego e não reconhecimento profissional (Cezar et al., 2015; Lorena et al., 2016; Viana, 2018; Silva, Domingues e Rocha, 2017). Diante de tal cenário, a consolidação profissional do sanitarista graduado já se encontrava ameaçada.

As transformações substanciais advindas da flexibilização, observadas no processo de trabalho, na organização da classe trabalhadora e até mesmo nos mercados, têm levado à predominância do massivo desemprego aberto, acompanhado da ampliação da subutilização da força de trabalho e da generalização da precarização nas ocupações (Pochmann, 2020).

As medidas de ajustes com cortes no financiamento das políticas sociais, com especial destaque para o SUS (Mendes e Carnut, 2020; Cunha, 2023), permanecem em execução, limitando os gastos com a ampliação da rede de atenção à saúde e com sua força de trabalho, especialmente pela não realização de concursos públicos, condições essas que vêm impondo constrangimentos a esse mercado de trabalho.

No contexto da não instituição de uma política de planos de carreiras, cargos e salários, cuja importância vinha sendo apontada e debatida pelo MS desde os anos 2000 (Brasil, 2006a), a inserção do BSC no SUS como “ator estratégico com identidade específica não garantida por outras graduações disponíveis” (Teixeira, 2003, p. 26) enfrenta desafios particulares, ao se considerar o seu perfil profissional voltado, especialmente, para o setor público.

Ante o exposto, o presente estudo analisou a inserção profissional de egressos dos cursos de graduação em saúde coletiva oriundos de universidades públicas do estado de Pernambuco, levando em consideração os processos de precarização do trabalho e de profissionalização do sanitarista graduado.

Método

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, por intermédio do desenho de um estudo de caso que buscou ampliar a sua validação interna com a utilização de diversas fontes de informações: as oriundas das instituições de ensino superior que possuem CGSC, de questionário

enviado a todos os egressos e de entrevistas semiestruturadas dirigidas aos egressos, coordenadores de CGSC e representante da gestão do SUS.

As informações sobre o perfil e a inserção profissional de egressos dos CGSCs foram oriundas do questionário individual autopreenchido em ambiente virtual que continha perguntas referentes aos dados sociodemográficos e econômicos, bem como questões sobre profissionalização e atuação profissional. O envio desse questionário para todos os egressos formados entre 2016 e 2021 ocorreu por meio de seus endereços eletrônicos disponibilizados pelas coordenações dos CGSCs da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), *campus* de Vitória de Santo Antão, e da Universidade de Pernambuco (UPE), *campus* Santo Amaro.

A relação fornecida continha um total de 172 egressos na UFPE e 36 na UPE. A discrepância no número de egressos reflete a oferta anual de vagas, sendo a UFPE com sessenta e a UPE com vinte vagas anuais. Ambos os cursos foram criados em 2013. A UFPE iniciou o curso no primeiro semestre mediante duas entradas anuais, enquanto a UPE começou no segundo semestre, com apenas uma entrada anual. Em 2022, a UFPE tinha uma média de 12 turmas formadas; a UPE, seis turmas.

Foram respondidos 85 questionários no intervalo de março a junho de 2023. Convém esclarecer que não se fez amostragem, considerando-se o baixo número de egressos. Para garantir maior efetividade no recebimento e, conseqüentemente, um número satisfatório de respondentes e respostas, usou-se também como estratégia o envio do *link* do formulário Google Forms nos grupos de WhatsApp dos egressos das referidas universidades. Esses dados foram trabalhados e analisados por meio de estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas para a produção de gráficos e tabelas confeccionados no *software* Microsoft Office Excel.

A seleção dos participantes das entrevistas se deu de forma intencional e heterogênea, sendo dois coordenadores do CGSC, um de cada universidade pública, um representante do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) do estado de Pernambuco e cinco egressos (dois da UPE e três da UFPE) que estavam trabalhando em serviços do SUS na ocasião da pesquisa. Para garantir o anonimato, codificou-se a indicação dos entrevistados do seguinte modo: os egressos como 'Egresso' e os coordenadores de curso como 'Coordenação', seguidos por um número sequencial das entrevistas. O representante do Cosems-PE foi codificado como 'Gestor'.

As entrevistas semiestruturadas foram feitas de forma presencial e de modo remoto, como alternativa para superar as impossibilidades, como distância e incompatibilidades de horários, entre outras questões. O critério de inclusão para os egressos participarem da pesquisa foi estar trabalhando ou ter trabalhado em distintos serviços do SUS por pelo menos seis meses. Para os coordenadores dos cursos, foi: ter trabalhado ou estar em exercício nessas funções atualmente.

Ao se considerarem a natureza do objeto investigado e os pressupostos da abordagem qualitativa, a análise dos dados esteve filiada ao paradigma interpretativo (Bosi, 2021) do fenômeno da precarização do trabalho em suas manifestações no interior do setor público, conforme referido na introdução deste artigo.

Resultados e discussão

Caracterização do perfil dos egressos e das relações de trabalho

Dos 85 profissionais que responderam ao questionário, 75% (63) eram do sexo feminino. Com base na autodeclaração, 50,6% (43) afirmaram ser pardos, 37,6% (32) brancos, enquanto 11,8% (dez) declararam ser pretos. A faixa etária predominante foi entre 25 e 29 anos, representando 52,9% (45) do total dos respondentes.

Os resultados da pesquisa revelaram o fenômeno de feminização entre os BSCs no estado de Pernambuco. No Brasil, o crescimento contínuo e significativo da presença das mulheres na força de

trabalho em saúde e, por conseguinte, de trabalhadoras disponíveis para o mercado de trabalho tem sido amplamente registrado na literatura (Wermelinger et al., 2010; Figueiredo et al., 2022; Marinho et al., 2022; Scheffer et al., 2023), inclusive no que concerne ao bacharelado em saúde coletiva (Castellanos et al., 2013; Anjos, 2015).

O contingente de 62,4% de pardos e negros entre os egressos em saúde coletiva é superior ao de outros cursos, como os de enfermagem e de medicina (Figueiredo et al., 2022; Marinho et al., 2022; Scheffer et al., 2023). Convém lembrar que a recente e crescente entrada de pardos e negros nas universidades públicas federais vem sendo fomentada a partir da implementação da política de cotas (Brasil, 2012).

Quando os 85 egressos foram indagados sobre sua inserção no mercado de trabalho como sanitaristas, apenas 43,5% responderam positivamente, indicando dificuldade de inserção profissional na área de formação. Ao se confrontar esse dado com a qualificação desses egressos, chama a atenção o fato de que 72,3% concluíram um curso de residência ou especialização e 7,7% de mestrado. A expectativa de que a qualificação profissional amplia as chances de inserção no mercado profissional e assegura melhores salários, resolvendo, *per se*, os problemas de empregabilidade, é controversa, pois é necessário considerar que as condições estruturais e econômicas desempenham um papel fundamental nas oportunidades de trabalho (Antunes, 2018).

Ao serem indagados sobre as razões que poderiam explicar as dificuldades de inserção no mercado de trabalho como sanitaristas, 81,3% dos entrevistados mencionaram a falta de oferta de postos de trabalho, os baixos salários e os vínculos precários. Entre os 48 egressos que não estavam trabalhando como sanitaristas, 28,9% indicaram sua desistência de trabalhar na área da saúde coletiva.

Dos 37 egressos (43,5%) que trabalhavam como sanitaristas, 86% estavam inseridos no SUS. Entre os inseridos no setor privado, dois desempenhavam a função de técnicos administrativos e dois eram professores do ensino superior. Todos afirmaram estar vinculados via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e um egresso não informou a função que desempenhava, nem o tipo de contrato.

Os resultados sobre os egressos que estavam trabalhando no SUS corroboram uma das perspectivas idealizada por Teixeira (2003), Bosi e Paim (2010), Paim e Pinto (2013): a de que o SUS deveria ser o maior empregador dessa força de trabalho, embora tal inserção venha se dando, especialmente, sob condições e relações de trabalho precarizadas. Isso porque os sanitaristas admitidos por meio de concurso público foram apenas 28%; por seleção pública, 22%; por análise de currículo e entrevista, 25%; e por outras formas de seleção, 25%.

Nessas condições, portanto, 59,5% dos respondentes estavam empregados mediante contratos informais, seja por tempo determinado, seja em cargos comissionados, recebendo bolsas ou como prestadores de serviços como pessoa jurídica. Apenas 12,5% tinham contrato via CLT, o que significa a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, ainda que sem estabilidade laboral. Portanto, 72% dos egressos estavam vivenciando situações de informalidade, instabilidade e ameaça de desemprego.

Tal variedade de arranjos contratuais flexíveis materializa o fenômeno da precarização do trabalho entre os sanitaristas inseridos no SUS no estado de Pernambuco. Entre os entrevistados, essa configuração também se fez presente:

O SUS tem conseguido absorver; o grande problema é o vínculo, são vínculos precários, contratos muito ruins (Coordenação 2).

Eu sou contratado em um cargo comissionado e sou coordenador de planejamento [...] um cargo de confiança político, então você não tem direito a décimo terceiro, não tem direito a férias, auxílio-funeral e INSS. Você trabalha e você recebe (Egresso 4).

A precariedade dos vínculos empregatícios e a dificuldade da oferta de empregos foram problemas observados, igualmente, em outros estudos (Viana e Souza, 2018; Silva, Pinto e Teixeira, 2018). Lorena e colaboradores (2016) constataram um percentual de 57,6% de desempregados entre egressos de cursos

de saúde coletiva. Uma das questões particulares do sanitarista é a de que sua inserção está quase restrita ao setor público, o que diminui, assim, a oferta de empregos (Silva, Pinto e Teixeira, 2018).

Ademais, desde os anos 1990, a manutenção do processo de subfinanciamento do SUS tem aprofundado e complexificado o fenômeno da precarização do trabalho.

É lógico que hoje a gente ainda tem uma precarização com relação ao vínculo profissional e aos salários pagos [...] a gente tenta ir melhorando a precarização de vínculo. Mas ainda é um desafio danado, porque falta dinheiro (Gestor).

O Estado brasileiro vem restringindo o orçamento público para o SUS devido a medidas de austeridade fiscal e em resposta às demandas do capital financeiro e fictício, o que dificulta a efetivação do direito à saúde e do trabalho socialmente protegido para os profissionais do SUS (Mendes e Carnut, 2020; Cunha, 2023).

Quanto à proteção do trabalho, vale considerar que a falta de uma política de carreira profissional no SUS representa uma dívida histórica com os profissionais de saúde que contribuíram para sua construção, o que leva à precarização do trabalho e à terceirização. Essa ausência compromete a motivação dos trabalhadores, prejudica a qualidade dos serviços de saúde e impede a estabilidade e o desenvolvimento de carreiras no setor (Paim, 2013).

Convém chamar a atenção para outro elemento constitutivo do conceito de trabalho precário: os baixos salários (Antunes, 2008, 2018; Organização Internacional do Trabalho, 2013), mesmo para trabalhadores que usufruem de estabilidade e proteção social.

Eu sou estatutária e minha carga horária de trabalho são trinta horas semanais. A média salarial aqui dentro no estado é muito baixa [...] sou do estado, o salário base é de R\$ 1.700 (Egresso 3).

Mas a remuneração, infelizmente, é muito baixa [...] (Egresso 5).

Os salários são baixos. A gente tem alguns, inclusive, já entrando na história do múltiplo emprego, que conseguem contrato no município. Outros conseguem um outro contrato, enfim, vão arrumando bicos aqui, ali e somando (Coordenação 1).

Nas últimas duas décadas, tem sido registrada em trabalhadores do SUS a concomitância de arranjos contratuais precários com baixos salários (Girard et al., 2010). Decorrida uma década, situação semelhante também foi verificada por Silva e colaboradores (2020). Nesta pesquisa, essa questão se faz presente quando se verificou que dos 32 respondentes inseridos no SUS, dois tinham salários que variavam entre R\$ 1.000 e R\$ 1.999, com carga horária de quarenta horas, cujos vínculos eram por tempo determinado ou estatutário. Para 22 deles (69%), os salários variavam entre R\$ 2.000 e R\$ 3.999. Destes, 18 estavam inseridos mediante trabalho por tempo determinado, contrato informal, cargo comissionado e bolsa com jornada de trabalho de quarenta horas (12) e de trinta horas (seis); e quatro eram estatutários com carga de quarenta horas (dois) e trinta horas (dois). Daí a atualidade da expressão de Boltanski e Chiapelo (2009, p. 277) quando afirmam que “é preciso trabalhar mais, ter mais diplomas, porém os salários não correspondem às qualificações”.

Um problema referido e que tem relação com a precariedade dos vínculos é o rebaixamento salarial, por ocasião das mudanças de gestão. Trata-se da condição pela qual o exercício em cargos comissionados de livre nomeação e exoneração, frequente no âmbito das secretarias municipais de saúde, não assegura estabilidade, tampouco proteção trabalhista ou previdenciária.

O valor líquido era R\$ 2.500. E aí que mudou a gestão e fui chamada novamente para continuar com o mesmo cargo, e o valor líquido já não ficou mais sendo R\$ 2.500, ficou sendo R\$ 1.900 (Egresso 2).

Diante dos resultados apresentados até aqui, é possível afirmar que as expectativas quanto à criação do CGSC, baseadas na necessidade de se atender a uma demanda reprimida do SUS por sanitaristas (Bosi e Paim, 2010; Paim e Pinto, 2013), não foram amplamente alcançadas. Isso se deve ao fato de que embora a implementação do SUS tenha ampliado os postos de trabalho, especialmente em âmbito municipal, ela foi acompanhada pela desestruturação do aparato estatal, além de constrangimentos à gestão pública devido a restrições fiscais, como a Lei Camata, de 1995, e a Lei de Responsabilidade Fiscal, de 2000. No caso do SUS, tal situação se tornou ainda mais complexa com a crescente participação do setor privado na prestação de serviços de saúde, intensificada pelos contratos entre entes públicos e o terceiro setor (Morosini, 2016).

O terceiro setor – representado por organizações sociais (OSs), organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips), organizações da sociedade civil (OSCs) e fundações estatais de direito privado (FEDPs) – tem sido apontado como um espaço de mercado de trabalho para esses profissionais (Paim e Pinto, 2013; Silva e Pinto, 2018), embora a literatura venha apontando vínculos de trabalho precários (Fonseca, Lima e Teixeira, 2021; Pereira et al., 2023). Portanto, as análises sobre o mercado de trabalho que precederam e sucederam a criação do CGSCs desconsideraram as macrodeterminações econômicas e sociais impostas pela flexibilização laboral.

Impasses do processo de profissionalização do sanitarista

A seguir serão demonstradas e discutidas algumas questões sobre o embrionário processo de profissionalização do sanitarista e suas possíveis interferências na inserção profissional.

A presente análise parte do entendimento da profissionalização como um processo de construção histórica e cultural de uma ocupação com base em um conjunto de critérios, quais sejam: orientação intelectual, especialização, autorregulação, padronização teórica, demanda da clientela, reconhecimento pela sociedade e pelo Estado e um código de ética delineado para regular o exercício profissional (Abbott, 1988; Freidson, 1998; Carvalho, 2006). Portanto, compreende-se que, por se tratar de uma profissão recente, os principais elementos constitutivos que demarcam o processo de profissionalização ainda não se encontram instituídos para o caso dos BSCs, embora tenha sido publicada a lei n. 14.725/2023, que regulamentou a profissão de sanitarista.

Assim, retomam-se alguns resultados dos questionários sobre um dos elementos constitutivos da profissionalização: o reconhecimento da profissão. Chamou a atenção o percentual de 85,9% de egressos que, em suas respostas, indicaram que outras categorias profissionais ou a sociedade não reconhecem a profissão do BSC. Nessa mesma direção, representantes da gestão, da coordenação dos cursos e egressos entrevistados também expressaram, em suas falas, tal entendimento.

[...] na verdade, não são todos os gestores ainda que conhecem (Gestor).

A gente tem uma graduação que ainda é pouco conhecida do público em geral e até mesmo dos profissionais de saúde. As pessoas reconhecem a saúde coletiva ainda no campo da pós-graduação [...] a compreensão sobre a identidade desse profissional e sobre essa graduação, ela ainda é frágil até mesmo nas instâncias superiores da gestão da universidade (Coordenação 1).

Eu não considero que seja reconhecida. Primeiro, sou sanitarista. Vem a pergunta: tu fazes o quê? O que é isso? Isso existe? E isso é uma pergunta que vem da sociedade, dos profissionais de saúde, onde você já está inserido. E essa é uma pergunta que vem da gestão também (Egresso 3).

Maior estranhamento advém do desconhecimento dessa profissão por parte de gestores do SUS, considerando-se a presença e a atuação do sanitarista pós-graduado antes da implementação do SUS

e posteriormente a ela. Nesse sentido, corrobora-se o entendimento de profissionalização segundo Larson (1979) e Abbott (1988), quando estes autores argumentam que profissões bem estabelecidas têm padrões claros de formação, regulamentação e normas éticas e não representam apenas a aquisição de habilidades e conhecimentos especializados, mas também a busca por poder, prestígio e reconhecimento na sociedade.

A ausência de reconhecimento social e de um código de ética da profissão, juntamente com o processo, ainda inicial, de regulamentação, é uma situação indicativa de que a profissão não atingiu o *status* de uma profissão formalizada. Alguns desses elementos foram percebidos pelos egressos e por um representante da gestão como desafios a serem superados.

Infelizmente, ainda não vejo uma regulamentação forte que fortaleça o vínculo empregatício, as oportunidades, a valorização do profissional [...] a gente luta por essa questão de estar sendo incluído nos editais. Eu acredito que se a gente tivesse de fato uma classe, um conselho, que lutasse, eu acho que seria mais viável (Egresso 2).

Eu acho que a partir do momento que vocês se organizam, que tenha um conselho de classe específico, que vocês tenham uma representatividade que possa, de maneira organizada, estar conversando conosco sobre a essência e a importância desses profissionais dentro da gestão, isso ajudaria demais para esse conhecimento (Gestão).

A ausência de um conselho profissional tem dificultado o ingresso dos BSCs no SUS mediante concurso público, mesmo considerando-se a inclusão da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do sanitarista em 2017, sob o número 131225 (Brasil, 2025). Isso porque a maioria dos editais com vagas destinadas aos sanitaristas contempla apenas os sanitaristas com pós-graduação, via de regra com graduação nas profissões de saúde, por exigirem registro em conselhos profissionais. Para dirimir esse problema, representantes do sistema formador vêm dialogando com os gestores do SUS para incluírem esses profissionais nos editais de concurso público.

E aí, como coordenação, nós acabamos encampando essa luta. O que seria uma luta do conselho acaba recaindo sobre as pessoas, os docentes, os coordenadores de curso. Então já conseguimos acho que três ou quatro concursos em que entramos com recursos solicitando a inserção do graduando em saúde coletiva naqueles editais, onde mostramos as diretrizes curriculares (Coordenação 1).

O estudo de Cezar e colaboradores (2015), ao analisar 22 editais públicos com vagas para sanitaristas, em escala nacional, no período de 2012 a 2015, verificou que apenas seis deles (27%) incluíam os BSCs. Nos demais, era exigido o registro em conselho profissional ou o nível de especialização como requisito para concorrer ao cargo.

Segundo os entrevistados, as dificuldades de inserção no mercado de trabalho vêm sendo relacionadas à ausência de regulamentação da profissão, entendida como um dos fatores necessários para o reconhecimento e a valorização profissional.

Eu acho que o sanitarista precisa de uma regulamentação, que ainda não é uma profissão regulamentada. Aí, o que acontece, a gente acaba ficando longe desses processos de discussões salariais, melhoria nas condições de trabalho (Egresso 1).

[...] acho que a gente só pode existir depois da regulamentação (Egresso 4).

[...] O que explica a profissão do bacharel em saúde coletiva não estar regulamentada ainda? Isso é reflexo da não integração do sistema formador e da gestão [...] o que impede a garantia de benefícios para os profissionais da área (Gestor).

Entretanto, entende-se que o processo de regulamentação da profissão em si não extingue os arranjos contratuais precários que não são impostos apenas para os BSCs, mas também para o conjunto dos trabalhadores da saúde, porque resultantes do contexto da flexibilização do trabalho no cenário da hegemonia neoliberal.

Outro elemento dessa discussão refere-se ao fato de o fenômeno da precarização atingir o conjunto desses trabalhadores de modo distinto, refletindo as especificidades dos diversos grupos profissionais. Trata-se, portanto, de algo estrutural relativo à divisão social e técnica do trabalho (Morosini, 2016).

Compondo essas especificidades, destaca-se o valor social atribuído ao seu diploma e ao seu trabalho, a sua organização como categoria e o poder político de suas instâncias corporativas e representativas... As desigualdades socialmente construídas são expressas nas relações laborais desiguais como, por exemplo, nas relações salariais, de carga horária, no perfil das atribuições e nas posições que ocupam na organização hierárquica do processo de trabalho (Morosini, 2016, p. 6).

Ao se retomar a discussão sobre o processo de regulamentação, destaca-se a importância do movimento político nacional denominado Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (Pinto e Paim, 2015), composto por professores, egressos e graduandos do bacharelado em saúde coletiva, como instância que vem ocupando destaque na consolidação desse processo.

O fórum foi o ponto de partida para iniciar a discussão sobre a regulamentação da profissão de sanitarista. Durante intensos debates e tensões, um projeto de lei foi elaborado, baseado nas contribuições do fórum. Houve discordâncias e debates calorosos sobre quem deveria liderar esse movimento no Brasil. A proposta final foi que o fórum assumisse a responsabilidade de articular politicamente a lei com a colaboração de políticos e que os estudantes e egressos realizem o movimento de participação e apoio antes e no dia da votação em Brasília, principalmente pelos estudantes desse estado (Coordenação 2).

A criação, em 2010, do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva, vinculado à Abrasco, reforça o movimento da luta política pela formação da identidade profissional e pelo reconhecimento social da profissão como um coletivo de formulação de propostas visando à regulamentação da profissão. Em 2019, foi criada a Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva (Abasc). Assim como o fórum, a associação tem como desafio a regulamentação da profissão, embora desde 2023 não haja informações acerca da gestão 2023-2025 (Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva, 2021).

No momento das entrevistas, o processo de regulamentação da profissão do sanitarista ainda estava em tramitação no Senado – projeto de lei n. 1.821/2021 –, tendo sido finalmente aprovado em outubro de 2023, 11 anos após a formação dos primeiros profissionais do país, ocorrida em 2012. Em novembro de 2023, sancionou-se a lei n. 14.725, a qual definiu como sanitaristas aqueles que possuem graduação em saúde coletiva ou curso de pós-graduação no nível *lato sensu* ou *stricto sensu* devidamente cadastrado pelo Ministério da Educação na área de saúde pública ou saúde coletiva – ou aqueles que tenham nível superior e comprovem o exercício da atividade profissional correlata no período mínimo de cinco anos até a data da publicação da lei (Brasil, 2023).

Sobre as atribuições do sanitarista, a referida lei determina que esse profissional atuará na análise, no monitoramento e na avaliação de situações de saúde; no planejamento, coordenação e supervisão das atividades de saúde coletiva; na identificação, na pesquisa e no registro das notificações de risco sanitário; nas ações de vigilância em saúde e no desenvolvimento científico e tecnológico da saúde coletiva, entre outras atribuições. A lei ainda estabelece que o exercício da profissão de sanitarista requer prévio registro em órgão competente do SUS (Brasil, 2023).

No entanto, mesmo representando um avanço, essa legislação não garante a completa regulamentação da profissão. Com base nos artigos 6º e 7º, não ficou detalhado a qual órgão competente do SUS os sanitaristas devem se dirigir para apresentar os documentos comprobatórios de educação formal ou experiência profissional para o exercício da profissão. Além disso, faltam especificidades sobre como se realizará a fiscalização dessa profissão. Assim, além da lei, ainda será necessário fornecer mais subsídios institucionais e legais para a plena regulamentação e fiscalização do exercício profissional.

Guimarães e Rêgo (2005) salientam que a intensa divisão social do trabalho em saúde causou alterações no processo de regulação das profissões. A necessidade de regulamentar os atos profissionais para consolidar a identidade e o campo de atuação das profissões torna-se evidente, uma vez que a simples formação já não é suficiente para distinguir os saberes.

Para um grupo dos entrevistados, a regulamentação da profissão deve se dar mediante elementos constitutivos da vertente tradicional, a exemplo da criação de um conselho profissional.

Precisamos ter um conselho de classe, um órgão regulador (Egresso 1).

Eu acho que a regulamentação da forma tradicional com conselho seria a forma mais segura no momento para quem é egresso. Quem sabe conseguir um pouco mais de segurança profissional e de identidade (Egresso 3).

Em oposição a esse entendimento, representantes das instituições públicas de ensino advogam a criação de uma associação:

O desafio é pensar que conselho seria esse. Vai estar defendendo os graduandos e os pós-graduados? Porque esse profissional já tem o conselho da formação original dele. Nesse sentido, esse não é um caminho. Então, a maioria considera que os graduados podem fortalecer uma instituição, uma associação de profissionais e não um conselho (Coordenação 1).

[...] a gente está falando de uma profissão. E ela é por natureza pública. E que essa regulação precisa, portanto, também ser pública, transparente, não corporativa (Coordenação 2).

Paim e Pinto, em texto de 2013, igualmente rechaçam a necessidade de criação de um conselho profissional, pois destacam que há uma expectativa de essa instância facilitar a obtenção de emprego, defender os interesses corporativos, mas não se considera que “o trabalho do profissional de SC é exercido, fundamentalmente, no setor público e que nesse caso pode bastar a realização de concursos públicos e a criação de carreiras para a incorporação dessa força de trabalho no SUS” (Paim e Pinto, 2013, p. 23).

Entretanto, os resultados dessa investigação permitem afirmar que tais expectativas não encontram existência real, pois se trata de um curso cuja “empregabilidade depende quase que exclusivamente do Estado e, portanto, muito vulnerável às inflexões na política de saúde” (Pereira, 2021, p. 61).

Faz-se necessário avançar na perspectiva do cumprimento do pleno papel constitucional do SUS como ordenador da formação e empregador da força de trabalho em saúde. Nesse sentido, deve ser, prioritariamente, estabelecido um processo de planejamento e execução de uma política nacional de carreira para todos os profissionais de saúde, a qual contemple remuneração e valorização das distintas carreiras mediante investimentos públicos concretos das três esferas administrativas.

Considerações finais

Trabalhos inseguros, socialmente desprotegidos e atrelados aos baixos salários, são fenômenos reais encontrados em um conjunto importante dos BSCs no estado de Pernambuco. A eles tem sido negada uma valorização profissional condizente com suas respectivas qualificações e suas atribuições profissionais. Demonstrou-se que parte significativa dos egressos estava fora do mercado de trabalho; entre aqueles empregados, o SUS respondeu, mormente, pelas oportunidades de emprego, embora tal inserção ocorra sob os ditames da precarização.

A realidade concreta revela, de um lado, que os avanços sobre o CGSC se deram na esfera do aparelho formador, cuja base de conhecimento encontrava-se plenamente solidificada no momento de sua criação, ao se considerar o longo processo de construção e consolidação do campo da saúde coletiva no Brasil; de outro lado, que as formulações e estratégias idealizadas para o desenvolvimento dessa nova profissão localizou-se, em boa medida, no plano das intenções. Desconsideraram-se os rebatimentos já existentes para os mercados das profissões advindos da conjuntura política e econômica neoliberal no cenário de criação dos cursos.

O entendimento dos atuais macrodeterminantes do mundo do trabalho orienta para uma interpretação algo mais abrangente acerca dos discursos que realçam o embrionário processo de regulamentação profissional do sanitarista como um aspecto crítico da desvalorização profissional, a qual também vem sendo associada ao (não) reconhecimento social dessa profissão.

O processo sócio-histórico demonstra que as profundas transformações no mundo do trabalho, em escala mundial e com evidentes repercussões no Brasil, têm ocasionado graves retrocessos para a classe trabalhadora. E ao se fazer presente também na esfera pública – logo, no SUS –, os projetos iniciais e atuais no campo da Reforma Sanitária Brasileira, dos quais a formação e a incorporação do sanitarista são parte, encontram-se seriamente ameaçados.

Essa investigação não teve a finalidade de concluir o debate sobre os temas da precarização do trabalho e da regulamentação da profissão do sanitarista. Objetivou, entretanto, contribuir para essas discussões em novos ângulos e perspectivas, provocando no leitor dúvidas necessárias para a busca de respostas adicionais visando à continuidade e à sobrevivência desse novo curso da saúde no campo da sociedade das profissões.

Informações do artigo

Contribuição das autoras

Concepção do estudo: RJM, RSO e HMMM.
Curadoria dos dados: RJM.
Coleta de dados: RJM.
Análise dos dados: RJM, RSO, HMMM e MSVA.
Redação - manuscrito original: RJM, RSO e HMMM.
Redação - revisão e edição: RJM, RSO, HMMM e MSVA.

Financiamento

Não houve financiamento.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), mediante o parecer n. 5.961.851, de 24 de março de 2023, e obedeceu aos preceitos éticos da resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Apresentação prévia

Este artigo resulta da dissertação de mestrado intitulada *Profissionalização e flexibilização do trabalho: uma análise sobre a inserção profissional dos bacharéis em saúde coletiva*, de Rosikelle Josefa de Moraes, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, em 2023.

Material e/ou dados de pesquisa em repositório

Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/55259>

Preprint e versão final

Não foi disponibilizado.

Referências

- ABBOTT, Andrew. *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
- ALVES, Giovanni. *Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do trabalho*. 2. ed. Londrina: Praxis, 2007.
- ANJOS, Davllyn S. O. *Mercado de trabalho em saúde: expectativas para a inserção profissional do bacharel em saúde coletiva*. 53f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/20116>. Acesso em: 6 nov. 2023.
- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 8. ed. São Paulo: Editora da Unicamp, 2008.

ANTUNES, Ricardo. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018. Disponível em: <https://nestpoa.files.wordpress.com/2019/09/ra-ps.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *História e memória*. 2024. Disponível em: <https://abrasco.org.br/sobre-a-abrasco/historia-e-memoria/>. Acesso em: 6 fev. 2024.

ASSOCIAÇÃO DE BACHARÉIS EM SAÚDE COLETIVA (ABASC). Avanços e discussões sobre a regulamentação. Publicado em 11 de setembro de 2021. Disponível em: <https://abascaudecoletiva.com/avancos-e-discussoes-sobre-regulamentacao>. Acesso em: 15 mar. 2025.

BOLTANSKI, Luc; CHIAPELLO, Ève. *O novo espírito do capitalismo*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

BOSI, Maria L. M. Graduação em saúde coletiva: subsídios para um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 236-237, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jjB8GM5fT4ZCqTVLDYpLX4K/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 6 nov. 2023.

BOSI, Maria L. M. Paradigmas, tradições e terminologias: demarcações necessárias. In: BOSI, Maria L. M.; GASTALDO, Denise (Orgs.). *Tópicos avançados em pesquisa qualitativa: fundamentos teórico-metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2021. p. 106-144.

BOSI, Maria L. M.; PAIM, Jairnilson S. Graduação em saúde coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2.029-2.038, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VnKCjqvTjD5xdWsyHzBZc3b/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 maio 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). *CBO 131225: Sanitarista*. 2025. Disponível em: <https://codigocbo.com.br/cbo-131225-sanitarista>. Acesso em: 19 mar. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n. 12.711, de 29 de agosto de 2012*. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112711.htm. Acesso em: 2 nov. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n. 14.725, de 16 de novembro de 2023*. Regula a profissão de sanitário. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14725.htm. Acesso em: 17 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior: Cadastro e-MEC. Brasília, 2024. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/emec/nova#simples>. Acesso em: 3 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *PCCS - SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pccs_diretrizes_nacionais_planos_carreiras_sus.pdf. Acesso em: 8 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS – perguntas & respostas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 32 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf. Acesso em: 6 nov. 2023.

CARVALHO, Cristiana L. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 55-76, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702006000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Tcm698G97n3JtTRqJC3wtgt/>. Acesso em: 6 nov. 2023.

CASTELLANOS, Marcelo E. P. *et al.* Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.657-1.666, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rf4BWZG483v5D3DB7XZXdh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2023.

CEZAR, Diego M. *et al.* O bacharel em saúde coletiva e o mundo do trabalho: uma análise sobre editais para concursos públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 1, n. 4, p. 65-73, 2015. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n4p65-73>. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/622>. Acesso em: 10 fev. 2023.

CUNHA, Jarbas R. A. Quais as consequências da aprovação do novo arcabouço fiscal para o SUS? *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 12, n. 2, p. 9-12, abr.-jun. 2023. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1036/950>. Acesso em: 31 out. 2024.

DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistência: novos e velhos desafios? *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, n. 1, p. 37-57, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0103-49792011000400004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/qvTGPNcmnSfHYJjH4RXLN3r/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2024.

DRUCK, Graça. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjjhRgk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2024.

FIGUEIREDO, Alexandre M. *et al.* Políticas de ampliação do acesso ao ensino superior e mudança no perfil de egressos de medicina no Brasil: um estudo transversal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 3.751-3.762, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07092022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kyTmbg4FB8jhsxKKhFdxHfHM/>. Acesso em: 10 nov. 2023.

FONSECA, Júlia M.; LIMA, Sheyla M. L.; TEIXEIRA, M. Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: organizações sociais na atenção primária do município do Rio. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 590-602, jul.-set. 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rmHPcmMp594BL6wMdkkwx8v/>. Acesso em: 19 mar. 2025.

FONTES, Virgínia. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho. *Marx e o Marxismo*, Niterói, v. 5, n. 8, 2017. <https://doi.org/10.62782/2318-9657.2017.220>. Disponível em: <https://www.niepmarx.com.br/index.php/MM/article/view/220>. Acesso em: 8 mar. 2025.

FREIDSON, Eliot. *Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

GIRARDI, Sabato *et al.* O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, 2010. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Publicacoes/O%20Trabalho%20Prec%C3%A1rio%20em%20Sa%C3%BAde_tend%C3%Aancias%20e%20perspectivas%20na%20ESF.pdf. Acesso em: 6 dez. 2023.

GUIMARÃES, Regina G. M.; REGO, Sérgio. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 7-17, 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000500002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9qrWYjXkcxNSNXVCFdR746H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

LARSON, Mário S. *As origens sociais da república autoritária*. São Paulo: Difel, 1979.

LORENA, Allan G. *et al.* Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 369-380, 2016. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016158123>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HQHx8pTWzqy4VkpHv6D5Wzb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2023.

MARINHO, Gerson L. *et al.* Enfermagem no Brasil: análises socioeconômicas com foco na composição racial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 75, n. 2, e20201370, 2022. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1370>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/4w9WGfMG9fLTmzTt8JJJDZkv/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Resultados%3A%20a%20maioria%20eram%20t%C3%A9cnicos,a%20de%20pardos%20e%20pretos>. Acesso em: 10 dez. 2023.

MENDES, Áquilas N.; CARNUT, Leonardo. Capital, Estado, crise e a saúde pública Brasileira: golpe e desfinanciamento. *Ser Social: Estado, Democracia e Saúde*, Brasília, v. 22, n. 46, 2020. https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25260. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003016200>. Acesso em: 6 dez. 2023.

MENESES, Jéssica J. S. *et al.* Panorama dos cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil entre 2008 e 2014. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2017. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00060>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/yjWP94QBN5MJ3N7rmPknSrc/?lang=pt>. Acesso em: 31 nov. 2024.

MOROSINI, Márcia V. G. C. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 5-13, 2016. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00131>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/kWfPVL3HtkSfBmmHXw8wDMz/>. Acesso em: 31 out. 2024.

NUNES, Everardo D. História e paradigmas da saúde coletiva: registro de uma experiência de ensino. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hnLtTMTqWkbV7L5xg9JZzmf>. Acesso em: 27 nov. 2024.

NUNES, Everardo D.; FERRETO, Lirane E.; BARROS, Nelson F. A pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: trajetória. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1.923-1.934, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HyH6bX8xyf5wfWWRbKsWkG/>. Acesso em: 31 out. 2024.

OLIVEIRA, Raquel S.; MORAIS, Heloisa M. M. Flexibilização dos vínculos de trabalho na atenção secundária: limites da política nacional de saúde bucal. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 119-137, 2016. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip130>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/BHXYHGdMRLDsQDqBsYmf53M/>. Acesso em: 6 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Guia para a formulação de políticas nacionais de emprego. Genebra: OIT, 2013. Disponível em: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_emp/%40emp_policy/documents/publication/wcms_214960.pdf. Acesso em: 7 mar. 2025.

PAIM, Jairnilson S. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1.927-1.953, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00099513>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7kR47BM83pWg73mCFDSWXXD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 dez. 2023.

PAIM, Jairnilson S.; PINTO, Isabela 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: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1390>. Acesso em: 6 dez. 2023.

PEREIRA, Átila A. C. *et al.* Precarização do trabalho de enfermeiras: uma análise na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 21, 2023. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2311>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/dPSHd5rTdSMGXPzj8Fwym3B/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 mar. 2025.

PEREIRA, Thiago B. B. *A Abrasco e a dinâmica de consensos, conflitos e disputas na Saúde Coletiva*. 188f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CRUZ_87423d388d1ec96738422611e5eb6106. Acesso em: 13 dez. 2024.

PINTO, Isabela C. M.; PAIM, Jairnilson S. A Abrasco e a experiência da graduação em saúde coletiva. In: LIMA, Nísia T.; SANTANA, José P.; PAIVA, Carlos H. A. (Orgs.). *Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 137-150. <https://doi.org/10.7476/9788575415900>. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/q4gz/b/pdf/lima-9788575415900.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2024.

POCHMANN, Marcio. Tendências estruturais do mundo do trabalho no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 89-99, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29562019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vnJWDbvYCwqdYdVypqrJMBm/>. Acesso em: 6 dez. 2023.

SCHEFFER, Mário *et al.* *Demografia médica no Brasil 2023*. São Paulo: FMUSP, 2023.

SILVA, Manoel C. N.; MACHADO, Maria H. *Sistema de saúde e trabalho: desafios para a enfermagem no Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-13, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wqFyYK4y49f8WZPmkvrwVsQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 jun. 2025.

SILVA, Raimunda M. *et al.* Precarização do mercado de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem no Ceará. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28902019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bq5fNvn7nn6ztHZFQHFGFSK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 mar. 2025.

SILVA, Vinício O.; PINTO, Isabela C. M. Identidade do sanitarista no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em saúde pública/coletiva. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, n. 65, 2018. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0825>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/t7zN8GsJ7rnJm7sZJmTHFCB/?lang=pt>. Acesso em: 19 mar. 2025.

SILVA, Vinício O.; PINTO, Isabela C. M.; TEIXEIRA, Carmen F. S. Identidade profissional e movimentos de emprego de egressos dos cursos de graduação em saúde coletiva. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 799-808, out.-dez. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811901>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/J8FKzfgBWkydTvSgcGVb4xc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 jun. 2025.

SILVA, Vivian C; DOMINGUES, Henrique S.; ROCHA, Cristianne M. F. Desafios e possibilidades da inserção profissional de bacharéis em saúde coletiva. *Revista Insepe*, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 14-34, 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/170163/001051009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 dez. 2023.

TEIXEIRA, Carmen F. Graduação em saúde coletiva: antecipando a formação do sanitarista. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 163-166, 2003. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000200019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/QhrzGZY5zVPHZq5pmYVzmdH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

VIANA, Jussara L. *Sou bacharel em saúde coletiva, e agora?* Sobre quando novos sanitaristas entram no mundo do trabalho. 184f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/23618>. Acesso em: 10 maio 2023.

VIANA, Jussara L.; SOUZA, Elizabethe C. F. Os novos sanitaristas no mundo do trabalho: um estudo com graduados em saúde coletiva. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1.261-1.285, 2018. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00146>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/h97VDPC7WvZFcRLy3yXwsTw/>. Acesso em: 10 dez. 2023.

WERMELINGER, Mônica *et al.* A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, 2010.