

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO:**  
**DOUTORADO**

**FORMAÇÃO E SAÚDE COLETIVA: a revelação de um campo**

**GRACE JACQUELINE AQUILES**

**MARINGÁ**

**2012**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO:  
DOUTORADO

**FORMAÇÃO E SAÚDE COLETIVA: a revelação de um campo**

Tese apresentada por GRACE JACQUELINE AQUILES ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual de Maringá, Área de Concentração: História e Historiografia da Educação, como um dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Mário Luiz Neves de Azevedo

MARINGÁ

2012

**GRACE JACQUELINE AQUILES**

**FORMÇÃO E SAÚDE COLETIVA – a revelação de um campo**

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Mário Luiz Neves de Azevedo - Orientador**

**Prof. Dra. Gladys Beatriz Barreyro - USP**

**Prof. Dra. Mariluce Bittar - UCDB**

**Profa. Dra. Magda Lucia Felix de Oliveira - UEM**

**Prof. Dra. Wânia Rezende Silva - UEM**

**Suplentes**

**Prof. Dr. Afrânio Mendes Catani - USP**

**Prof. Dra. Regina Taam - UEM**

**Data de aprovação: 23 de abril de 2012**

Dedico este trabalho...

*À DEUS, pois até hoje “com os ouvidos eu ouvira falar de ti; mas agora te vêem os meus olhos”. Jó 42:5*

*Às Graces e Jacquelines que vivem em mim, ora em forma de pequenina garotinha insegura, ora em forma de mulher corajosa que aprendeu a correr com lobos, ora como patinha feia, ora como um cisne que arriscou tudo pra encontrar seu lugar no mundo.*

*Ao meu amor Marcelo, que me ensina a cada dia que realmente há tempo pra tudo e que se eu não tiver amor, nada serei.*

*À preciosa herança do Senhor na minha vida, meus filhos Maria Angela e Germano que me ensinaram o tal “amor incondicional”, bem maior nessa vida.*

*À memória de meus pais, que não estão presentes pra verem concretizar-se a profecia da filha “doutora”, mas não tenho dúvidas que seus ensinamentos e estímulos me trouxeram até aqui.*

## AGRADECIMENTOS

Ao amado de minha alma, Senhor Jesus Cristo, que com tamanho amor me resgatou, restaurou e continua trabalhando na minha vida a cada dia, me ensinando nas entrelinhas. A Ti meu Deus, toda honra, glória e louvores hoje e sempre.

Ao meu orientador, Prof. Mário, pela sabedoria em sinalizar-me o caminho, pelo respeito a mim dispensado e pelo carinho e firmeza com que me conduziu até o final, inclusive em momentos que o sentimento contrário a isso seria totalmente aceitável. Obrigada para sempre Mário, se não fosse você, eu não teria conseguido.

Ao grande, verdadeiro e insubstituível amor da minha vida, Marcelo, que veio como presente e permanece como meu futuro.

Aos meus filhos do ventre, que ainda tão crianças, sofreram perdas irreparáveis nesse período, mas mesmo assim, mantiveram-se firmes e expressaram diariamente um amor por mim que foi ao mesmo tempo refrigério, cura, motivação e sentido para a minha vida. Aos meus filhos do coração, que complementam minha vida e firmam o meu sonho de ter uma grande família.

À toda a minha família, que esteve em todo o tempo e de todas as formas, junto a mim. Em especial à minha irmã Roberta, que nesse último ano me ensinou tudo o que eu preciso saber sobre os reais valores da vida. Você venceu Rô... e a sua vitória é também a minha.

Às mulheres da minha célula “Chamadas para Servir”, que não mediram esforços ou dores nos joelhos para lutarem ao meu lado, em oração, nos piores momentos. Dulce, Carmem, Iracema, Paulinha, Ceci... suas orações chegaram ao trono de DEUS.

À Flávia Marcela Felipe, mais que psicoterapeuta, minha consciência fora de mim, que pelo seu admirável fazer profissional, levou-me ao encontro de uma vida mais saudável.

À Regina, amiga de todas as horas, que me levantou do chão, empurrou pra frente, chamou minha atenção, me tirou do “castelo cor de rosa” e mostrou-me que o mundo real vale à pena. Seus bolos com café à tarde e a porta aberta dos apartamentos dia e noite ainda fazem muita falta.

A todas amigas e amigos, presenciais ou virtuais, que me apoiaram, torceram, empurraram e me fizeram crer que podia dar certo.

Ao Departamento de Enfermagem, pela possibilidade de afastamento e dedicação ao doutorado.

Ao Hugo e a Márcia, preciosos secretários do Programa, sempre atenciosos e profissionais.

Ao amor, que move tudo em mim.

*Amo ao Senhor, porque ele ouve a minha voz e as minhas súplicas.*

*Porque inclinou para mim os seus ouvidos, invocá-lo-ei enquanto eu viver.*

*Laços de morte me cercaram, e angústias do inferno se apoderaram de mim; caí em tribulação e tristeza.*

*Então, invoquei o nome do Senhor: Ó Senhor, livra-me a alma.*

*Compassivo e justo é o Senhor; o nosso Deus é misericordioso.*

*O Senhor vela pelos simples; achava-me prostrado, e ele me salvou.*

*Volta minha alma, ao teu sossego, pois o Senhor tem sido generoso para contigo.*  
*Salmos 116:1-7*

AQUILES, Grace Jacqueline. **FORMAÇÃO E SAÚDE COLETIVA – a revelação de um campo**. n.º de folhas (103 f.). Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá. Orientador: Mário Luiz Neves de Azevedo. Maringá, 2012.

## RESUMO

Este estudo tem por objetivo conhecer a conformação do campo da Saúde Coletiva segundo a praxiologia de Bourdieu, identificando suas propriedades, atores sociais e características desse campo bem como as suas relações com a Educação, na perspectiva da formação em saúde, tematizando o ensino no âmbito da graduação e pós-graduação. Coube-nos também conhecer os aspectos históricos e teóricos da construção desse campo desde a sua gênese, como Sociologia da Saúde até a configuração de uma identidade do que denominamos campo da Saúde Coletiva no Brasil. Realizamos um estudo de revisão bibliográfica, integrativa, por meio da busca retrospectiva na base de dados eletrônicos *Scientific Electronic Library Online* - SCIELO abrangendo os anos de 1985 a 2010. Os dados foram analisados à luz da análise de conteúdo de Bardin. Diante das análises realizadas, tanto sobre a conformação do campo em Saúde Coletiva, como em relação ao movimento desse campo em suas práticas formativas e configuração de sua identidade política, pudemos apreender que a Saúde Coletiva se articula com um conjunto heterogêneo de movimentos ideológicos de reforma do ensino e da organização das práticas de saúde, redefinindo conceitual e politicamente algumas propostas e incorporando outras. A reflexão proporcionada por este estudo permite-nos afirmar que a Saúde Coletiva configura-se como um campo científico, segundo o referencial de Bourdieu e detém uma identidade fortemente voltada à formação profissional e arraigada nas suas origens de práticas políticas mais abrangentes.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva; Formação; Campo; Graduação; Pós-graduação

AQUILES, Grace Jacqueline. **TRAINING AND HEALTH COLLECTIVE - the revelation of a field**. nº de folhas (103 f.). Thesis (Doctorate in Education) – State University of Maringá. Supervisor: Orientador: Mário Luiz Neves de Azevedo. Maringá, 2012.

## ABSTRACT

This study aims to understand the conformation of Collective Health praxiology according to Bourdieu, identifying their properties and characteristics as well as their relations with the Education, from the perspective of health education, thematising teaching within the graduation and post graduation. It also knows the historical and theoretical aspects of the construction of the field since its genesis, Sociology of Health as to the setting of an identity of what we call the public health field in Brazil. We conducted a literature review, integrative, through retrospective search in the database Electronic Scientific Electronic Library Online - SciELO covering the years 1985-2010. Given the analyzes, both on the configuration of the field in Public Health, and in relation to the movement of the field in their training practices and configuration of their political identity, it was noticed that the Public Health articulates with a heterogeneous set of ideological movements for reform of teaching and the organization of health practices, conceptually and politically redefining some proposals and incorporating other. The reflection provided by this study allows us to state that the Public Health set up as a scientific field, according to the referential Bourdieu and holds an identity strongly geared to vocational training and its origins rooted in broader political practices.

**Key words:** Collective Health; Vocational Training; Field; Graduation; Post graduation

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Quadro 1** – Distribuição dos artigos selecionados, segundo variáveis elegíveis para a caracterização. SCIELO, 1985 a 2010

**Figura 1** – Esquema gráfico das etapas de seleção dos artigos para análise

**Figura 2.** Ilustração da distribuição espacial dos atores no campo da Saúde Coletiva

**Gráfico 1.** Distribuição dos artigos publicados nas principais revistas do campo, SCIELO 1985 - 2010

**Gráfico 2.** Distribuição de pesquisadores segundo número de trabalhos publicados, SCIELO 1985 - 2010

**Gráfico 3.** Número de publicações por ano

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>FUNDAMENTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DA FORMAÇÃO DE UM CAMPO</b> .....	<b>24</b>
1.1 - <i>Pierre Bourdieu e os conceitos de campo e habitus</i> .....	24
O conceito de campo .....	24
O Campo Científico .....	26
O Conceito de Habitus.....	28
1.2 - <i>O caminho e a direção – por uma metodologia ampliada</i> .....	28
<b>SAÚDE COLETIVA: A CONSTRUÇÃO DE UM CAMPO DE CONHECIMENTO .....</b>	<b>38</b>
2.1 - <i>Das ciências Sociais e da medicina à construção da Sociologia da Saúde</i> .....	39
As origens da Sociologia Médica nos Estados Unidos da América .....	40
O projeto “preventivista” na América Latina e Brasil .....	44
2.2 - <i>A gênese da Saúde Coletiva no Brasil</i> .....	47
Um campo chamado SAÚDE COLETIVA.....	50
2.3 - <i>A produção de conhecimento, a prática política, as lutas e construções – configuração de uma identidade</i> .....	52
<b>REVELANDO UM CAMPO CHAMADO SAÚDE COLETIVA .....</b>	<b>65</b>
3.1 - <i>Os conceitos de campo e habitus na produção científica em Saúde Coletiva</i> .....	65
3.2 – <i>A (in) fluência da Saúde Coletiva na formação em saúde</i> .....	76
Características das publicações .....	77
Análise das publicações selecionadas .....	84
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>103</b>

# ***INTRODUÇÃO***

## INTRODUÇÃO

O constructo desta tese não poderia ser caracterizado como algo simples, resultado de uma trajetória acadêmica e profissional coesa e linear. Absolutamente não o é. Se pensar que a Saúde Coletiva, como espaço de saber e prática, é um percurso bem conhecido e sempre fez parte de um desvelamento experimentado no nosso cotidiano acadêmico como docente do Curso de Enfermagem de uma Universidade Pública do Paraná, fazê-lo à luz de um referencial teórico como o da Sociologia de Pierre Bourdieu, pode ser considerado neste momento, como atrevimento, ousadia.

Lamentamos não tê-lo “conhecido” no princípio do nosso processo formativo. Isso certamente nos teria poupado tantas angústias e tempo na busca de respostas metodológicas para questionamentos tão sinceros e legítimos. Doutra sorte, encontrar Bourdieu no percurso de um Programa de Doutorado proporcionou a segurança do encontro com a luz e como afirma Pascal (1670) *para quem não anseia senão ver há luz bastante; mas para quem tem oposta disposição, sempre há bastante escuridão.*

O fato de não pertencer ao espaço profissional diretamente ligado às Ciências Sociais e escolher um marco teórico dessa natureza, poderia ser lido como uma desvantagem. No entanto, acreditamos que na ausência do *habitus* científico torna-se necessário envidar todos os recursos disponíveis para o desenvolvimento desse trabalho na tentativa de *fazer um autor falar* e tornar-se indispensável ao nosso regime de leituras, como se refere Catani (2002, p.57) em seu texto homônimo, ou seja, permitir que o autor ingresse em nosso sistema de pensamento. Esse esforço, certamente será compensado pela tarefa de nos tornarmos, nas palavras de Bourdieu, não um leitor, que lê para apenas falar do que se leu, mas alguém que lê para fazer algo, para fazer avançar um conhecimento (Bourdieu, 1997, p. 13). Essa é para Bourdieu, a diferença entre um leitor e um autor.

Embora, a rigor não haja estudos específicos de Bourdieu sobre a saúde ou áreas afins, de modo que pudéssemos nos salvar em alguma similitude dessas obras com nosso objeto de estudo, encontramos no Brasil, estudos como os de Montagner (2003, 2007) que se propõem a *entender os motivos dessa teoria e desse modo de fazer sociologia não terem penetrado com a profundidade e força de que é capaz, no campo da sociologia médica* (Montagner, 2003, p.37). Parece haver um espaço onde transparece a ausência de estudos e de abordagens analisadas nesta ótica e isso por si, justifica um interesse genuíno por uma *análise apurada das contribuições de Pierre Bourdieu ao campo da Sociologia da Saúde* (Montagner, 2003, p.37). Também percebemos que estudos recentes da área têm lançado mão de conceitos bourdieusianos na explicação de seus objetos de análise, particularmente o de **campo** em Saúde Coletiva (Paim; Almeida Filho, 1998; Luz, 2009; Nunes *et al.*, 2010).

Parece-nos irrefutável a importância de estudos na área da saúde que nos remetam para além de um modelo centrado somente na clínica médica, no biológico e, mais que nunca, é imprescindível a compreensão do comportamento humano, individual e coletivamente, dentro do contexto das sociedades modernas. Nessa linha de pensamento, a teoria de Bourdieu permanece relativamente desconhecida. Assim, nosso esforço neste trabalho é o de expor a lógica interna da Teoria da Práxis ou Praxiologia de Bourdieu, através de seus conceitos centrais que são o de **campo** e o de **habitus**, na análise do objeto dessa tese, o campo da Saúde Coletiva no Brasil. Essa é, sem dúvida, mais uma oportunidade de aproximação da Saúde com as Ciências Sociais que neste trabalho, em particular, detém-se na explicação da constituição do espaço denominado Saúde Coletiva no Brasil e a configuração de sua identidade analisada na produção científica dos profissionais que ocupam esse espaço, entendendo que essa produção é fruto da inserção desses atores no campo da educação e reflete suas atuações nos cursos de graduação e pós-graduação.

Assim, para além dessa contribuição central com a área da Saúde, cremos que este trabalho abre novas oportunidades de refletirmos nossa prática também na perspectiva da formação com uma abordagem que permite a compreensão de fenômenos relacionados ao processo saúde-doença, as suas variáveis e os

modos de produção em saúde e como esse trabalho tem contribuído com a produção de novos conhecimentos.

Optamos por realizar esse estudo discutindo o campo da Saúde Coletiva e seus vínculos com a Educação, na perspectiva da **formação** em saúde, compreendendo que isso implica tematizar o ensino no âmbito da graduação e pós-graduação no que se refere à Saúde Coletiva. Sabemos que o ensino de graduação, na saúde, acumulou uma tradição caracterizada por um formato centrado em conteúdos e numa pedagogia da transmissão, de desconexão entre núcleos temáticos, com excesso de carga horária para determinados conteúdos e baixa ou nula oferta de disciplinas optativas. Também ainda percebe-se em determinados cursos a desvinculação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, predominando um formato enciclopédico e uma orientação pela doença e pela reabilitação. No âmbito das políticas educacionais, a graduação na área da saúde ainda permanece sem uma orientação integradora entre ensino e trabalho, voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade da atenção, onde se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde. Ainda são recentes os projetos por parte dos Ministérios da Educação e Saúde que buscam superar essa dimensão e precisam ter seus resultados avaliados quanto aos impactos efetivos e as mudanças advindas dessas iniciativas.

Aliado a esse cenário desfavorável, ainda temos uma universidade moderna configurada em disciplinas e departamentos. Tal recorte – histórico – foi tomado como se fosse epistemológico, dando origem ao corporativismo das especialidades e aos controles burocráticos que dificultam as práticas interdisciplinares. Profissionais e associações disciplinares passaram a defender a vigência e manutenção dessa perspectiva, aceitando a fragmentação como modo organizador dos saberes e fazeres. Consideramos que dentre os aspectos relevantes para confrontar a universidade hoje estão o questionamento quanto ao espaço e tempo disponibilizados para a criatividade, quanto à flexibilidade nos seus ordenamentos e quanto à integração dos conhecimentos, aspectos esses fundamentais para a formação de profissionais capazes de realizar as mudanças necessárias na sociedade, que tenham prazer no conhecimento, alegria no

desenvolvimento do trabalho coletivo e responsabilidade social como prática insubstituível do profissional.

Em relação à pós-graduação em Saúde Coletiva sua evolução histórica ocorre a partir dos anos 1970 que é quando se inicia a instalação dos primeiros cursos, sendo que a expressão “Saúde Coletiva” não era usada no início dessa década (Nunes, 2005). Frente à grande diversidade que conforma o campo da Saúde Coletiva e à tendência de especialização em torno de áreas disciplinares ou de temáticas e ao fato de que a demanda é de caráter multiprofissional, algumas questões têm sido debatidas em relação à pós-graduação em Saúde Coletiva. Dentre elas, a de que não se deveria abrir mão de um núcleo comum de conhecimento para formar mestres e doutores. Segundo a análise de Nunes (2005) sobre a pós-graduação em Saúde Coletiva, para alguns estudiosos da área a própria diversidade impediria de imaginar a possibilidade de conhecimentos gerais e integradores; para os que são favoráveis, o núcleo comum seria fundamental para preservar a identidade da área. A questão é delimitar esse núcleo de conhecimentos, pois, para uns, seria formado por conteúdos de Ciências Sociais, Epidemiologia e Planejamento; para outros, estaria assentado na discussão de temas no campo da Filosofia da Ciência e da Metodologia Científica ou, ainda, da História da Saúde Pública, como forma de garantir a preservação de certo ideário sanitário.

No caso da formação e educação em saúde, seja na graduação dos cursos da saúde ou nos cursos de pós-graduação, a verdade é que devemos à Saúde Coletiva a construção de outras possibilidades pedagógicas surgidas ao longo dos últimos anos e no contexto da reforma sanitária brasileira quando intensificaram-se movimentos voltados para outras interpretações relativas ao fenômeno saúde-doença, que estipularam propostas de mudança na formação. Currículos integrados, articulações ensino-trabalho, os projetos UNI, os movimentos coordenados pela rede Unida, o debate e a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais e a organização das executivas de curso no Movimento Estudantil são exemplos de protagonismo por reformas do ensino que dialogam como os movimentos de mudança no setor da saúde.

Atribui-se, desse modo à Saúde Coletiva e seus movimentos, a proposição de outros modos de pensar a formação e a educação permanente em saúde, de

modo a possibilitar uma visão ampliada e, ao mesmo tempo, contribuir para a aquisição de saberes e práticas que possam potencializar a mudança do quadro atual predominante, que não se restringe ao conhecimento técnico ou à ciência, mas contempla a percepção e o exercício do poder que impulsiona para a construção de projetos de vida, de liberdade e de viabilização de nossos sonhos pessoais e profissionais por saúde.

Essa interação entre Educação na sua dimensão formativa e a Saúde Coletiva, consolidada ao longo da história da construção desse “campo” de conhecimento, criou espaços de intersecção que resultam em valorosa produção científica e benefícios, nas últimas décadas, no âmbito do ensino e do serviço em saúde no Brasil.

Quando nos propomos a estudar um campo de conhecimento precisamos de disposição para enfrentar o caráter transformador que ele apresenta em sua trajetória (Nunes, 2010, p. 1918) e fazê-lo em um espaço com desafios teóricos e práticos tão abrangentes quanto o da Saúde Coletiva implica na disposição de fazê-lo como processo histórico que encontra especial proximidade com a abordagem de Bourdieu.

Nunes (1996) propõe o ano de 1979 como o marco da utilização do termo Saúde Coletiva no Brasil, quando esse grupo de profissionais do Movimento Sanitário intencionou a criação de um campo científico, com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava a dimensão social como a categoria analítica diferenciadora dos seus campos de origem que eram a saúde pública e a medicina preventiva.

Ao migrar de espaços existentes na área da saúde para um novo, ainda em processo de criação, esses profissionais buscaram estabelecer uma base onde o exercício profissional como prática social fosse um fator de identidade. A própria história de atuação desse grupo exigia esse compromisso com uma prática atuante e emancipatória. Para Carvalho (1996) a Saúde Coletiva ao incorporar o social ao pensamento sanitário o fez com fortes tendências objetivistas preconizadas pela escola estruturalista e pela tradição marxista. Para o autor *a subjetividade aqui admitida é aquela que brota da necessidade coletiva e que se organiza em sujeitos coletivos – no Estado, no partido, nas organizações classistas e comunitárias* (Carvalho, 1996, p. 108). Embora autores importantes

como Donnangelo (1976) e Testa (1993) divulguem suas análises sobre a construção histórica da Saúde Coletiva e o exercício profissional como prática social, a avaliação de Carvalho aponta um aspecto relevante desse processo: o saber dominante em saúde coletiva tendeu a subestimar a importância dos sujeitos na construção do cotidiano e da vida institucional.

A discussão sobre o “campo” da Saúde Coletiva tem estado presente na área de Saúde desde suas origens, mas especialmente nos últimos anos encontramos trabalhos como os de Paim e Almeida Filho (1998), Campos (2000), Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009), Luz (2009), Nunes (1999, 2000, 2003, 2006, 2010) além de estudos precursores como os de Nunes (1992, 1994) e Cohn (1992) que o analisaram em suas vertentes metodológicas, saberes disciplinares e práticas, buscando conformar uma identidade singular, a partir de um núcleo epistemológico, teórico e prático.

Dentre os autores citados que se propuseram a discutir o “campo” da Saúde Coletiva, Campos (2000) é o que apresenta uma proposta conceitual diferente da defendida por Bourdieu. Para além de definições formais ou questões semânticas sobre “núcleo” ou “campo” da Saúde Coletiva, Campos apresenta uma reflexão sobre a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas que se daria em uma conformação de núcleos e de campos. Para o autor,

O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (Campos, 2000, p. 220).

O entendimento do autor é que a institucionalização do saber é inevitável, bem como sua vinculação à administração organizada das práticas sociais, porém para o autor essa organização deve acontecer de forma democrática e flexível, devendo permanecer aberta sua estrutura a distintos campos de influência. Desse modo a noção de núcleo valorizaria a democratização das instituições, tornando relevante a sua dimensão de estrutura socialmente construída, ao contrário do conceito de campo que no seu entendimento, enfatiza o *corpus*, como uma concentração de poder e a tendência de fechamento das instituições (Campos, 2000).

O que transparece é que o autor busca para uma área do saber que denominamos Saúde Coletiva, uma identidade, um sinal de identificação. Para ele o “campo” é algo maior, um contexto no qual o “núcleo” está inserido, aglutinando saberes e práticas e compondo certa identidade profissional e disciplinar.

Essa “identidade” buscada pelo autor é denominada por Bourdieu de *propriedades específicas, próprias a um campo particular* (1983, p.89). Um campo, para Bourdieu, é demarcado, entre outras coisas

(...) através da definição dos objetos de disputas e dos interesses específicos que são irredutíveis aos objetos de disputas a aos interesses próprios de outros campos (...) e que não são percebidos por quem não foi formado para entrar neste campo. (Bourdieu, 1983, p.89).

Discutir a especificidade da Saúde Coletiva é tarefa complexa, até porque talvez seja a complexidade a grande expressão do campo em termos paradigmáticos. Esta especificidade para Luz (2010) é uma discussão que nos estudos empreendidos por pesquisadores da área, ora adotou um tom de análise conceitual, ora de revisão sócio-histórica e em alguns momentos, um tom interrogativo sobre o caráter coletivo do campo. Para a autora

de qualquer modo, e sob qualquer tom que adotem, as discussões têm visado a colocar em questão o que pode caracterizar, de fato e de direito, a Saúde Coletiva como campo multidisciplinar em termos de discursos (saberes disciplinares) e de práticas (formas de intervenção) (Luz, 2009, p.305).

A complexidade da Saúde Coletiva interpõe-se tanto em seus saberes disciplinares como em suas formas de intervenção e essa natureza híbrida, que lhe confere uma originalidade indiscutível, requer que se adotem explicações teóricas que sejam capazes de reorientar nosso olhar na compreensão dos fenômenos de percepção social, da produção simbólica e das relações informais de poder. Entendemos que a definição de campo em Bourdieu encontra ampla anuência na Saúde Coletiva e torna-se um precioso instrumento conceitual.

Assim, se a Saúde Coletiva é este espaço social chamado campo conforme concebido por Bourdieu, então ele necessariamente apresenta em sua

estrutura um estado da relação de força entre seus agentes (atores), suas lutas e estratégias, seus interesses e lucros, tendo por objeto dessas lutas o monopólio da autoridade específica, característica desse campo. Em última análise, nesse campo o que está em jogo é a conservação ou a subversão da estrutura da distribuição do capital específico.

A discussão sobre a conformação do campo da Saúde Coletiva, que denominamos identidade e a influência na formação dos sujeitos nesse campo, bem como, se esse espaço social apresenta os elementos fundamentais e relativamente invariantes da definição de campo que se pode extrair das diferentes obras de Pierre Bourdieu é o objetivo principal deste trabalho.

O pressuposto por nós adotado é que o campo constitui um espaço relativamente autônomo, que apresenta uma estrutura definida pela distribuição, entre seus membros, de diferentes espécies de capital, de modo que as posições são caracterizadas por certa configuração dessa distribuição à qual corresponde, o *habitus*.

Bourdieu localiza no conceito de *habitus* *uma disposição incorporada, quase postural... o lado ativo do conhecimento prático que a tradição materialista, sobretudo com a teoria do reflexo tinha abandonado*. (Bourdieu, 2004, p. 61). A construção do *habitus* é explicada por Bourdieu como sendo

o produto de um trabalho social de nomeação e de inculcação ao término do qual uma identidade social instituída por uma dessas "linhas de demarcação mística", conhecidas e reconhecidas por todos, que o mundo social desenha, inscreve-se em uma natureza biológica e se torna um *habitus*, lei social incorporada. (Bourdieu, 2004, p. 64)

Entendemos que há uma relação que se estabelece entre as características reconhecidas de determinada condição econômica e social - volume e estrutura do capital - e os traços distintivos conexos à posição correspondente nos campos e essa relação só é inteligível pela construção do *habitus*.

Nossa pergunta central, portanto, é: há um campo denominado Saúde Coletiva no Brasil? Se há esse campo, como se conforma sua identidade e qual sua influência na formação em saúde, seja na graduação ou na pós-graduação?

Em síntese, buscamos na organização deste trabalho, conhecer por intermédio dos instrumentos analíticos propiciados pela praxiologia de Bourdieu, as propriedades, atores sociais e características do campo da Saúde Coletiva no Brasil e suas relações com a formação dos atores nesse campo.

Assim, com base nos pressupostos acima designados, organizamos o nosso trabalho de pesquisa.

## **Caminho da investigação**

O que buscamos quando estabelecemos quais caminhos percorremos ou quais serão os procedimentos metodológicos necessários na apreensão do objeto de estudo, é, na verdade, a coerência entre o que denominamos de prática social da pesquisa e seus fundamentos na ciência, ou nas ciências, com base no diálogo estabelecido com os autores com os quais se quer compartilhar a definição de ciência, ou do sentido social dessa definição.

Dessa compreensão resultou o que estabelecemos como procedimentos para a realização dessa pesquisa e explicitamos a seguir.

Inicialmente realizamos leituras de caráter teórico-filosófico, que nos propiciaram toda a base metodológica para interpretação da realidade e para iluminar a nossa trajetória de estudo. Delineamos o marco teórico, a Teoria da Práxis de Pierre Bourdieu que nos permitiu a análise do nosso objeto de pesquisa, o “campo” da Saúde Coletiva no Brasil. Estabelecemos o método e as técnicas para apreensão do objeto e considerando a sua natureza e os interesses de compreensão desse objeto, utilizamos um estudo de revisão bibliográfica, por meio da busca retrospectiva na base de dados eletrônicos *Scientific Electronic Library Online* - SCIELO abrangendo os anos de 1985 a 2010. Selecionamos também autores que nos auxiliassem na compreensão dos conceitos relacionados à ciência e à saúde.

A praxiologia de Bourdieu permitiu o aprofundamento da compreensão do objeto a partir dos conceitos de **campo** e **habitus**.

Coube-nos também conhecer os aspectos históricos e teóricos da construção dessa área chamada Saúde Coletiva, desde a sua gênese, como

Sociologia da Saúde até a configuração de uma identidade do que denominamos campo da Saúde Coletiva no Brasil.

## **Como organizamos o trabalho**

Com o caminho de investigação delineado e explicitado, foi necessário dar um contorno ao trabalho, uma ordem de exposição, nas palavras de Bourdieu (2007, p. 461) *tão próxima quanto possível do próprio andamento da pesquisa*.

Inicialmente procuramos realizar uma delimitação teórica dos conceitos bourdieusianos de **campo** e **habitus** aproximando-os do tema que nos interessa mais diretamente, o universo dos saberes e práticas, denominado Saúde Coletiva. A idéia que sustentou esse trabalho foi o de aprofundar a “teoria da práxis ou praxiologia” de Pierre Bourdieu com as dimensões do próprio objeto escolhido nessa tese, a Saúde Coletiva como espaço social conforme concebido por Bourdieu. Também descrevemos a direção e o caminho percorrido no encontro com o objeto, que chamamos de metodologia. Assim constituiu-se o Capítulo I, que denominamos de **Fundamentos teóricos e metodológicos da formação de um campo**.

No Capítulo II conhecemos e registramos a trajetória histórica, a origem e a construção do campo da Saúde Coletiva, que se constitui em nosso objeto. Dividimos para fins de organização, essa trajetória em três partes que delimitamos assim: I) Das ciências Sociais e da medicina à construção da Sociologia da Saúde. II) A gênese da Saúde Coletiva no Brasil. III) Os movimentos sociais, as lutas e construções. Chamamos este capítulo de **Saúde Coletiva: a constituição de um campo no Brasil**.

No terceiro capítulo submetemos o conjunto dos dados coletados à análise. Primeiro analisamos três artigos relevantes para a área, de três autores dos mais citados nas publicações e que utilizam a concepção de campo para debater a Saúde Coletiva. Nesta perspectiva analisamos a formação do campo segundo Bourdieu. Na segunda parte do terceiro capítulo apresentamos a exposição do material analisado (revisão integrativa) segundo a análise de conteúdo e

dialogamos a respeito da Saúde Coletiva como um campo formativo e sua identidade política na formação.

Assim concluimos este estudo, sintetizando nosso esforço e ressaltando, à luz das teorias propostas, os pontos relevantes do trabalho.

# ***CAPÍTULO I- Fundamentos Teóricos e Metodológicos da formação de um campo***

*diferente da teoria teórica (...) a teoria científica apresenta-se como um programa de percepção e de ação só revelado no trabalho empírico em que se realiza.*

*Pierre Bourdieu, O poder simbólico.*

## FUNDAMENTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DA FORMAÇÃO DE UM CAMPO

A intenção neste capítulo é tratar de aspectos fundamentais da construção teórica e conceitual da sociologia da práxis desenvolvida por Pierre Bourdieu bem como expor o caminho e a direção que adotamos para a apreensão do nosso objeto de pesquisa.

Inicialmente buscamos uma compreensão do nosso objeto, considerando o objetivo do nosso estudo na teoria da práxis de Bourdieu, na tentativa da apreensão dos conceitos ora propostos para este estudo e, a partir de então, configurarmos o campo segundo os dados encontrados na pesquisa.

### 1.1 - Pierre Bourdieu e os conceitos de campo e habitus

#### O conceito de campo

Dos dois conceitos de Bourdieu que abordaremos, o conceito de campo é o mais central no nosso trabalho e sua profundidade em termos teóricos é bastante relevante. Há que se destacar seu aparecimento “tardio” no *corpus* teórico do autor.

Na teoria de Bourdieu, o conceito de campo não é o mais tematizado, nem o mais bem definido. Ele parece assumir um lugar de consenso como um dado imediato da realidade, de onde advém seu vasto uso na sociologia e afins. No entanto, quanto ao seu modo de funcionamento e suas características como conceito, não é tematizado devidamente (Montagner, 2003).

A melhor definição de campo parece ser a que se segue, fornecida pelo autor:

*Espaços estruturados de posições (ou postos) cujas propriedades dependem de sua posição nesses espaços e que podem ser analisadas independentemente das características de seus ocupantes (em parte determinadas por elas). (Bourdieu, 1984, p.29)*

Cada campo responde por um tipo de capital específico e de recompensas distintas, responsáveis pela atração e entrada dos pretendentes aos raros capitais que aí se disputam. O direito de entrada é a aceitação do jogo e a incorporação desse jogo sob a forma de *habitus*, mesmo que a estratégia individual do agente seja de subversão do campo e não a de sua conservação.

O conceito de campo para o autor designa uma noção de autonomia, historicamente constituída, resultante de uma dinâmica própria e interna a esse campo. Como resultado desse processo, estabelece-se um conjunto de normas, regras, esquemas de percepção e de classificação específicos a esse campo relativamente autônomo. Esse código específico é chamado por Bourdieu de *illusio*, código de normas imposto a cada indivíduo que ingressa no campo e:

(...) funciona como um sistema historicamente situado e datado de esquemas de percepção, de apreciação e de expressão que definem as condições sociais de possibilidade e da produção e da circulação das obras culturais(...) (Bourdieu, 1996, p.304).

A *illusio* existe como um estado de objetivação de um campo, em suas estruturas sociais e ao mesmo tempo materiais, a saber: documentos, instrumentos, meios de produção, livros, bibliotecas. Por outro lado, essa *illusio* está presente em estado incorporado nos indivíduos, nas estruturas mentais e nas disposições que constituem os *habitus* (saberes, técnicas, habilidades).

A estrutura de um campo em um determinado momento representa o resultado da relação de força entre os agentes, localizados em suas posições dentro do campo (que resultam da distribuição do capital em jogo) e as instituições engajadas na luta. Os agentes sociais estão inseridos nessa estrutura e suas posições no campo dependem do seu capital, desenvolvendo, eles mesmos, estratégias orientadas para a conservação ou transformação dessa estrutura (Bourdieu, 2004). Para o autor

[...] quanto mais as pessoas ocupam uma posição favorecida na estrutura, mais elas tendem a conservar ao mesmo tempo a estrutura e sua posição, nos limites, no entanto, de suas disposições (isto é, de sua trajetória social, de sua origem social) que são mais ou menos apropriadas à sua posição. (Bourdieu, 2004, p. 29).

Tendo apresentado aqui algumas noções das propriedades gerais dos campos e lembrando a necessidade de relacionar essas características com o nosso objeto de pesquisa, faremos algumas aproximações conceituais com as propriedades específicas dos campos científicos.

### **O Campo Científico**

Para Pierre Bourdieu (2004) a luta científica é um confronto armado, entre adversários poderosos que possuem um capital científico coletivamente acumulado no campo e pelo campo e, portanto, incorporado em cada um dos agentes. No campo científico há um trabalho de objetivação, fundado e regido por um contrato implícito, de ordem política e cognitiva, sobre aquilo que os concorrentes estão de acordo acerca dos princípios de verificação da realidade. Essa é uma das especificidades do campo científico. Outra especificidade é aquilo com que se defronta no campo. Nesse confronto há construções sociais concorrentes e os adversários se destinam a fazer valer uma maneira de ver, onde os agentes lutam por representações fundadas em uma realidade que é

dotada de todos os meios de impor seu veredito mediante o arsenal de métodos, instrumentos e técnicas de experimentação coletivamente acumulados e coletivamente empregados, sob a imposição das disciplinas e das censuras do campo e também pela virtude invisível da orquestração dos habitus (Bourdieu, 2004, p.33)

É certo que o mundo da ciência, o campo científico, assim como o mundo político, religioso ou econômico, reconhece em seu interior, relações de força, acumulação de capital e poder, relações de dominação, que exigem uma apreensão por parte de seus agentes dos seus meios de produção e de

reprodução. Esse campo conhece também as lutas que têm por objeto de disputa o controle desses meios de produção e reprodução específicos desse campo, mediante o acúmulo de capital que proporciona acesso ao poder e às estratégias de conquista ou conservação do campo.

Bourdieu afirma que no campo há lugar para duas formas de poder que correspondem a duas espécies de capital científico: um poder temporal, também chamado de político e um poder específico, que nominamos “prestígio” (2004, p.35). O primeiro está relacionado ao poder institucional e institucionalizado e ligado à ocupação de posições importantes nas instituições científicas, direção de laboratórios, departamentos, centros, comissões e comitês entre outros; poder de produção (assinaturas e decisões de contratos, créditos etc.) e poder de reprodução (poder de nomear, fazer “herdeiros”). O outro poder, o específico, está mais relacionado ao reconhecimento pelos pares ou pela fração mais consagrada do campo.

Quanto às duas espécies de capital científico, Bourdieu afirma que eles têm leis de acumulação diferentes. O capital científico que o autor chama de “puro” advém das contribuições ao progresso do conhecimento científico (invenções, publicações, descobertas) e dá aos intelectuais a capacidade de inovação e de criação de novas regras do jogo, alterando as relações de força do campo e sua própria posição nesse campo e o capital científico das instituições, que são adquiridos por estratégias políticas específicas e tem como fator comum o tempo. Esse tipo de capital é baseado no “poder temporal” exercido dentro do campo, através de estruturas hierarquizadas de poder não especialmente científicas (instituições de fomento, Academias, comissões diversas, instâncias administrativas como reitorias universitárias, órgãos deliberativos de políticas científicas), mas que exercem sua força dentro do campo, contribuindo também, a exemplo da capacidade de novas criações intelectuais, para alterar a estrutura do campo científico (Bourdieu, 2001b, p.114). Esses dois capitais estão relacionados com o grau de independência do campo, e o capital científico está mais bem guardado quanto mais o campo é autônomo e auto-sustentável.

Enfim, o que realmente distingue um campo científico, é justamente a luta pela definição da legitimidade das normas e valores em comum nesse campo, luta esta que termina por definir o que é ou não científico e pela construção

constante dos novos objetos de disputa no campo. Mediando a relação entre o campo e seus agentes está o *habitus*, que é o princípio gerador de práticas que admite uma capacidade criadora estratégica, flexível e adequada ao jogo.

## O Conceito de Habitus

A presença do conceito de *habitus* em Bourdieu remonta aos seus primeiros trabalhos de antropologia social, como os de análise da sociedade Cabila ou das populações camponesas do interior da França (Montagner, 2003).

O que Pierre Bourdieu define como *habitus* científico é

[...] uma regra feita pelo homem ou, melhor, um *modus operandi* científico que funciona em estado prático, segundo as normas da ciência, sem ter essas normas em sua origem: é esta espécie de sentido do jogo científico que faz com que se faça o que é preciso fazer no momento próprio, sem ter havido necessidade de tematizar o que havia que fazer, e menos ainda a regra que permite gerar a conduta adequada (Bourdieu, 2001 p.23).

Esse *habitus* científico é o produto da história e produz as práticas individuais e coletivas conforme os esquemas arquitetados pela história (Bourdieu, 2009). É ele que garante a presença ativa do *modus operandi* de um campo específico, direto e sem mediações, inscrito em experiências passadas, que sobrevive na atualidade e tende a se perpetuar no futuro.

Nesse estudo, tomaremos a prática científica como objeto que se apreende através de um *habitus* científico, segundo o qual os pesquisadores são conformados ao *modus operandi* e imprimem essas especificidades em suas publicações científicas.

### 1.2 - O caminho e a direção – por uma metodologia ampliada

Uma inquietação inicial constituiu-se no modo de pensar e refletir sobre a pesquisa, já que o tema e o objeto haviam sido escolhidos, o campo da pesquisa estava traçado, mas faltava o *modus operandi* do trabalho, algo que relacionasse

a construção do nosso pensamento, não como algo recortado, dividido estruturalmente em capítulos, mas que fosse uma expressão conjunta da nossa reflexão e do autor escolhido como eixo teórico desse estudo.

Aliada a essa necessidade preeminente havia uma inquietação pessoal quanto ao modo como a metodologia vem sendo tratada ultimamente no processo científico, não mais como um terreno de possibilidades em que ela se constitui conjuntamente ao processo reflexivo e epistemológico de todo trabalho científico, mas, metaforicamente, como uma espécie de caixa fechada que o pesquisador abre e onde encontra as possibilidades de instrumentos que ele deverá levar na sua “viagem” ao topo da sua montanha, ao longo de muitos passos.

E quando pensamos em passos nos sentimos mais próximos do que identificamos como método, que na essência da palavra consiste em *meta* – na direção de, e *odos* – caminhos, e que pode ser descrito, entre outras coisas, como o caminho necessário para se chegar a um resultado. Mas como proceder ao longo desse caminho, quais os tipos e as relações entre as técnicas, que atividades sistematizar e racionalizar são as tarefas que se buscam no caminhar metodológico. (Dalberio, 2009)

Essa é uma preocupação que atinge outros teóricos que pensam sobre a metodologia dos trabalhos científicos, como Minayo que ao escrever sobre metodologia afirma que não se deve restringi-la a um conjunto de técnicas, mas sim, que

[...] a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisado. (Minayo, 1998, p.22)

O aprisionamento de todo processo criativo do pesquisador aos moldes acadêmicos, às exigências quanto à escrita e formas pré-determinadas de realizar e expor o trabalho, aos tipos de métodos para determinados tipos de objetos e às técnicas estipuladas que possibilitam uma espécie de mapa de “como fazer” a pesquisa, acabam por transformar a metodologia em uma etapa recortada do processo de trabalho.

Pensamos que é importante o questionamento e o cuidado em não fazer da metodologia apenas uma “cartilha” para se atingir o seu objetivo com êxito, pois entendemos a metodologia como um corpo teórico e de técnicas, não

estando reduzida ao que Bruyne et al. (1977) denominam como uma “metrologia”, ou seja, restrita apenas às técnicas da pesquisa e de análise, mas sim, como uma etapa do trabalho científico que deve conter os procedimentos, o produto da investigação e também o processo da produção do conhecimento.

Feito o necessário esclarecimento que a metodologia teria que representar o todo do trabalho, que ela seria a exposição do eixo teórico, métodos e técnicas, descrição e análise, configurando o processo de elaboração, realização e reflexão do trabalho, pudemos adentrar no universo dos conceitos que nos interessavam para esse estudo.

Porém, antes de tratarmos da leitura e análise desses conceitos nas obras de Bourdieu, sentimos a necessidade de estimular uma ruptura quanto à origem etimológica dos principais conceitos que esse autor utiliza e que é relevante no contexto deste estudo: campo e *habitus*. Essa abordagem inicial é justificada metodologicamente pelo próprio autor quando nos incita a romper com nossa familiaridade com os conceitos e a realidade social como ela se nos apresenta. Quando falamos de Saúde Coletiva o conceito de campo é largamente utilizado. Romper com as pré-noções, formadas no uso comum e rotineiro das definições, requer uma retomada das palavras dentro do contexto de seu uso social.

Nas produções que analisamos para elaboração deste trabalho, o conceito de campo está presente sempre que se discute qualquer aspecto relacionado ao movimento ideológico, intelectual, histórico ou social que originou esse espaço científico denominado de Saúde Coletiva. No entanto, quase sempre o uso do termo campo não apresenta qualquer compromisso conceitual na sua utilização, nos parecendo mesmo que o seu emprego é mais um fator usual, corriqueiro da palavra, do que preocupação com a definição do conceito em si. Vale aqui revelarmos que essa tarefa também não foi fácil a nós, na redação desse trabalho. Inicialmente tínhamos a preocupação de não empregar a palavra campo prematuramente ao referir-se à Saúde Coletiva justamente por tratar-se do objeto desta tese e para não favorecer ao leitor o uso comum do termo antes do debate propriamente dito, central a este estudo que estamos propondo. Ainda assim, inúmeras vezes o empregamos (por vezes destacado com aspas) como se não houvesse qualquer outra forma de descrever aquilo que buscávamos dizer, todavia, posteriormente compreendemos a legitimidade de tal uso, visto que ele

preside nosso *habitus* enquanto ator nesse espaço social nominado Saúde Coletiva.

Outra questão que gostaríamos de abordar é o formato que elegemos para expor as bases teóricas aqui eleitas para fundamentar este trabalho. Com frequência o que vemos nos trabalhos é um espaço destinado a expor a fundamentação teórica e metodológica que o norteia, isolando a apresentação dos conceitos propostos pelos autores estudados, sob forma de citações e com comentários e discussões a respeito, criando junções, nexos, com o trabalho em questão.

Como a nossa proposta é discutir um tema intrinsecamente ligado às produções em Saúde Coletiva e isso diz respeito à nossa prática profissional, acreditamos que em todos os momentos deste trabalho deveria transparecer uma discussão intimamente ligada ao nosso pensar e fazer. Destarte optamos por trabalhar os conceitos de **campo** e *habitus*, na perspectiva da praxiologia de Bourdieu, fazendo-os emergir das próprias produções que analisamos e assim criando um diálogo com os autores e analisando os textos à luz da teoria.

De acordo com Bruyne et al. (1977) a realidade com a qual nos deparamos cotidianamente, lócus de nossas experiências e da produção do conhecimento espontâneo é descrita como o campo doxológico, ponto de partida necessário para o pesquisador realizar o seu trabalho e satisfazer a resolução de suas indagações, ou seja, o processo de objetivação dos fatos. Ao coletarmos uma informação, o próprio processo de coleta deve ser descrito como algo coerente às indagações e hipóteses iniciais, deve ser rigoroso, cuidadoso na elaboração do instrumento e de seu manuseio pelo pesquisador, pois é na coleta que se inicia a transformação da informação em um “dado”. Um dado deve conter duas características primordiais: deve ser coerente e pertinente às hipóteses teóricas e deve verificar a validade ou não dos sistemas teóricos que iluminaram a elaboração das hipóteses.

Assim, o processo de elaboração do dado iniciado na coleta permitirá realizar a transição que os autores definem como a passagem do solo doxológico para a região epistêmica. Tal processo permitirá que o pesquisador realize a objetivação dos fatos, ou seja, que ele transcreva os dados em fatos, sendo estes não tidos como verdadeiros a priori, mas sim, objetivados, confrontados com o

campo teórico que os ilumina e do qual fazem parte. Os autores descrevem de forma significativa esse “ir e vir”, o eterno movimento de questionar e se deixar questionar pela teoria, pelos dados, que o pesquisador deve almejar e manter durante a elaboração, realização e finalização do seu ofício. Como afirma Bruyne et al.:

(...), os fatos científicos são conquistados, construídos, constatados (Bachelard), sua própria natureza é instrumentada, pelas técnicas que os coletaram, tornada significativa pelo sistema teórico que os produziu, acolheu. (Bruyne et al., 1977, p. 203)

Neste estudo optamos, em função do objetivo da pesquisa, pelo uso de uma revisão bibliográfica, por meio de busca retrospectiva na base de dados eletrônicos *Scientific Electronic Library Online* – SCIELO. A SCIELO é o resultado de um projeto de pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, em parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde - BIREME. Desde 2002, a SciELO conta com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, que tem por objetivo o desenvolvimento de uma metodologia comum para a preparação, armazenamento, disseminação e avaliação da produção científica em formato eletrônico.

Dentre os métodos de revisão bibliográfica, a revisão integrativa é o mais amplo e tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Desde 1980 a revisão integrativa é relatada na literatura como método de pesquisa (Roman e Friedlander, 1998).

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. Para a elaboração da revisão integrativa, no primeiro momento o revisor determina o objetivo específico, formula os questionamentos a serem respondidos ou hipóteses a serem testadas e então realiza a busca para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos

critérios de inclusão previamente estabelecidos (Beyea e Nicoll, 1998). Posteriormente, o revisor avalia criticamente os vários estudos selecionados e de acordo com os critérios de exclusão chega-se a uma redução do número de estudos incluídos na fase final da revisão. Os dados coletados desses estudos são analisados de maneira sistemática e finalmente os dados são interpretados, sintetizados e conclusões são formuladas originadas dos vários estudos incluídos na revisão integrativa.

Nesse estudo optamos pela revisão integrativa e cumprimos as etapas previstas neste tipo de pesquisa.

A primeira fase da revisão integrativa presume uma questão norteadora que para a seleção dos artigos neste estudo estabelecemos: A Saúde Coletiva compõe-se como campo científico na formação e possui uma identidade política?

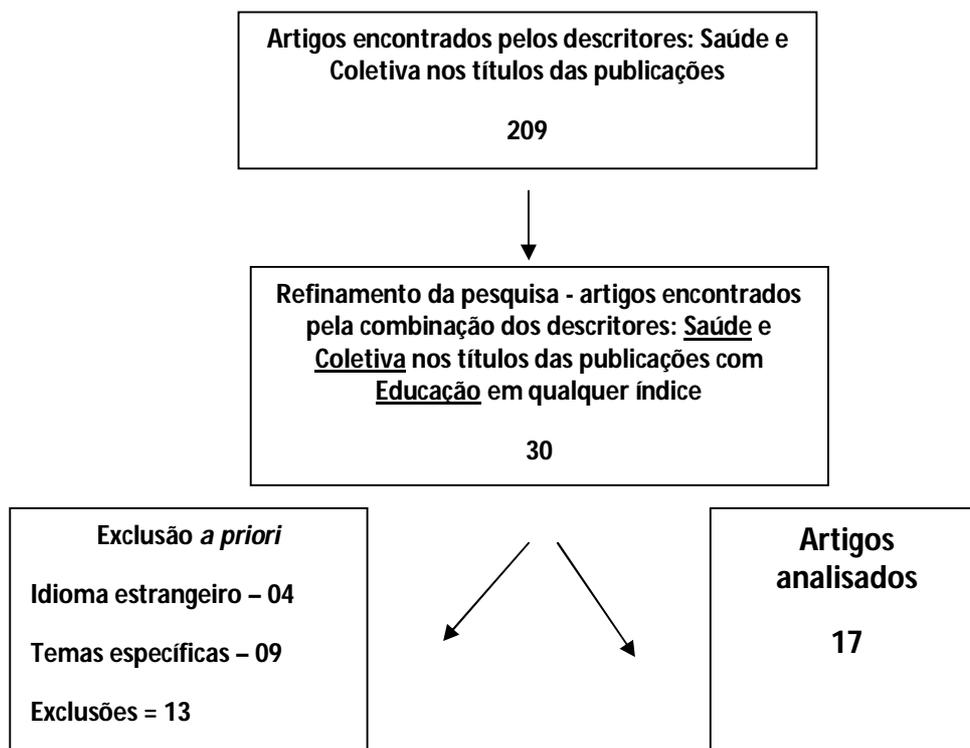
Assim realizamos na base de dados proposta, uma busca por produções científicas que se configurariam no arcabouço do nosso *corpus* para análise sobre o campo da Saúde Coletiva, na perspectiva da formação. Esse levantamento foi realizado no mês de maio de 2011 e incluíam todas as produções publicadas no site até dezembro de 2010. A delimitação temporal acompanhou o artigo mais antigo encontrado na base de dados, datado de 1985. Nesta etapa utilizamos como descritores as palavras **Saúde** e **Coletiva** que deveriam estar contidas no título do trabalho. A exigência das palavras no título deve-se à importância do tema para aquela publicação, visto que de outra maneira teríamos um número ilimitado de artigos e que não corresponderiam ao nosso objeto. Após a primeira pesquisa com esses descritores foram encontrados 209 artigos (Anexo 1) e então realizamos o refinamento da pesquisa combinando os descritores iniciais com o descritor **Educação**, podendo este estar contido em qualquer índice da base de dados já que o interesse do estudo era compreender o campo da Saúde Coletiva e suas interfaces com a formação. Utilizamos o descritor Educação (e não formação) por representar um conceito mais abrangente, que inclui a perspectiva da formação e assim assegurarmos que não excluiríamos artigos importantes para a nossa análise. Obteve-se assim um total de 30 artigos (Anexo 2).

Para a seleção dos artigos recorreu-se à avaliação de títulos e resumos, obedecendo rigorosamente os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, publicados na íntegra em periódicos brasileiros e que abordassem o campo da

Saúde Coletiva na sua dimensão formativa. Foram excluídos *a priori* as publicações em idiomas estrangeiros e aqueles que relacionavam a Saúde Coletiva com algum tema ou área específica e reduzia a sua compreensão apenas àquela área, como por exemplo, artigos denominados de Saúde Bucal Coletiva.

Após exclusão dos artigos com a aplicação dos critérios de inclusão/exclusão restaram 17 artigos (Anexo 3) que foram analisados individualmente. Para a análise leu-se os artigos na íntegra seguindo um roteiro e distribuindo os artigos selecionados em um quadro sinóptico contendo as variáveis para caracterização das publicações.

As etapas de seleção dos artigos estão representadas graficamente na Figura 1.



**Figura 1** – Esquema gráfico das etapas de seleção dos artigos para análise

Após a seleção elegeu-se as variáveis para caracterização dos 17 artigos incluindo ano de publicação, periódico e tema. Para garantia do anonimato dos autores, a análise das publicações foi precedida pela codificação das mesmas com algarismos romanos em sequência de I a XVII.

Artigo	Ano de publicação	Periódico	Tema
I	2010	Trabalho, Educação e Saúde	Graduação
II	2010	Saúde & Sociedade	Graduação
III	2006	Revista de Saúde Pública	Pós-graduação
IV	2009	Rev. Escola de Enfermagem da USP	Graduação
V	2003	Rev. Escola de Enfermagem da USP	Graduação
VI	2005	Rev. Escola de Enfermagem da USP	Pós-graduação
VII	2008	Rev. Brasileira de Epidemiologia	Pós-graduação
VIII	2010	Rev. Brasileira de Educação Médica	Graduação
IX	2006	Rev. Brasileira de Educação Médica	Graduação
X	2008	Rev. Brasileira de Educação Médica	Graduação
XI	2010	Physis	Pós-graduação
XII	2010	Interface (Botucatu)	Pós-graduação
XIII	2009	Interface (Botucatu)	Pós-graduação
XIV	2006	Interface (Botucatu)	Graduação
XV	2010	Ciência & Saúde Coletiva	Graduação
XVI	2004	Ciência & Saúde Coletiva	Graduação
XVII	1992	Cadernos de Saúde Pública	Pós-graduação

**Quadro 1** – Distribuição dos artigos selecionados, segundo variáveis elegíveis para a caracterização. SCIELO, 1985 a 2010

O Quadro 1 apresenta a caracterização dos artigos selecionados segundo as variáveis estabelecidas e aponta um intervalo temporal de 18 anos entre os artigos publicados. Nos anos 1990 houve apenas uma publicação referente ao estudo em questão. 2010 foi o ano que apresentou o maior número de publicações (6 – 35,2%).

Em relação ao periódico, todas as publicações ocorreram em revistas da área e 53% (9) das publicações ocorreram em três títulos de periódicos. Quanto ao tema a Saúde Coletiva como espaço de formação na graduação em saúde apareceu em 58,8% (10) dos artigos analisados e como formação específica na pós-graduação em 41,2% (7).

Com os dados coletados, optou-se por analisá-los segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009). Dessa análise surgiram duas categorias principais que denominamos de **Formação e Identidade Política**.

A discussão dos dados e sua análise constituem-se no Capítulo III dessa Tese.

Tratamos a seguir da construção histórica e teórica desse campo de conhecimento chamado Saúde Coletiva.

## ***CAPÍTULO II – Saúde Coletiva: a construção de um campo de conhecimento***

*Penso que esse dimensionamento do coletivo é correto, e acrescento que a sua historicização é fundamental; pois, dessa forma, pode-se reconhecer a sua existência como fato e acontecimento, impondo que a sua apreensão seja resultado de um caminho que encontre na epidemiologia, de um lado, e nas ciências humanas, de outro, as bases para a contínua construção do seu objeto.*

**Everardo Duarte Nunes, 1994.**

## SAÚDE COLETIVA: A CONSTRUÇÃO DE UM CAMPO DE CONHECIMENTO

Há alguns anos, quando ainda atuávamos em um serviço de saúde pública e discutíamos novas formas de sermos trabalhadores em saúde, refletimos em grupo, o poema “Volto Armado de Amor” de Thiago de Mello. Realizávamos o exercício tentando demonstrar a experiência do comprometimento político com uma causa, naquela ocasião, os preceitos da saúde coletiva e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Das ricas discussões coletivas até hoje se passaram muitos anos, mas algo permaneceu imutável a nós. É impossível pensar a Saúde Coletiva longe da sua historicidade e do seu jeito político de ser. Assim frente às inúmeras possibilidades de abordagem do tema, fizemos uma escolha. Pela lição de Bourdieu, começaremos pela História.

Neste capítulo pretendemos resgatar os fundamentos da construção do campo, ou seja, o movimento do campo em sua formação no Brasil. Não o faremos como o faria um historiador de ofício. Afinal não o somos. Mas entendendo que a análise da história do campo é a única forma legítima e inseparável de análise do processo de autonomização do campo de produção (Bourdieu, 1998a, p.71).

Para o autor o movimento do campo para a autonomia pode ser considerado um *processo de depuração em que cada gênero se orienta para aquilo que o distingue e o define de modo exclusivo, para além mesmo dos sinais exteriores, socialmente conhecidos e reconhecidos, da sua identidade* (1998a, p.70). Nesse processo, vamos caminhando do externo para o interno. Daquilo que vemos e reconhecemos como identidade de um campo para aquilo que o define realmente como campo. Expressa uma forma de apreensão deliberadamente escolhida: partir do conhecido para buscar o produto do longo e lento trabalho da história que acompanha o processo de autonomização de um campo. De refinamento em refinamento, vamos trazendo, à luz da compreensão, as lutas que têm lugar no campo e seus produtos, a intenção objetiva escondida debaixo da intenção declarada. Este é o trabalho que se apresenta àqueles que se põem

como analistas de um campo, o de buscar o processo histórico como um *abstrator* da essência do que se quer apreender.

Nessa perspectiva, temos como objetivo neste segundo capítulo caracterizar e reconhecer o campo da Saúde Coletiva com seus principais referenciais teórico-conceituais, a história da constituição do campo da Saúde Coletiva no Brasil e a dimensão científica e política nesse/desse campo.

## **2.1 - Das ciências Sociais e da medicina à construção da Sociologia da Saúde**

Os nexos entre Ciências Sociais e Saúde Coletiva são bastante evidentes e extensivamente discutidos por cientistas sociais e intelectuais da Saúde Coletiva. É certo que as Ciências Sociais marcaram de forma contundente a trajetória e a configuração desse campo de conhecimento e práticas. Sentimos a necessidade de compreender em que ponto da história e quais fatores motivaram o “encontro” da sociologia e da medicina, gerando o que chamaremos, neste momento, de Sociologia Médica, portanto, a precursora histórica, do que mais tarde se configurará no Brasil, como o campo da Saúde Coletiva.

Em um célebre trabalho publicado em 1971 por Nelly Candeias e intitulado “Sociologia e Medicina” a autora atribui aos padrões de doenças e mecanismos de prevenção baseados em fatores de natureza sócio-culturais, a migração de médicos e demais profissionais da saúde para as ciências sociais em busca de aprofundamento dos conhecimentos a respeito dos fenômenos sociais presentes no processo saúde-doença (Candeias, 1971, p.111). Assim, segundo a autora, a Sociologia passou a fazer parte do currículo médico nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha, tornando-se cada vez mais relevante para o ensino e a pesquisa nas ciências da saúde.

Para Nunes (1992) a trajetória de incorporação das ciências sociais em saúde ocorre dentro de um movimento maior na sociedade que é o período pós Segunda Guerra Mundial. As mudanças que acontecem em todos os países provocam alterações nos sistemas de ensino e saúde, incentivando, de certa forma, estudos que respondam aos problemas relacionados com fatores sócio-

culturais como desordens mentais na população relacionada ao serviço militar e transtornos psiquiátricos pós-guerra.

Dada a influência dos Estados Unidos na América Latina, especialmente quando as condições geradas no pós-guerra influenciaram as transformações ocorridas no continente americano, abordaremos, no intuito primeiro de subsidiar a compreensão da gênese da Saúde Coletiva na América Latina e no Brasil, as origens da Sociologia Médica nesse país.

### **As origens da Sociologia Médica nos Estados Unidos da América**

Certamente a história da Sociologia Médica nos Estados Unidos poderia ser contada a partir de diversas fontes, mas, nas palavras de Nunes, a

que foi escrita por Samuel W. Bloom [intitulada] *Word as Scalpel: a History of Medical Sociology* e publicada em 2002, constitui a mais detalhada história do desenvolvimento e institucionalização da Sociologia Médica nos Estados Unidos, mostrando como esse campo de conhecimento iria se constituir em um dos mais férteis para a sociologia e para a medicina (Nunes, 2007, p. 193).

Para Bloom, as origens mais remotas da Sociologia Médica podem ser encontradas no interior da medicina do século XIX, considerando as concepções como a saúde pública e a medicina social. O autor ressalta que os estudos realizados neste período eram relacionados com a luta por direitos políticos e sociais da classe média européia, pelas lutas da classe trabalhadora inglesa e pelas mudanças tecnológicas e sociais causadas pela Guerra Civil nos Estados Unidos.

Nunes (1992) também aponta trabalhos deste período nos Estados Unidos, inclusive sob a denominação de sociologia médica. É evidente que esses trabalhos possuem características bem distintas daquelas que viriam mais tarde identificar o campo.

Para Bloom havia um cenário bastante complexo e diversificado no final do século XIX, cuja análise nos ajuda a entender a emergência da sociologia médica. Primeiramente, para o autor, esse fenômeno só poderá ser entendido dentro do contexto da universidade norte-americana antes de 1920. A situação dada era

que, no final do século XIX, a ciência social e a medicina apresentaram grandes avanços no sentido de sua independência intelectual da Europa. Isto só foi possível com a reorientação da universidade nos Estados Unidos, com sua secularização e uma nova orientação de caráter empírico-científica. Paralelamente, ocorre a emergência da escola médica moderna. Associado a tudo isso, haviam também as condições relacionadas intrinsecamente às ciências médicas e que favoreciam, naquele momento, o surgimento da sociologia médica.

Culturalmente a medicina sempre conviveu com o reconhecimento da importância dos fatores sociais em saúde. Desde Hipócrates, já havia descrições a respeito desses fatores e suas implicações na saúde. Também as ciências médicas sempre tiveram que dar conta das explicações sobre as epidemias e dos seus processos de controle e prevenção, especialmente nas áreas urbanas. Assim, a medicina social emergiu no século XIX como um movimento que pretendia investigar problemas à luz das ciências sociais, mas as idéias limitaram-se a desencadear ações de saúde pública e desenvolvimento de infra-estrutura sanitária em resposta aos emergentes problemas urbanos que surgiam na sociedade.

Bloom (2002, p.11) afirma que

A sociologia médica, em suas origens no século XIX, é derivada da superposição desses três conceitos: a medicina como ciência social, medicina social e sociologia da medicina. Todas as três interessadas em explicar a interação entre as condições sociais e problemas médicos a idéia de que a doença humana é sempre mediada e modificada pelas atividades sociais e ambiente cultural.

Esse é o cenário que configura o pano de fundo para o surgimento da sociologia médica nos Estados Unidos, que vai institucionalizar-se nas primeiras décadas do século XX.

As décadas iniciais do século XX, segundo Bloom, assistiram ao desenvolvimento da psiquiatria social alavancada em parte pelas ações militares relativas às guerras do período, mas também se estabeleciam relações entre industrialização/urbanização-doença mental. Foi um período profícuo de produções, mas bastante marcado por trabalhos acadêmicos de cunho individual, não institucionalizado e realizados por sociólogos e médicos com origem na saúde pública. Mesmo com a produção crescente, ainda não havia um contorno

definido da sociologia médica, o que vai ocorrer somente no período pós-Segunda Guerra. Paralelo ao fenômeno do estabelecimento da sociologia médica há também, neste período, um importante desenvolvimento intelectual da sociologia nas universidades de Chicago, Harvard e Yale.

Outro fator reconhecidamente importante para a sociologia médica dos Estados Unidos, e que depois influenciaria a educação médica no mundo todo, foi a publicação em 1910 do estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (*Flexner Report*) e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos, com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial. Com sua ênfase no conhecimento experimental, resultantes da pesquisa básica realizada geralmente sobre doenças infecciosas, o modelo conceitual flexneriano reforça a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo.

O trabalho de Flexner, sem dúvida marcou a história da educação médica, porque permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas (Pagliosa; Da Ros, 2008, p. 495), porém desencadeou um processo de exclusão de todas as propostas de atenção em saúde que não fossem condizentes com o modelo proposto. É certo que buscou a excelência no preparo dos futuros médicos, primando pela racionalidade científica e valorizando sobremaneira o treinamento, a qualidade e a quantidade da formação médica, que deveriam responder às necessidades da sociedade (Nunes, 2010, p. 956). Mas, ao focar nesses aspectos, desconsiderou outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde.

Paralelo à reorganização das escolas de medicina nos Estados Unidos, surgem as primeiras escolas de saúde pública contando com pesados investimentos de organismos como a Fundação Rockefeller, inicialmente nos Estados Unidos, e em seguida, em vários países, inclusive na América Latina (Paim; Almeida Filho, 1998, p. 303). Para os autores, as referências teórico-conceituais do movimento da saúde pública de fato não manifestavam qualquer resposta contraditória diante das bases positivistas da medicina flexneriana,

representava, muito mais, uma consequência de processos externos e internos ao campo da Saúde, como a crise econômica de 1929 e o aumento dos custos da implementação tecnológica na medicina.

Havia no país, um poderoso *lobby* das corporações médicas que defendiam mudanças no ensino médico como caminho para a implantação de um sistema nacional de saúde, ao contrário do que acontecia na Europa que investia na reforma do setor saúde. Nos discursos estava presente certa retórica sobre a prevenção, ponto de partida para reformas curriculares e organizacionais. No entanto, o sentido utilizado para o termo prevenção estava bem distante do que conhecemos e representava, segundo Paim e Almeida Filho (1998, p. 303) uma manobra semântica que termina incorporando a totalidade da prática médica ao novo campo discursivo. O movimento dito “preventivista” ganha adeptos e rapidamente se estende ao mundo como uma proposta político-ideológica, um novo modo de se pensar e agir em saúde:

Com entusiasmo compreensível, organismos internacionais do campo da saúde aderem de imediato à nova doutrina, orquestrando uma internacionalização da Medicina Preventiva já francamente como movimento ideológico. Na Europa, realizam-se congressos no modelo Colorado Springs, em Nancy (França), no mesmo ano de 1952, e em Gotemburgo (Suécia) no ano seguinte, patrocinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS); na América Latina, sob o patrocínio da OPS, são organizadas os Seminários de Viña del Mar (Chile) em 1955 e de Tehuacán (México) em 1956. (Paim & Almeida Filho, 1998, p. 303)

Nos anos 1930-50 as pesquisas sobre fatores sócio-culturais na saúde apareceram em diferentes pontos dos Estados Unidos. Eram estudos epidemiológicos, sobre educação médica e surgiam também os primeiros estudos sobre fatores sociais na medicina, na perspectiva do materialismo histórico. Em 1951 é publicado o trabalho de Parsons, *The social system*, que se tornaria um clássico de consulta obrigatória na sociologia médica. Em 1954 inicia-se o primeiro curso de doutorado na área, em Yale (Nunes, 1992, p. 60-61).

Assim, em meados do século XX, o quadro que deu origem à sociologia médica, havia se completado nos Estados Unidos e um novo conceito em saúde e novas formas de pensar a educação médica ganham o mundo. Inicia-se então,

o longo período de consolidação da sociologia médica, que vai estender-se até os anos 1980.

Esses são os fatores originários da Sociologia Médica nos Estados Unidos e o movimento logo alcança a América Latina onde se configurará distintamente do seu país de origem. A apreensão desse processo contribui para o entendimento da gênese da Saúde Coletiva no Brasil.

### **O projeto “preventivista” na América Latina e Brasil**

Dessa forma, a reorientação vinculada aos currículos da educação médica norte-americana, caracteriza-se como uma das vertentes que possibilitaram a inclusão das ciências sociais na saúde e deve ser entendida como um longo processo desencadeado nos Estados Unidos e estendido à Europa e América Latina por meio de inúmeros seminários e conferências.

É bom salientar que o cerne da questão era a reorientação da prática médica, formando profissionais com um perfil moldado em seus cursos de graduação. Neste período os Estados Unidos estabeleciam convênios de cooperação com os países latino-americanos e observa-se que a prática médica, alvo das transformações, é concebida pelos Estados Unidos como fator de aumento de produtividade. Esses convênios bilaterais apresentavam objetivos relativos à saúde: melhorar as condições de saúde de modo a atender os interesses militares; cumprir obrigações assumidas pelo governo relacionadas a programas de saúde; aumentar a produtividade principalmente de materiais essenciais em zonas com piores condições de saúde e, moralmente, demonstrar na prática os benefícios da democracia, ganhando apoio da população civil (Nunes, 2002, p. 62). Não podemos deixar de lembrar que esses objetivos, cuja aparência era de desenvolvimento e organização da comunidade, na verdade faziam parte de uma estratégia de natureza sócio-política, para diminuir a tensão social nas áreas urbanas mais desfavorecidas de recursos e infra-estrutura. Todo esse processo, o modelo de medicina comunitária enquanto prática pedagógica e prática médica nos serviços de saúde, receberia mais tarde críticas contundentes por ser considerado uma forma de manipulação e controle da comunidade.

Evidencia-se com isso que até os anos 1960, há um esforço na direção da promoção das ciências sociais em saúde, seja na proposta pedagógica da educação médica, seja nas pesquisas realizadas até então, e também é evidente a influência norte-americana em toda a trajetória do processo de incorporação do projeto “preventivista”, por meio da reorientação da educação médica e suas práticas, nos países latino-americanos. Essa foi uma fase de muitas contradições e desafios para a incorporação das ciências sociais em saúde, relacionados principalmente às experiências de ensino e pesquisa, que se desenvolviam em ritmos diferentes, com o docente procurando estruturar seu arcabouço teórico para respaldar suas atividades de ensino, mas também buscando desenvolver pesquisas que contribuíssem com a área emergente.

Este era o cenário no qual se tentava implantar a idéia de um campo de saber e práticas, denominado de Medicina Preventiva e Social, criticado posteriormente por Arouca em 1975 que já reconhecia sua fragilidade ao tratar indistintamente o preventivo e o social. Para o autor a medicina preventiva “realiza um trabalho de delimitação, que por um lado afirma a sua identidade e a diferencia da própria medicina e por outro lado estabelece suas diferenças com a saúde pública e a medicina social” (Nunes, 1994, p.9).

Foi nos anos 1970, que no Brasil, começam a acontecer as mais importantes contribuições até então, na área das ciências sociais em saúde. Inicialmente manifesta-se uma crítica aos modelos de ensino e ao referencial teórico e metodológico de cunho funcionalista utilizados. Também o papel das ciências sociais em saúde torna-se a principal proposta de debate naquela década. Grandes avanços acontecem na perspectiva teórica e autores como Polack, Berlinguer, Rosen, surgem como consultas obrigatórias. Também há uma aproximação de Canguilhem, Bachelard, Foucault e Bourdieu para estudos epistemológicos (Nunes 1992, p.66).

Já nos primeiros anos da década 1970, inicia-se um questionamento dos modelos teóricos adotados, até então muito atrelados às concepções estrutural-funcionalistas. A proposta que surge, através de grandes eventos com debates e importantes trabalhos apresentados, é de um modelo alternativo que vai evidenciar a perspectiva que o materialismo histórico representará na área da saúde. Essa perspectiva teórica irá conduzir a produção científica na área a partir

de 1970 e inicia-se na América Latina (Brasil e México) os primeiros cursos de pós-graduação em medicina social, destinando-se apenas a médicos.

Pode-se afirmar que a institucionalização da área aconteceu no período de 1975 a 1980 e representou uma fase de legitimação e identidade caracterizada pela convergência entre os pesquisadores latino-americanos da busca de um marco teórico, a realização de pesquisas empíricas e a formação de recursos humanos (Nunes, 1992, p.68). Lembramos que o referencial da produção científica para o reconhecimento da história de um campo como o que nos propomos a estudar, demonstra os caminhos e as perspectivas que ele vem percorrendo ao longo do tempo. Mesmo não tendo as produções científicas como objeto, elas se mantiveram como norte dos nossos estudos em relação à configuração da sociologia médica ou como preferimos, das ciências sociais em saúde na América Latina e, de forma mais específica, no Brasil.

Conhecer os caminhos de configuração dessa área, inicialmente nos Estados Unidos, depois na América Latina e Brasil nos proporcionou avançar no entendimento do campo da Saúde Coletiva, com suas marcas e identidade bastante forte como campo científico e âmbito de práticas no Brasil. Conhecer as origens das ciências sociais em saúde e sua forma de apropriação no nosso continente é conhecer a história da Saúde Coletiva, que sempre esteve sustentada pelas suas bases políticas, desde sua gênese. E aqui, cabe uma explicação dada por Ugalde (1988) e sustentada por Nunes (1992, p. 76)

Enquanto a teoria social que se desenvolvia nos Estados Unidos era conservadora, a aplicação das ciências sociais na América Latina tinha uma orientação claramente progressista, e de acordo com as classes dominantes latino-americanas, subversiva.

A história da supressão de conteúdos relacionados às ciências sociais, que levou muitos professores e pesquisadores ao exílio, é conhecida no continente. Mas isso não significa que o caráter crítico que a área adota é exclusivamente de cunho político-ideológico. Há também uma contraposição ao modelo de conhecimento de base da escola médica tradicional, marcado pelo biologicismo e pela especialização. Assim por menor que fosse o avanço das ciências sociais em saúde, representava uma grande vitória na luta contra as forças repressivas e o modelo tradicional de educação médica.

A tradição da luta e da superação marcou a origem e a trajetória da Saúde Coletiva em uma conjuntura assinalada por enfrentamentos contumazes de ordem político-ideológicos. E essa trajetória conheceremos a seguir.

## **2.2 - A gênese da Saúde Coletiva no Brasil**

Pensar a saúde coletiva como campo de saber e prática implica necessariamente resgatar as suas bases históricas, as idéias e momentos que subsidiaram o seu surgimento em passado não muito distante.

Como vimos, na América Latina, a saúde coletiva inicia-se como um projeto denominado “preventivista” que tem inculcado em suas raízes, a reorientação tanto dos currículos de ensino médico como das suas práticas nos serviços e tem como referência de data inicial a segunda metade do século XX, mais precisamente a segunda metade dos anos 1950, embora a trajetória tenha sido diferente entre os países latino-americanos.

No Brasil, a trajetória histórica da Saúde Coletiva é bastante específica e uma forma de delimitá-la com fins de melhor compreensão, é adotar a classificação de Nunes (1994) que a divide em três fases cronológicas.

A primeira fase vai até os anos 1970 e é marcada por conceitos preventivistas e também denominada pelo autor de “pré-saúde coletiva”. Ao analisar a emergência de um projeto preventivista latino-americano naquele período, o que percebemos é que já se configurava a crise da própria medicina, tanto em sua teoria, como em sua prática. Com a influência do que estava acontecendo com as escolas médicas nos Estados Unidos e os convênios estabelecidos entre esse país e os países latino-americanos surge a urgência de se reformar o ensino médico, como forma de transformar as práticas médicas através da inclusão de disciplinas como epidemiologia e administração dos serviços de saúde, nos projetos pedagógicos.

Esse modelo seria posteriormente criticado de forma severa pelo modo como as práticas médicas foram empregadas no controle e repressão social, para diminuir a tensão presente em áreas de extrema pobreza e carências de recursos

e infraestrutura, de onde poderia resultar em conflitos e revoluções. No entanto há que se observar o ganho deste período com a inclusão de conceitos sociológicos, antropológicos, demográficos, epidemiológicos e ecológicos na educação médica (Nunes, 1994, p. 7). Para o autor

Sem dúvida, o repensar do que havia até então sido proposto e realizado foi decorrência de diversos fatores, e que podem ser vistos nos diversos posicionamentos relacionados não somente à formação de profissionais, mas aos conteúdos dessa formação, às funções que estavam sendo preenchidas, que se apresentavam como extremamente racionalizadoras, e pelos problemas que a sociedade civil enfrentava naquele momento. (Nunes, 1994, p.9)

Essa primeira fase põe em relevo uma relação marcada por diferenças entre os campos das ciências sociais e da saúde (até aqui representada pela medicina). Essas diferenças são evidenciadas em termos de concepções teórico-metodológicas bem como em termos de práticas sociais. As ciências sociais apresentando-se como essencialmente analítica, enquanto a medicina tecnicista e pragmática, inserida em um modelo de ensino biologicista. Nesta fase da trajetória da saúde coletiva a abordagem teórica hegemônica é a antropologia cultural e o funcionalismo (Burlandy; Bodstein, 1998, p. 544).

A segunda fase da trajetória rumo ao campo da saúde coletiva se estende até o final dos anos 1970 e não exclui os ideais “preventivistas” da fase anterior, mas vivifica a perspectiva de uma “medicina social”. Essa expressão não era inédita, suas origens européias remetem à segunda metade do século XIX, quando foi criada na França em 1848, sendo que ela ressurgiu em 1952, em reunião convocada pela OMS, em Nancy.

Em 1976 a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) emite documento sobre a Medicina Social argumentando que o seu objeto deve ser entendido “como o campo de práticas e conhecimentos relacionados com a saúde como sua preocupação principal e estudar a sociedade, analisar as formas correntes de interpretação dos problemas de saúde e da prática médica” (OPAS, 1976). Entendemos que a OPAS usa aqui o termo *campo* de maneira distinta à perspectiva de Bourdieu. Parece que há somente uma tentativa de delimitação de espaço e especificidade da Medicina Social dentro da grande área da saúde, sem

considerar naquele momento, porém, esse espaço como um campo de relações objetivas entre indivíduos ou instituições que competiriam por um mesmo objetivo.

Podemos afirmar que os anos 1970 foram marcados pelo intenso debate sobre as relações saúde-sociedade e pela construção de uma crítica enfática sobre a Medicina Preventiva. Havia uma inquietação teórica e as próprias instituições internacionais como a OPAS promoviam seminários que se configuraram em espaços de férteis discussões e emergentes paradigmas.

Nesta fase emerge com muita força o paradigma marxista de análise. Ressalta-se que a opção teórica por um enfoque denominado de materialismo histórico estrutural (Burlandy; Bodstein, 1998, p. 544) cunha nesses anos uma identidade teórico-temática à produção científica e recebe essa denominação visto que o marxismo era assunto proibido no contexto da ditadura militar no Brasil.

Com base nesse arcabouço teórico-conceitual, analisa-se estruturalmente a questão saúde em sua inserção na sociedade capitalista e, do ponto de vista conjuntural, relacionam-se os objetos de análise da saúde coletiva ao sistema político-econômico e ao regime político autoritário. De fato o marco conceitual que começa a ser construído resulta, por um lado da crítica aos diferentes movimentos e projetos de reforma em saúde e sua articulação com a sociedade capitalista, e de outro, da elaboração teórico-epistemológica da produção científica (Paim; Almeida Filho, 1998, p.309).

No Brasil, nesse período marcado por um cenário de forças de repressão e piora crescente dos indicadores sócio-econômicos e de saúde, aos poucos um campo de práticas e saberes transformadores ganhava força. A busca de um novo paradigma era necessário para a superação da crise estabelecida. Nesse sentido, a síntese descrita por Arouca capta a proposta da Medicina Social:

[...] uma tentativa de redefinir a posição e o lugar dos objetos dentro da medicina, de fazer demarcações conceituais, colocar em questão quadros teóricos, enfim, trata-se de um movimento ao nível da produção de conhecimentos que, reformulando as indagações básicas que possibilitaram a emergência da Medicina Preventiva, tenta definir um objeto de estudo nas relações entre o biológico e o psicossocial. A Medicina Social, elegendo como campo de investigação estas relações, tenta estabelecer uma disciplina que se situa nos limites das ciências atuais. (1975, p.83)

A crise não exigia apenas a superação na dimensão do conhecimento, mas, sobretudo o que se vislumbrava era a instauração de novas práticas no campo da saúde. A OPAS apresenta uma proposta publicada em 1975 com a expressão *Formulação de políticas de Saúde*. Era o sinal de outra forma de pensar o planejamento em saúde que iria influenciar diretamente as práticas em saúde e a forma de concebê-las.

A Saúde Coletiva estava pronta para nascer. O amadurecimento necessário do ponto de vista da formação estava abrindo caminho para um salto qualitativo no ensino e na pesquisa. A Saúde Coletiva havia travado frutíferos diálogos com a saúde pública e com a medicina social e já permitia, nesta fase, uma delimitação, compreensivelmente provisória, nas palavras de Paim & Almeida Filho (1998, p. 309), desse campo científico. Na cronologia adotada neste estudo configura-se a partir de então, a terceira fase, chamada de **Saúde Coletiva**.

### **Um campo chamado SAÚDE COLETIVA**

De acordo com a história cronológica, tratada por Nunes (1994) a idéia de um campo denominado Saúde Coletiva é tratada em dois momentos, no ano de 1978: no I Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva, realizado em Salvador - Bahia e na Reunião Sub-Regional de Saúde Pública da Organização Panamericana da Saúde/Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (OPAS/ALESP), realizada em Ribeirão Preto – São Paulo. Os dois momentos tiveram como objetivo redefinir a formação de pessoal para o campo da saúde. Para isso, carecia-se de um espaço privilegiado que pudesse coligar, através de uma associação, os interesses das instituições formadoras quando já se percebia a exaustão de uma determinada orientação, a da saúde pública clássica e a da medicina social. Assim, em dezembro de 1979, é criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Isto porque o *lócus* de formação de pessoal em Saúde Coletiva sempre foi a pós-graduação, em suas diversas modalidades, inclusive sob a forma de residência.

Em que pesem suas várias denominações – Saúde Pública, Saúde Comunitária, Medicina Social ou Saúde da Família –, o fato é que a maior parte dos cursos nesta área ainda trabalha com conteúdos e práticas fundamentados nos eixos disciplinares que compõem o campo da Saúde Coletiva, quais sejam, a Epidemiologia, o Planejamento & Gestão em Saúde e as Ciências Sociais em Saúde.

A ABRASCO foi criada com o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva e também para o fortalecimento mútuo e para a ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais e com a sociedade civil (ABRASCO, 1982)

A essa altura, nos anos 1980, a saúde coletiva passa efetivamente a se estruturar como um campo de saber e prática no Brasil, mais do que representar a soma de diversos programas das instituições formadoras que carregavam os seus referenciais preventivistas, de medicina social e de saúde pública. Nos fundamentos dessa idéia encontramos uma vasta experiência de amadurecimento teórico e conceitual e também uma natureza crítica e política que vai ganhando vigor na proporção das respostas positivas obtidas em seu âmbito de práticas.

Assim, o “nascer” da saúde coletiva foi diretamente inspirado pelo processo de autonomização frente aos movimentos que fizeram parte de sua trajetória histórica como a medicina preventivista e a medicina social, expandindo-se numa multiplicidade de objetos e redefinindo seus limites. Reconhecemos a contribuição dos debates configurados nas fases anteriores para a conformação do campo da saúde coletiva. Também não se pode deixar de evidenciar que a coroação deste novo campo de saber e prática foi influenciado por todos estes fatores intrínsecos ao campo, como vimos até aqui, mas foi impulsionado sobremaneira, pelos fatores externos como a luta pela democratização do país e o movimento sanitário, de importância extrema na institucionalização de todo esse processo.

Esse campo também sofreu influências externas e foi fortemente marcada pelas lutas travadas nos movimentos sociais e pelas próprias mudanças históricas das sociedades. Vimos que o momento histórico que possibilitou o surgimento da

saúde coletiva no Brasil foi marcado pelas grandes transformações que a sociedade estava experimentando. A saúde coletiva surgiu dos embates conceituais e das práticas no campo da saúde, bem como da crise que gera a mudança. Inicia-se na medicina preventivista, que quer superar o modelo biomédico, aperfeiçoa-se na medicina social, que quer fragilizar o conceito preventivista. Para Bourdieu *a dialética da pretensão e da distinção está na origem das transformações do campo* (1983, p.157). Para o autor o campo social *tem uma estrutura que é o produto de sua história anterior e o princípio de sua história ulterior* (p. 159).

Para continuarmos no caminho da depuração, na compreensão do movimento do campo para a autonomia, buscamos a apreensão da sua identidade política, por meio de seus movimentos sociais e suas lutas que, de alguma forma, contribuem na configuração de sua identidade.

### **2.3 - A produção de conhecimento, a prática política, as lutas e construções – configuração de uma identidade**

O campo da Saúde Coletiva no Brasil tem a configuração de sua identidade marcada pela conjuntura político-ideológica do país nos anos 1970. O contexto político dessa década é reconhecidamente assinalado pelos embates acirrados contra um Estado autoritário e repressor e que gerou um movimento de oposição fortemente caracterizado pela denúncia de uma medicina atingida pela lógica perversa do capitalismo. Essa confrontação política se traduziu, naquele momento, em uma homogeneidade entre os agentes do campo, comprometidos com a militância política combatente a um modelo de atenção à saúde, excludente e discriminatório. Para além dessa confrontação política mais ampla, percebe-se também um embate no plano teórico que se opõe à medicina biologicista e suas tentativas equivocadas de utilizar um paradigma dito preventivista na diminuição das tensões sociais e no controle e repressão social. A Saúde Coletiva, portanto, estruturou-se empunhando a bandeira da responsabilidade do Estado nas políticas sociais, comprometendo-se política e

ideologicamente com a justiça social e combatendo todo modelo de exclusão pela lógica do mercado.

É consenso que no Brasil a Saúde Coletiva nasce e se desenvolve pela negação do saber hegemônico, assumindo de certa forma a liderança da constituição desse campo de conhecimento na América Latina (COHN, 1992) e incorpora o materialismo histórico como modelo explicativo: categorias como capital e trabalho e conceitos como classes sociais, contradição e luta de classes passam a nuclear a vastíssima produção dos anos 1970 e 1980 sobre a produção social do processo saúde/doença. Este novo campo de produção científica é assim, em grande parte, fruto dessa tentativa de construção de um quadro conceitual-metodológico fortemente influenciado pelo materialismo histórico, então dominante no campo das ciências sociais no Brasil.

A análise desse objeto, situado na interface entre dois campos de conhecimento – ciências sociais e saúde produziu duas grandes linhas temáticas: a epidemiologia social e uma outra comumente identificada como Políticas de Saúde, Organização dos Serviços e das Práticas de Saúde. Outro fator a ser considerado na análise da produção do campo é que a prática política da reforma sanitária brasileira tornou-se o horizonte e, portanto os limites, da produção do conhecimento do campo nessas décadas. Para Cohn (1992) essas ações colocam em evidência a questão da política na e da saúde coletiva.

Em outros termos, na medida em que existe uma articulação estreita entre a produção do conhecimento, concebida enquanto uma prática política, e a estratégia política real do movimento sanitário brasileiro, esta acabou por imprimir a marca àquela, que se configura, então, como um saber militante. (Cohn, 1992, p. 99)

No campo da Saúde Coletiva, a luta opositora ao autoritarismo e de crítica ao sistema de saúde vigente abre espaço para um contingente de mobilizações e lutas pela implantação do projeto denominado de “Reforma Sanitária” que constituiu-se como um movimento político em torno da aclamada reestruturação do sistema de atenção à saúde no Brasil, inserindo nesse contexto a questão da saúde como um direito de cidadania. Se há um grande mérito nesse projeto é que ele conseguiu juntar, em torno de uma mesma proposta, uma diversidade de

atores, formando uma grande coalizão política em torno dos defendidos princípios que sustentavam a criação do Sistema Único de Saúde. Foi com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 que o projeto adquire sua forma mais elaborada e de forma exemplar, o movimento da reforma sanitária tem sua vitória com a aprovação do texto na Constituição Brasileira de 1988.

O momento é propício para o debate dessas questões, pois o Brasil adentra em um novo momento de sua história política com a nova república e a temática das políticas sociais adquire um espaço significativo na agenda de governo, sendo a saúde incluída na famosa dívida social deixada pelo regime autoritário. Essa conjuntura democrática gera diversos impactos na produção teórica do campo da Saúde Coletiva, tornando complexa a relação entre sistema político e sistema de saúde e colocando em evidência a importância de categorias como direitos, cidadania e democracia.

Ainda que adotando perspectivas distintas na abordagem da temática das políticas de saúde, as análises produzidas na conjuntura dos anos 1970 e 80 têm um pano de fundo comum: desvendar os mecanismos e estratégias (econômicas, políticas e ideológicas) de reprodução do modo de produção capitalista e as formas de articulação e inserção das políticas de saúde no processo de acumulação de capital. O instrumental teórico, bem como o recorte temático e metodológico, é basicamente inspirado no marxismo.

Busca-se com esse instrumental e recorte compreender as políticas de saúde no contexto de uma sociedade capitalista, tendo como categoria central de análise o Estado como agente privilegiado dessas políticas. Nesse sentido o objetivo centraliza-se na análise das diferentes formas por meio das quais o Estado, seus aparelhos, suas políticas e organizações garantem as condições de reprodução do capitalismo e, portanto, dos interesses das classes dominantes. Esta referência direta ao âmbito estatal tem também uma relação com as próprias “funções” das políticas de saúde: o controle político e o controle econômico exercido pelo Estado.

Ainda que a determinação econômica em última análise seja uma perspectiva comum nestas obras, podemos identificar autores como Donnangelo e Pereira (1976) e Luz (1986) que reforçam a prática política como potencialmente transformadora das relações de produção. Apenas afirmar que as

políticas sociais têm o efeito de reproduzir a estrutura vigente é restringir a análise a uma constatação bastante generalizante e pouco enriquecedora (Donnangelo; Pereira, 1976; Luz, 1986).

Se no plano da produção de conhecimento a Saúde Coletiva configura-se com essa vinculação a um modelo explicativo que responda aos anseios ideológicos da época, adotando um arcabouço teórico e metodológico que possibilite a análise do objeto em questão sob uma ótica capitalista, enquanto campo de práticas é fato que a Saúde Coletiva assume a marca da ascendência da política sobre o conhecimento e este tem o caráter histórico das práticas políticas que caracterizaram o movimento sanitário brasileiro, limitando assim a possibilidade de vislumbrar novas oportunidades e alternativas de produção de conhecimento.

É significativo como a prática médica e a medicina em si influenciam boa parte da produção teórica na Saúde Coletiva. As produções focalizam a dimensão histórica da medicina e seu movimento crescente de politização, analisando sua prática antes de tudo como uma prática social, reforçando o caráter de classe referente à saúde, abordadas considerando as determinações externas como a estrutura sócio-política e econômica, relacionadas com a produção de mais valia e a reprodução da força de trabalho (Burlandy; Bodstein, 1998). Essas análises contribuíram para o desenvolvimento de investigações sobre o processo de trabalho em saúde que se tornou, posteriormente, uma área temática de estudo no campo da Saúde Coletiva. Percebemos, de forma marcante, uma associação direta entre prática médica liberal, medicalização e o paradigma curativista com dominação de classe, aliada à tendência de conferir conotação negativa à própria categoria médica, cujos interesses favorecem os da classe dominante ou se articulam com eles (Donnangelo; Pereira, 1976).

Buscando sua especificidade, a Saúde Coletiva propõe, desde seu início, a compreensão da integralidade do indivíduo e, portanto, do sujeito/ator social. Inserindo este indivíduo no seu contexto social, busca as manifestações do processo saúde-doença (também determinado socialmente) em seu organismo. Desta forma, procura ultrapassar a hegemonia da análise centrada na categoria médica no paradigma biologicista em saúde. Da mesma forma, este movimento de criar uma identidade própria ao campo implica a revisão de determinadas

práticas de Saúde Pública, que não relacionam saúde e determinantes estruturais, mantendo-se nos limites do paradigma biologicista, ainda que tratado sob uma perspectiva coletiva (Birman, 1991).

Esse confronto é marcadamente político-ideológico e não apenas conceitual uma vez que, por meio da exclusão de determinados paradigmas, atores, práticas e teorias, solidificam-se as bases que fundamentam a unidade teórico-política do campo. Ao excluir aquilo a que se opõe, vai se criando espaço para a inclusão dos elementos que passam a compor a identidade do campo como a responsabilização estatal, com políticas públicas mais equânimes e eficientes, a garantia do exercício da cidadania, ainda que fortemente marcada por um conceito de coletividade e a equalização das desigualdades norteadas por conceitos socialistas. Essa identidade expressa uma postura de oposição a um modelo de privatização da medicina pertencente a um sistema capitalista perverso, que faz da saúde objeto de lucro, discriminação e exclusão por critérios de mercado.

Há ainda outro aspecto que se torna relevante no contexto da conformação da identidade do campo da saúde Coletiva, reintroduz-se o conceito de Saúde, excluído da medicina e de sua própria prática, que é então centrada na negatividade da doença. A saúde é recobrada como uma questão política, o que confere uma ampliação do conceito, e faz com que aspectos como condição de vida, trabalho, acesso e garantias de serviços básicos assumam centralidade na sua definição. Esta problematização entre condições de vida e saúde que já estava presente no âmbito da Saúde Pública é agora reforçada pela Saúde Coletiva.

Esta concepção ampliada de saúde mostra-se fundamental para a legitimidade das ciências sociais na saúde, porém ainda fortalece especialmente a área das políticas de saúde enquanto campo temático e de intervenção. A compreensão da saúde, agora desvinculada do âmbito exclusivamente biológico, potencializa a consolidação da medicina enquanto uma questão de política pública (Donnangelo, 1976). Se inicialmente a produção acadêmica, fundamentada no pressuposto da determinação social do processo saúde-doença, vincula-se aos fatores econômicos, políticos, ideológicos determinantes deste processo, num momento seguinte os autores do campo mobilizam-se,

movidos por essas análises, em torno de proposições práticas que viabilizem a alteração destes determinantes sociais e, portanto, a formulação de propostas e estratégias contra-hegemônicas.

Apesar da relativa complexidade do panorama conceitual que embasou a produção científica em Saúde Coletiva, é necessário reconhecer que no processo de reestruturação e de constante reflexão teórico conceitual do campo o seu objeto de estudo, permaneceu, em grande parte, atrelado aos propósitos da oposição ao autoritarismo e das estratégias políticas da militância e do pensamento de esquerda.

Nas produções em torno do Estado e das políticas de saúde esse processo foi marcado pelo referencial do materialismo histórico e a caracterização do Estado, das políticas públicas e das ações governamentais de âmbito social. Neste movimento, deixava-se de lado atores e sujeitos políticos que não podem ser definidos estruturalmente, mas considerando os interesses e identidades que se constituem através da diversidade de relações, papéis e identidades políticas (Bodstein, 1992).

Grande parte da produção teórica em torno das políticas de saúde no Brasil e da chamada reforma sanitária, acabou por consolidar um pensamento militante necessário, por certo, naquela conjuntura, mas de limitado valor explicativo (Burlandy; Bodstein, 1998). Ainda que seja por vezes enriquecedora e tenha possibilitado ganhos significativos para o campo, a proximidade entre prática política e produção teórica vem sendo questionada pelo próprio campo desde a década de 1990. No relato de alguns autores uma vinculação mecânica entre um e outro faz com que se perca tanto da prática política quanto da construção do conhecimento. É preciso que se tenham certas crises para que se tenha um pouco mais de autonomia (Burlandy, 1993).

Os profissionais da Saúde Coletiva sempre tiveram sua identidade marcada fortemente por uma atuação política nos serviços de saúde e mesmo os intelectuais da área, restritos, nos seus afazeres, ao universo acadêmico, entendiam-se intrinsecamente comprometidos com a mudança da realidade social e de saúde presentes tanto nas comunidades como nos serviços. Esses profissionais, independente do espaço de trabalho que ocupavam, militavam em favor de uma causa comum: mudar a realidade social e de saúde no Brasil. Para

isso, participavam dos movimentos sociais e políticos, organizavam debates, promoviam a divulgação dos ideais defendidos e elaboravam documentos que em última instância, referendaram a histórica reforma sanitária brasileira.

As três primeiras décadas deste século podem ser definidas como um período de hegemonia das políticas de saúde pública, adotando um modelo de atenção em saúde orientada predominantemente para o controle de endemias e medidas de imunização, compreendida como uma ideologia "campanhista"<sup>1</sup> e contextualizada pelas extensas repercussões sociais das políticas de defesa da renda do setor exportador cafeeiro e pela pressão financeira do Estado sobre a circulação monetária, objetivando o controle das contas públicas.

Ao analisarmos as políticas de saúde deste período percebemos que o modelo de atenção concentrava fortemente as decisões, em geral tecnocráticas e adotava um estilo repressivo de intervenção, favorecendo o surgimento e a consolidação de uma estrutura administrativa centralista, tecnoburocrática e corporativista, dificultando a participação da população nas questões pertinentes à política de saúde e suscitando movimentos de grande resistência pelas camadas populares. Essa resistência não foi, contudo, de natureza exclusivamente popular. O apoio que recebeu da imprensa, setores militares e correntes ideológicas indicavam que setores dominantes marginalizados do poder procuraram sustentar a revolta popular para enfraquecer a crescente ascendência da burguesia agrária paulista no regime republicano.

Na literatura oficial a revolta à iniciativa de controle sanitário ficou estigmatizada como simples manifestação de ignorância popular e deslocada para o terreno da violência e do crime, omitindo-se assim, a análise das condições sociais, dos interesses e mesmo dos marcos de referência econômico, científico e técnico que possibilitariam tal política de saúde.

Somente em meados da década de 70, sob forte pressão social, começou a haver algum tipo de abertura política. A partir de então se inicia a reorganização

---

<sup>1</sup> O modelo campanhista – influenciado por interesses agroexportadores no início do século XX – baseou-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. Esse modelo predominou no cenário das políticas de saúde brasileiras até o início da década de 1960.

do movimento social. Esta época corresponde ao resgate da função política dos movimentos sociais e comunitários, os quais serviram de canal para a mobilização da população nas eleições de 1974 e das lutas pela redemocratização do país.

Esses movimentos (associações de moradores de bairros e favelas, movimentos de mulheres, sindicatos, Igreja e correntes políticas de oposição ao regime) passaram a denunciar a situação caótica da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, reivindicado das autoridades soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde vigente.

Também nessa época, os movimentos de internos e residentes médicos descontentes com o que qualificavam como um processo de massificação da consulta médica nas instituições públicas buscaram alianças e articulações com outros movimentos sociais a fim de denunciar a má qualidade dos serviços médicos prestados à população.

Os movimentos de contestação em saúde cresceram em número e intensidade de modo que entre o final da década de 70 e o início da de 80, sindicatos e partidos políticos também iniciaram uma fase de discussão e mobilização, centrada na questão da saúde.

Nesse período também foi marcante a produção científica de intelectuais, professores e pesquisadores, que reforçando os estudos já existentes desde o início da década, criticavam o modelo vigente, denunciavam as más condições de vida da população e propunham alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática. Quase toda esta produção adotava uma postura radical de crítica ao centralismo autoritário do regime militar.

Surgiu, assim, o Movimento Sanitário que, utilizando-se destes estudos e pesquisas, começou a denunciar os efeitos do modelo econômico na saúde da população, em defesa da Reforma Sanitária, caracterizando-se como um processo político de conquistas sociais em busca da saúde da população e a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Percebe-se, então, que no contexto de transição à democracia, surgiu um processo de reformulação da política de saúde que culminou com a proposta da Reforma Sanitária. Do autodenominado "*Movimento Sanitário*" emergem as ideias que conformarão o campo da Saúde Coletiva no Brasil. Tratava-se de um grupo restrito de

intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde, provenientes, na sua maioria, do Partido Comunista Brasileiro (PCB), que exerceu um papel de destaque na oposição ao regime militar.

Este grupo influenciou, fundamentalmente, o âmbito acadêmico e pode ser considerado como o mentor do processo de reformulação do setor. O primeiro impulso da constituição do projeto de Reforma Sanitária foi a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva nas Faculdades de Medicina, a partir de onde se difundiu o pensamento crítico da saúde.

De acordo com GERSHMAN (1995), junto a este percurso acadêmico, houve também avanços progressivos na implementação de políticas de saúde alternativas às impostas pelo regime militar, fosse através de programas de extensão universitária, fosse a partir das Secretarias Municipais de Saúde no interior de alguns Estados onde o Movimento tinha certo controle político sobre as Prefeituras e mesmo através da ocupação de cargos técnico-administrativos no Ministério da Previdência Social à medida que a transição à democracia adquiria um perfil mais nítido.

Paralelo a este grupo, adquire importância o Movimento Popular de Saúde, que embora iniciado na década de 60, conseguiu dar um salto significativo e ampliar-se, na década de 80. Passando de simples reivindicações de cunho econômico para um processo de questionamento da qualidade do serviço, reivindicando não apenas a conquista de equipamentos, mas a própria gestão e organização da política de saúde.

Para Costa (1986) o Movimento Popular de Saúde originou-se nos bairros pobres das periferias das grandes cidades e/ou nas favelas localizadas dentro dos grandes centros urbanos, principalmente nos Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. Compunha-se de médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos clandestinos e das populações carentes.

Outro movimento, já citado, que teve um papel político decisivo no setor saúde foi o Movimento Médico, caracterizado, nos anos 70 e na primeira metade da década de 80, por uma atuação relevante no setor saúde; no questionamento às políticas de saúde e na elaboração de uma proposta de reformulação do sistema que culminou com a Reforma Sanitária.

Enquanto o Movimento Sanitário e o Movimento Médico privilegiavam a ação institucional, o Movimento Popular privilegiava a organização de redes locais. O Movimento Popular procurou manter uma atuação independente, ainda que seu início tenha coincidido com a mobilização no interior das Universidades e nos aparelhos de Estado. O movimento sanitário foi construindo e ampliando sua organicidade, estabelecendo contatos e alianças com os demais movimentos pela democratização do País e surgiram daí propostas alternativas de um modelo de saúde, que tivesse como pano de fundo: a democratização, com participação popular; a universalização dos serviços de saúde; a relevância do sistema público e a descentralização.

Em 1981 foram os próprios setores governamentais, tanto da área econômica como da Previdência Social, os responsáveis pela grande politização da questão da saúde ao decretar falência do sistema e intensificar o debate público, tanto na imprensa como no Congresso Nacional, sobre a necessidade premente de mudanças.

Assim foi se delineando um novo projeto de democratização do setor saúde, a partir das várias mudanças que foram sendo propostas e também com a participação do CEBES- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde e ABRASCO - Associação Brasileira Saúde Coletiva - e a criação do CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Em 1986, com ampla participação popular na VIII Conferência Nacional de Saúde, foram discutidos amplamente os princípios da Reforma Sanitária, assim sintetizados: participação popular, equidade, descentralização, universalidade e integralidade das ações de saúde.

Com a convocação da Assembléia Nacional Constituinte em 1987, o Movimento Sanitário se aliou com a frente parlamentar ligada à saúde, conseguindo assim, a aprovação do texto constitucional que afirma "**A SAÚDE UM DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO**" e prevê a participação dos movimentos sociais na elaboração de políticas de saúde e controle de sua execução e que descentraliza os serviços através da implantação do Sistema Único de Saúde.

Na regulamentação desse dispositivo, a Lei Federal n.º 8.142 instituiu que, o Sistema Único de Saúde - SUS, "*contará em cada uma das esferas de governo,*

*sem prejuízo das funções do Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde."*

Esta mesma Lei define que as Conferências reunir-se-ão a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde nos níveis correspondentes e que o Conselho será de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, estes últimos representados, principalmente, pelos movimentos populares.

O Conselho de Saúde, ainda segundo a Lei, atua na formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Sendo a representação dos usuários, nos Conselhos de Saúde e nas Conferências, paritária ao conjunto dos demais segmentos.

No terreno das políticas públicas, a existência de órgãos colegiados setoriais vinculados ao Executivo não é fenômeno novo no Brasil nem, tampouco, exclusivo da área da saúde. Como já vimos anteriormente, desde a criação das CAPs, havia a participação de setores da sociedade nos órgãos de gestão. Eram conselhos mistos onde trabalhadores, patrões e burocratas concentravam interesses.

Entretanto, não há na história do Brasil nada que se assemelhe aos Conselhos de Saúde da atualidade, seja pela representatividade social, seja pelas atribuições e poderes legais de que estão investidos, seja pela extensão em que estão implantados por todo o país, nas três esferas de governo.

De acordo com DOIMO (1995), o Movimento de Saúde no Brasil é *o mais bem-sucedido movimento reivindicativo de ação direta, no que se refere à institucionalização de canais legais de controle e participação em políticas públicas* e suas conquistas estão concretizadas nos 25 anos de história do Sistema Único de Saúde.

Apesar das críticas, vê-se que os limites e possibilidades da articulação entre prática política e produção acadêmica são problematizados na produção mais recente, revelando sem dúvida um amadurecimento do campo retratado sob uma nova forma de olhar essas questões. Esta relação pode ser entendida como um ganho real para o ensino e a pesquisa em Saúde Coletiva porque possibilita a

superação dos limites reduzidos às demandas disciplinares e de intervenção mais direta na realidade. Esta conjuntura favorece um debate em torno da formulação de estratégias de transformação setorial com vistas à implantação de um determinado projeto político ou de construção de um novo bloco histórico.

Desse modo a configuração de uma identidade política no campo é inquestionável e sobretudo assinalada pelas inúmeras produções da época e pela própria prática incorporada pelos atores que empunharam a bandeira dessa construção. Essa identidade nos parece que é o grande mote que parece apaixonar os pesquisadores e produzir uma atração e adesão ativa de diversos grupos profissionais aos projetos do campo, transparecendo a figura do intelectual comprometido.

Ao finalizarmos este capítulo, podemos indicar que a Saúde Coletiva é resultado de um processo, no qual sua constituição aparece como um resultado de mudanças iniciadas no começo do século e que se acelera no pós-guerra, na década de 50, e que se estende até os nossos dias. Podemos afirmar que esse campo social nasce de uma relação de forças que atuaram diretamente na sua estruturação: uma força externa representada pelas mudanças históricas da sociedade e fortalecida pelos movimentos sociais; uma força ideológica impressa nas políticas públicas e organizações corporativas das profissões e uma força interna, marcada por um *corpus* de conhecimento e instrumentos técnicos próprios e diferenciados na Saúde Coletiva, como a inovação teórica ligada à crítica da medicina preventiva e a inclusão de conceitos relacionados à cidadania, direitos civis e Saúde.

Em resumo, esse processo de institucionalização foi a consagração de um projeto histórico levado a cabo por toda a sociedade, mas no qual uma parcela de intelectuais ligados a determinadas instituições teve um papel fundamental. A conjunção de fatores internos ao campo como a constituição de instrumental teórico institucionalizado, aliada aos fatores externos, a luta pela democratização e o movimento sanitário de cunho ideológico (no pleno sentido do termo) foram coroados com a institucionalização um novo espaço de práticas nomeado Saúde Coletiva e que analisaremos a seguir, segundo as categorias estabelecidas.

## ***CAPÍTULO III – Revelando um campo chamado Saúde Coletiva***

*Mas não há sem dúvida escrito mais perigoso que o texto no qual o escrevente público tem de acompanhar as mensagens que lhe foram confiadas. Forçado a um esforço constante para dominar conscientemente a relação entre o sujeito e o objeto da escrita ou, melhor, a distância que os separa, ele deve se esforçar pela objetividade da enunciação histórica.*

*Pierre Bourdieu em A miséria do Mundo, 2008*

## REVELANDO UM CAMPO CHAMADO SAÚDE COLETIVA

Para ensaiarmos um começo de compreensão desse rico e longo percurso analítico estabelecemos alguns procedimentos entendendo que o objetivo deste capítulo é o de, após vislumbrar em grandes termos a Saúde Coletiva e o nascimento de um campo do conhecimento, aprofundar a análise de publicações científicas sobre o tema.

Realizamos, previamente, uma análise da presença do tema Saúde Coletiva e dentre os muitos aspectos que poderiam ser tratados escolhemos o da análise desse “campo” à luz do referencial teórico de Bourdieu.

Para essa tarefa escolhemos três autores reconhecidos como vanguarda das produções em Saúde Coletiva e três textos de referência nas discussões sobre a formação do campo. Os textos foram escolhidos pela visibilidade que apresentam e importância na formação de opinião, visto o número de citações deles em outros trabalhos e o veículo em que foram publicados.

Depois, a fim de entendermos a constituição desse campo específico, resultado do questionamento dos aspectos sociais na saúde e na formação profissional, buscamos por meio de uma revisão integrativa, conhecer como esse campo influencia na formação em saúde, seja na graduação ou na pós-graduação.

Por fim, utilizando a técnica da análise de dados, destacamos duas categorias analíticas – Formação e Identidade Política – para sistematizar a identidade desse campo, aprofundando os principais conceitos utilizados no âmbito dos artigos analisados, como forma de discutir teoricamente as possibilidades que se abrem à praxiologia em sua aplicação empírica.

### 3.1 - Os conceitos de campo e habitus na produção científica em Saúde Coletiva

Nesse espaço do nosso trabalho, procuramos analisar o uso da metodologia de Pierre Bourdieu, na qual as noções de campo e *habitus* ocupam

um lugar central, com o objetivo de entender como esses conceitos aparecem internamente nas produções relevantes em Saúde Coletiva e suas relações com a teoria da *práxis*. Nossa intenção nesse trecho é além de situar e apontar a relevância da obra de Bourdieu, extrair desses três artigos analisados possíveis debates e aplicações de sua teoria em novas possibilidades de estudos.

Nos autores que estabelecemos como referencial para nossa pesquisa sobre a formação do campo da Saúde Coletiva no Brasil, a concepção de campo aparece em sua maioria, estreitamente ligada ao conceito teórico de Pierre Bourdieu. O primeiro trabalho analisado é de 1998 de autoria de Jairnilson da Silva Paim e Naomar de Almeida Filho, ambos à época, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e foi publicado na Revista de Saúde Pública.

Paim e Almeida Filho (1998), embora não se refiram diretamente no texto ao referencial bourdieusiano adotado, explicitam sua compreensão de campo quando discute que no final dos anos 1980 a Saúde Pública encontra-se em crise e começa a dar espaço para o surgimento de um novo paradigma:

[...] constata-se uma “crise da saúde pública”, percebida de modo diferente pelos distintos sujeitos atuantes neste campo social. Para a superação dessa crise, vários aportes têm sido propostos, cada um deles apontando para a necessidade de novos paradigmas no “campo da saúde pública”. (p. 301)

A expressão “sujeitos atuantes neste campo social” utilizada pelos autores transparece a ideia de ocupação de espaço por meio de uma ação, uma operação. A superação da crise da saúde pública nos parece um objeto de disputa naquele momento, visto de modos diferentes pelos sujeitos, pois a ocupação de posições é distinta entre eles.

Na perspectiva das propriedades dos campos para Bourdieu (1983, p. 89) para que um campo funcione é necessário que haja pessoas prontas a disputar um objeto e essas pessoas devem ser dotadas de um *habitus* que assegure a elas o reconhecimento das regras, das leis, imanentes do jogo. Ao contrário do conceito de campo, que nos parece de uma proximidade razoável do nosso entendimento, o conceito de *habitus* é bastante complexo e foi fruto de aprofundada análise por Montagner (2003, p. 82) que a realizou em quatro dimensões, a saber: categorial, disposicional, distribucional e econômica.

A análise realizada pelo autor contribuiu com nossa leitura e ajudou-nos a tornar mais inteligíveis o alcance e emprego desse instrumento complexo, mas compreendemos que essa classificação apresenta-se de forma eminentemente teórica e no momento da ação da pesquisa não é possível distinguir essas dimensões.

Para Bourdieu a análise da progressão e do desenvolvimento do conceito dever ser realizada paralelamente a escolha dos objetos estudados nas pesquisas. Mas não é só. É preciso um cuidado constante para não cair no reducionismo, na tendência de “fetichizar os conceitos”, como alerta Bourdieu, na tentativa de fazê-los caber nos propósitos de quem o utiliza

[...] é preciso levar a sério os conceitos, controlá-los, e sobretudo fazê-los trabalhar na pesquisa sob controle, sob vigilância. É assim que eles vão melhorando pouco a pouco. [...] Um bom conceito – que me parece ser o caso de *habitus* – destrói muitos falsos problemas [...] e faz surgir muitos outros, mais reais. Quando é bem construído e bem controlado, ele tende a se defender por conta própria das reduções. (Bourdieu, 1983, p. 95)

Assim, para Paim e Almeida Filho, no texto analisado, a concepção de campo alcança as propriedades consideradas por Bourdieu, pois o conceito de *habitus* que é para o sociólogo ao mesmo tempo um “ofício”, um capital de técnicas, de referências, um conjunto de “crenças” (Bourdieu, 1983, p. 89) é caracterizado pelos autores como os “os pontos de encontro” dos sujeitos, um encontro legitimado que os converge em um espaço próprio, com regras próprias, que os aproxima na luta pela superação do objeto, naquela ocasião a superação da crise da Saúde Pública, em direção a um novo paradigma, qual seja o da Saúde Coletiva. Essa disputa ocorre com os sujeitos quer no campo científico ou no âmbito de práticas do campo.

No caso específico da América Latina, a emergência nos últimos vinte anos de um campo que se designou como Saúde Coletiva permite a identificação de pontos de encontro com os movimentos de renovação da saúde pública institucionalizada, seja como campo científico, seja como âmbito de práticas, e mesmo como atividade profissional (Paim ; Almeida Filho, 1998, p.301).

Percebe-se claramente no texto que há um estado na relação de forças que disputam o objeto, ou seja, a crise da Saúde Pública. De um lado as estratégias de manutenção ou de conservação do campo utilizam-se do capital simbólico acumulado, fundamento do poder ou da autoridade específica do campo, que neste caso é representado pelos conceitos, teorias, metodologias, elementos explicativos, determinantes estruturais, práticas de saúde, a as relações da Saúde Pública com o Estado e com a sociedade. De outro lado a ruptura crítica efetuada por aqueles que com estratégias de subversão, chegam ao campo munidos da heterodoxia que fará com que aqueles que até então dominam o campo saiam do seu silêncio em defesa da ortodoxia. A Saúde Coletiva aqui é a nova proposta, que se encontra repleta do discurso da necessidade de superação, do esgotamento do paradigma anterior e da crise que resulta em possibilidade de reconfiguração do campo social da saúde. O que se propõe, em última análise é que este movimento ideológico pode melhor se articular a novos paradigmas científicos capazes de abordar o objeto complexo saúde-doença-cuidado respeitando sua historicidade e integralidade (Paim & Almeida Filho, 1998, p. 301).

Outra propriedade que Bourdieu chama de menos visível, e que encontramos presente no discurso dos autores é que todas as pessoas que estão engajadas num campo têm certo número de interesses fundamentais em comum, a saber, tudo aquilo que está ligado à própria existência do campo (Bourdieu, 1983, p.90). Quando os autores subvertem o jogo e estabelecem o respeito à historicidade e integralidade presentes no estado do campo que eles querem superar, estão referindo-se àquilo que não está em jogo e que mantém a existência do campo: sua história e a concepção de integralidade. O jogo e a disputa do objeto (que no campo científico pode ser o reconhecimento, a autoridade e/ou o prestígio) ocorrem a partir deste ponto, mas não inclui esses elementos. Para Bourdieu esse é o conhecimento prático dos princípios do jogo, que é tacitamente exigido dos recém-chegados, toda a história do jogo, todo o passado do jogo, estão presentes em cada ato do jogo (Bourdieu, 1983, p.91).

O texto de Paim e Almeida Filho é leitura obrigatória para compreensões acerca da Saúde Coletiva. O texto analisado refere-se à crise da Saúde Pública em disputa com um novo paradigma, o da Saúde Coletiva, e tem como cenário os

anos 1980, embora tenha sido publicado em 1998. Embora os autores não citem Bourdieu como marco teórico de seu trabalho (há apenas uma citação na referência bibliográfica) encontramos abundantes elementos no texto que nos convencem que a perspectiva de campo adotada é sim a de um campo científico conforme a teoria de Bourdieu. Compreende-se, finalmente, nesse texto que a estrutura de um campo em um dado momento significa o efeito da relação de força entre os ocupantes, em suas posições dentro do campo (consequência da distribuição do capital simbólico) e as instituições engajadas na luta.

O segundo artigo que analisamos é de Madel T. Luz, publicado na revista *Saúde e Sociedade*, no ano de 2009. A autora é professora titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

O conceito de campo é também analisado por Luz, agora numa perspectiva de sua crescente complexidade em termos paradigmáticos. A autora discute se o campo da Saúde Coletiva é multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar. A autora coloca em questão o que pode caracterizar, de fato e de direito, a Saúde Coletiva como campo multidisciplinar em termos de discursos (saberes disciplinares) e de práticas (formas de intervenção) (2009, 305-6).

No artigo, a autora declara que compreende que o campo da Saúde Coletiva apresenta uma complexidade que está presente

[...] tanto em suas práticas como em seus discursos disciplinares e suas formas de expressão acadêmicas, neles originando um conjunto de mediações de natureza não apenas teóricas (entre as disciplinas que compõem o campo) como política, social e cultural, se considerada a escala hierárquica dos agentes que intervêm nas práticas e na produção desses saberes disciplinares e se consideradas também as diferenças de formação e inserção na cultura desses agentes institucionais: docentes, pesquisadores, gestores, profissionais do cuidado, emissores de discursos e normas etc. (Luz, 2009, p. 306)

No discurso da autora percebemos alguns fatores que apoiam para a construção do atual quadro de complexidade que vive o campo. Em primeiro lugar é um espaço de natureza híbrida, que comporta elementos de uma dimensão que podemos chamar de teórica e outra prática. Na dimensão teórica encontramos os elementos que a autora chama de “discursos disciplinares”, “expressão acadêmica”, “mediações entre as disciplinas” e “saberes disciplinares”. Na

dimensão prática identificamos “prática e produção”, e as mediações não-teóricas como “política”, “social” e “cultural”. Bastassem esses elementos e teríamos um campo complexo, com duas lógicas de regimes de produção de verdade, como cita a autora parafraseando Foucault (1966, in Luz, 2009, p. 306). Contudo, ainda há mais um fator que ratifica a complexidade estudada pela autora: os agentes inseridos no campo apresentam diferenças de formação e inserção no que a autora chama de cultura.

Neste caso, Luz sinaliza com evidências diretas que essa complexidade a levou a adotar o conceito de campo, de Pierre Bourdieu como ferramenta básica de análise (p. 306). Justifica que neste campo de análise há uma disputa por espaços discursivos, há conflitos e o poder simbólico está presente. Embora a autora durante a construção do texto não retorne aos conceitos teóricos que elegera para estudo do campo, podemos perceber que há propriedades presentes na análise que se ligam ao conceito teórico proposto pelo autor.

O objeto de análise da autora é a especificidade paradigmática do campo da saúde coletiva. Após uma breve contextualização histórica a autora afirma que

[...] o campo da Saúde Coletiva pode ser caracterizado por sua irreduzibilidade tanto discursiva quanto prática e expressiva de sua produção a um modelo ou paradigma único. Coexistem portanto, no campo, de modo integrado ou paralelo, três modelos discursivos, tanto em relação aos saberes disciplinares, como em relação às práticas de intervenção e às formas de expressão científica (artigos, livros, capítulos, projetos e programas de intervenção e avaliação). (Luz, 2009, p. 307)

Luz refere-se aos três modelos discursivos como sendo paradigma da multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Se tomarmos a concepção de paradigma de Thomas Kuhn (2001, p. 222-223), esse paradigma será o que por sua vez, define uma ciência. Essa ciência para Kuhn está situada no tempo e em torno da definição de seu objeto há uma concepção central, compartilhada por aqueles que a definem. Para Montagner (2003, p. 96) esse “raciocínio circular só seria possível se a comunidade científica fosse totalmente autônoma e independente dentro das sociedades, podendo escolher seus paradigmas livremente e de forma consensual”. Mas sabemos que esta posição é de uma inocência impraticável, pois a prática científica ocorre justamente em um

espaço social de conflitos. Assim, uma possível forma de abordagem de um objeto seria para Montagner “o consenso entre os pesquisadores de uma determinada área de conhecimentos”, compreendendo a impossibilidade de se constituir um objeto legítimo e nossas limitações sobre o conhecimento completo do mesmo.

O que Luz chama de paradigmas coexistentes no campo da Saúde Coletiva, poderíamos pensá-los como os objetos de disputa neste momento do campo. Isto não reduziria de forma alguma o campo a um paradigma monodisciplinar, mas colocaria esses discursos no espaço da luta pelas posições mais privilegiadas do campo. O discurso com maior acúmulo de capital simbólico apresenta mais força na disputa. Não podemos analisar esses discursos como inertes e confluindo em um campo científico como o que analisamos. Mas Para Bourdieu

Não existe ciência do discurso considerado em si mesmo e por si mesmo; as propriedades formais das obras desvelam seu sentido somente quando referidas às condições sociais de sua produção – ou seja, às posições ocupadas por seus autores no campo de produção – e, por outro lado, ao mercado para o qual foram produzidas [...].(1998, p.129)

Portanto, esses discursos que Madel T. Luz denomina de multiparadigmáticos, são produzidos com um sentido, o da disputa pelas posições no campo e representam enquanto produções simbólicas, as condições de sua produção e exerce seu efeito social mais específico, a “violência simbólica”, que apenas “pode ser exercida por aquele que a exerce e suportada por aquele que a suporta sob uma forma tal que ela permaneça como que desconhecida, isto é, reconhecida como legítima.” (Bourdieu, 1998, p. 134)

Estamos certos que esses discursos que se apresentam na forma de paradigmas distintos representam o objeto de disputa no campo da saúde coletiva e o enriquece pela sua complexidade que o desafia a cada dia olhar seus objetos de disputa por meio de teorias que se harmonizem perfeitamente com a forma pela qual o campo se expressa. Nas palavras de Luz

O campo da Saúde Coletiva é um dos mais férteis e avançados atualmente na árvore dos saberes disciplinares. Esta fertilidade

provém de sua complexidade, tanto em termos discursivos, como em termos de práticas tecnológicas e de “estilos de expressão” dos produtos de seus saberes e práticas. Reduzir essa complexidade a um paradigma monodisciplinar ou a uma forma monolítica de expressão da produção (artigos, por exemplo) é negar a complexidade e decretar, a médio e longo prazos, o empobrecimento e a morte consecutiva do campo da Saúde Coletiva. (Luz, 2009, p.310)

É possível afirmar que o campo da Saúde Coletiva continua sim, fértil, complexo nas suas formas de expressão e dotado de um potencial de exploração científica acerca dos elementos que o constituem. O capital simbólico acumulado é muito superior ao que se apresentava nos anos 1980 e analisado por Paim e Almeida Filho, em 1998. Essa superioridade é identificada por Luz, na sua análise dos multiparadigmas que coexistem no campo e que os entendemos como objeto de disputa no campo, por meio de seus discursos distintos. O *habitus* hoje é a regra compartilhada por intelectuais, docentes, profissionais dos serviços que pelo seu *modus operandi* dá sentido ao jogo científico e faz com que se faça o que é preciso fazer no momento próprio, sem ter havido necessidade de tematizar o que havia que fazer, é a regra que permite gerar a conduta adequada (Bourdieu, 1998, p.23).

Para finalizar esta análise conceitual preliminar de campo na Saúde Coletiva, nas publicações propostas, não poderíamos deixar de buscar nos estudos de Everardo Duarte Nunes como o autor utiliza o conceito e suas aproximações com a teoria de Bourdieu. Isso porque Nunes, dentre os intelectuais do campo que avaliamos, é o que possui maior número de publicações nas revistas analisadas e o que mais utiliza os conceitos de Bourdieu em seu trabalho. Das inúmeras possibilidades de escolha dentre os artigos de sua autoria publicados optamos pelo seu último estudo, de julho de 2010 e publicado na revista Ciência e Saúde Coletiva, intitulado “O campo da Saúde Coletiva na perspectiva das disciplinas” e que desenvolve com outros colaboradores. No entanto o artigo traz uma nota revelando que redação do artigo é de Everardo Duarte Nunes, fato que nos levou a utilizá-lo como autor principal do trabalho, sem nenhum desmerecimento aos outros colaboradores. Everardo Duarte Nunes faz parte do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Nesse artigo os autores abordam o campo da Saúde Coletiva considerando as disciplinas que estruturam a grade curricular dos cursos de pós-graduação da área da Saúde Coletiva no ano de 2006. Na introdução do trabalho, Nunes refere-se que o estudo de um campo requer compreendê-lo no seu caráter transformador e diz que associar este tipo de estudo à vertente sociológica de Bourdieu estende-se de forma exemplar à Saúde Coletiva. Ainda na introdução os autores lembram que muitos se dedicaram à tarefa de compreender a Saúde Coletiva situando de forma clara a diferença entre área e campo. O autor traz algumas citações de Luz (2009) relativos ao texto que analisamos anteriormente quando a autora justifica a adoção do conceito de campo em seu estudo. Nunes afirma

Para Bourdieu, o campo científico é também um espaço de luta concorrencial, onde o que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da autoridade científica definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da competência científica, compreendida enquanto capacidade de falar e agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado. (Nunes, 2010, p. 1918)

Também nesta definição podemos perceber que o autor utiliza textualmente o conceito de campo de Bourdieu. O objetivo do autor no trabalho foi reconstruir o campo indutivamente, considerando as disciplinas nominadas nos programas dos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva, no ano de 2006.

Buscamos, portanto, compreender como a diversidade das disciplinas, entendidas por Nunes como áreas do conhecimento, congregam em um subcampo coligando-se pelas semelhanças para formar um campo maior, o da Saúde Coletiva e se com essa configuração se mantém as propriedades de campo segundo a perspectiva teórica de Bourdieu. Recorremos a Foucault, para quem um saber é muito mais que disciplina constituída socialmente; para ele uma disciplina é um

Conjunto de enunciados que emprestam sua organização a modelos científicos que tendem a coerência e à demonstratividade, que são recebidos, institucionalizados, transmitidos e ensinados como ciências (Foucault, 1972, p.216).

Nesse caso, a dinâmica de agrupamentos dos conteúdos disciplinares que formarão o subcampo, não parece interferir diretamente no movimento do campo maior. Demonstram, no entanto, que no nível das instituições os conteúdos disciplinares podem ser objetos de disputa na configuração da estrutura dos cursos de pós-graduação e ocupam lugares distintos porque estão diretamente relacionados à ocupação de postos pelos sujeitos que os disputam, no campo. De qualquer forma, Nunes esclarece que, independente da forma como as disciplinas se aliam, esse fenômeno está bastante relacionado ao contexto da instituição onde se estruturam e podem apresentar-se de forma bastante diversa. Vemos que esse arranjo estrutural não se distancia do conceito de Foucault porque apresentam sempre uma organização coerente, institucionalizada e que são ensinadas como ciência.

Dada a formação dos subcampos, estes se reorganizarão para a formação do campo da Saúde Coletiva, com toda sua complexidade. Nesse espaço encontramos o que Luz denominou de coexistência de diferentes modelos paradigmáticos. Esses paradigmas para Luz representam a forma como os subcampos relacionam-se para formar o campo maior. Assim, os esquemas representativos dos paradigmas apresentados pela autora descrevem o movimento dos subcampos estudados por Nunes. A disputa pela ocupação dos espaços desses subcampos no campo da Saúde Coletiva foi o que analisamos no texto de Luz.

A teoria de Bourdieu assinala para um funcionamento da ciência voltado para o acúmulo de um capital específico, aqui representado pelo capital científico, que foi consagrado no tempo, em uma trajetória objetiva no campo. Essa configuração do campo da Saúde Coletiva em saberes disciplinares é uma expressão da ocupação sucessiva ou conjunta de posições na estrutura histórica desse campo. Sabemos que as trajetórias em um campo têm seus pontos de partida em uma posição inicial que é dada pelo capital científico e social do sujeito (ou grupo) e tendem a percorrer um “campo de forças” que é constantemente reformulado, pelos agentes que ocupam os postos e são os estruturadores do campo.

Os espaços que esses subcampos ocupam nos cursos de pós-graduação, expressão da Saúde Coletiva, sejam em departamentos, núcleos ou áreas,

representam uma parte da estrutura do campo e é também o princípio de sua dinâmica, sendo que a disposição desses subcampos na estrutura do campo indica a luta permanente, que é o motor do próprio campo (Bourdieu, 1983, p. 157).

Nas considerações finais do estudo, Nunes nos apresenta um indicativo importante da consistência desse campo que estudamos. O autor afirma que a estrutura do campo não sofreu modificações na última década, mas demonstra o movimento interno do campo afirmando que houve ampliações de conteúdos disciplinares. Essa ampliação que o autor discute, é o saldo positivo da luta, é um dado pelo qual transparece que na luta do campo algumas posições ganharam a disputa e tiveram seus conteúdos ampliados, obtiveram lucro simbólico, aumentaram seu capital específico, em detrimentos de outros, que podem se renovar na continuidade da luta.

Na análise dos textos, buscamos o conceito de campo utilizado pelos autores e os colocamos à luz da teoria de Bourdieu para que pela análise dos elementos constitutivos dos discursos dos autores, pudéssemos afirmar ou não se a Saúde Coletiva, na ótica desses importantes intelectuais, configura-se realmente como campo científico. Todos os textos apresentados nos levam à consideração de que o campo está revestido de uma especificidade traduzida em sua crescente complexidade, solidifica-se na riqueza de seus múltiplos discursos, na disputa de seus objetos, no acúmulo de um capital simbólico cada vez mais valoroso e na diversidade das pessoas que estão prontas para disputar o jogo com suas estratégias diferenciadas, investindo seus capitais sociais, simbólicos ou econômicos. No entanto, apesar da diversidade entre esses agentes, todos se apossam das regras do jogo e incorporam-nas, mesmo que para contestá-las e mudá-las.

Por esses motivos, acreditamos que a teoria da práxis ou praxiologia de Bourdieu apresenta-se como a melhor opção de análise do fazer científico e de estudo relacionados às instituições científicas, possibilitando uma mediação entre o nível micro de análise e a estrutura social como um todo, tocando especialmente a relação ciência/poder.

Lembramos ainda que para Bourdieu a praxiologia é um modo de conhecimento que quer ultrapassar as dicotomias presentes na sociologia,

baseadas em pares de opostos já clássicos: objetivismo/subjetivismo, estrutura/indivíduo, materialismo/idealismo e outros. Para atingir essa nova forma de apreensão do mundo social, é forçoso criar uma *teoria da práxis*, baseada em um novo modo de conhecimento, que:

(...) tem por objeto não somente o sistema de relações objetivas que constrói o modo de conhecimento objetivista, mas as relações dialéticas entre essas estruturas objetivas e as disposições estruturadas nas quais elas atualizam-se e que tendem a reproduzi-las, quer dizer o duplo processo de interiorização da exterioridade e de exteriorização do interior: esse conhecimento supõe uma ruptura com o modo de conhecimento objetivista, isto é, uma interrogação sobre as condições de possibilidade e, desse modo, sobre os limites do ponto de vista objetivo e objetivante que explica as práticas a partir de fora, como fato acabado, em lugar de construir seu princípio gerador situando-se no movimento mesmo de sua efetivação (Bourdieu, 1972, p.163).

Para realizarmos este trabalho nos guiamos, portanto, por esse marco teórico, que propõe a experimentação dos conceitos sobre a prática teórica, deixando para um momento posterior a formalização conceitual rigorosa e a construção de grandes teorias.

### **3.2 – A (in) fluência da Saúde Coletiva na formação em saúde**

No esforço de (re) constituir o campo, ou parte dele, por meio das características e especificidades encontradas na pesquisa realizada, optamos por dividir a exposição do material obtido e sua análise em duas etapas: primeiramente uma caracterização geral de todos os artigos encontrados (209) e depois, a análise dos artigos selecionados segundo os critérios de inclusão/exclusão (30).

Ainda cabe mais uma explicação: porque optamos por analisar o campo a partir de artigos científicos publicados? Cremos ter transparecido no decorrer desse trabalho que esse campo disciplinar que chamamos Saúde Coletiva exige um modo de avaliação capaz de respeitar e compreender a diversidade de

discursos, saberes e produtos. Assim, as dificuldades que encontramos quando nos referimos à avaliação de uma disciplina como a Física ou a Química parecem multiplicar-se quando referidos aos estudos dedicados à Saúde Coletiva. Aceitamos que o conhecimento científico não se esgota na crítica e substituição de conceitos, argumentos, teorias e problemas; ele se inscreve numa dimensão humana, que é a que configura a profissão e que, como toda instituição humana, está sujeita a lutas de poder, a grupos de pressão, a disputas entre associações, ou como diria Toulmin (1977, p. 272), “a partidos políticos e a golpes de Estado”. Diante de tamanha complexidade e de uma marca tão indelével desse campo que é a interdisciplinaridade precisávamos encontrar um espaço convergente, um ponto de encontro desses atores onde o “jogo” acontece e no nosso entendimento os veículos de publicação científica configuram-se nesse *lócus*.

Considerando que é nesse espaço interdisciplinar que se devem situar as instâncias de avaliação para que possam contribuir com a excelência desse campo disciplinar, é também nesse lugar que nos parece necessário criar mecanismos capazes de avaliar essa diversidade de produtos e processos, reconhecendo, finalmente, a pluralidade de modelos que convergem numa preocupação comum: a saúde das populações. Assim optamos por olhar para o espaço das publicações científicas em Saúde Coletiva certos de encontrarmos os elementos que possam revelar a existência desse campo.

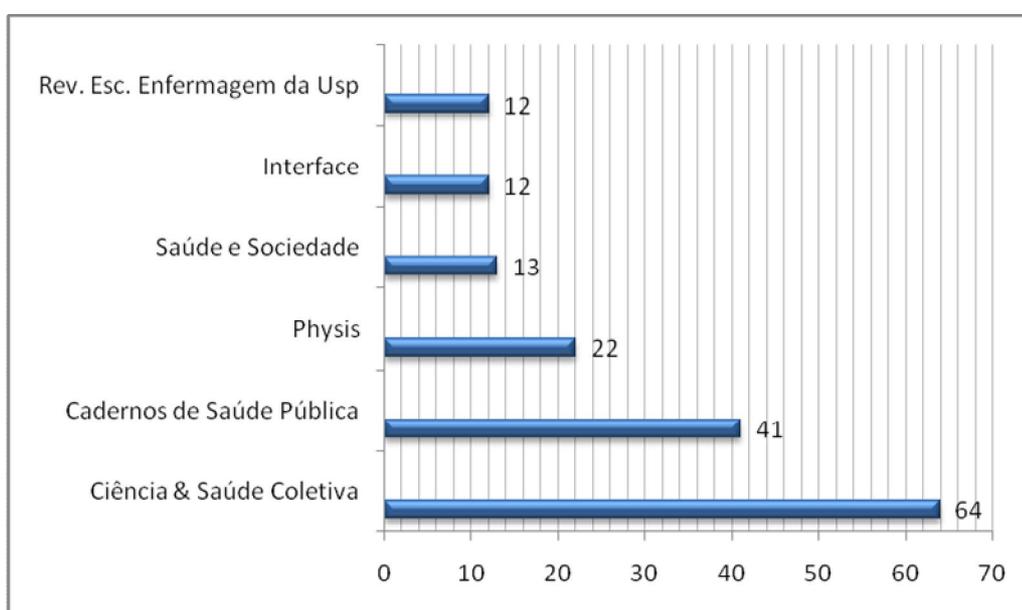
### **Características das publicações**

Antes de procedermos ao refinamento da nossa pesquisa com a exclusão dos artigos segundo os critérios que estabelecemos para analisar a dimensão da formação na Saúde Coletiva, encontramos 209 publicações na busca por descritores **Saúde** e **Coletiva**.

Embora tenhamos estabelecido na revisão integrativa os critérios de exclusão, e assim constituirmos o *corpus* de nossa pesquisa com 17 artigos analisados, decidimos por caracterizar inicialmente todas as publicações encontradas, por entendermos que, apesar de não se constituírem objeto de análise detalhada, suas características contribuem na compreensão geral do

tema. Assim apresentamos essa caracterização esperando contribuir com o estudo.

Na primeira busca na base de dados eletrônicos SCIELO, 60,7% (127) dos artigos encontrados haviam sido publicados por um total de 147 autores em apenas três revistas: 64 artigos na revista *Ciência & Saúde Coletiva*; 41 artigos em *Cadernos de Saúde Pública* e 22 artigos na revista *Physis*.



**Gráfico 1.** Distribuição dos artigos publicados nas principais revistas do campo, SCIELO 2010

Isso demonstrou que há uma eleição por determinados veículos de publicação, que concentram mais da metade de todas as publicações importantes do campo. Enquanto campo científico, os atores que se movem nesse campo o fazem dispendendo e ao mesmo tempo buscando o acúmulo de capital simbólico. Cada segmento ou mercado de bens simbólicos é regido pela mesma lógica global que preside o funcionamento dos campos. Bourdieu mantém a idéia de uma “*determinação em última instância do capital econômico*”, ou melhor, de uma proeminência desse capital. Mas ressalta claramente que o mundo econômico é um caso particular da teoria geral dos campos, e que esse capital é tão mais eficiente quanto mais ele permanece dissimulado e retraduzido para o campo do

simbólico, onde se realiza o grande trabalho de dominação. No caso dos periódicos é a avaliação Qualis/CAPES que contabiliza esse capital simbólico para cada agente/ator do campo. A Revista Ciência e Saúde Coletiva, onde encontramos o maior número de publicações é editada pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Abrasco e foi criada ao final de 2006. Ela é avaliada como B1 no Qualis/CAPES e no próprio *site* da revista há uma nota indicando o empenho de sua diretoria para que alcance a classificação A.

O segundo maior número de publicações ocorreu em Cadernos de Saúde Pública, também avaliado como B1 no Qualis/CAPES. É uma revista mensal publicada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

A publicação de um artigo científico em uma revista de vanguarda no campo pode representar a via de entrada no jogo, a estratégia individual, e por vezes coletiva, de incorporação do *habitus*. Não há dúvida que a recompensa e o capital simbólico apresentados são bastante atrativos para quem quer entrar no jogo.

Outro fator que nos chama a atenção em relação às revistas de maior publicação no campo é que as três encontram-se situadas no Estado do Rio de Janeiro. A questão geográfica neste caso, mais do que pensarmos na Região Sudeste do Brasil como pólo de desenvolvimento cultural do país, me parece ligada às tradições históricas da Saúde Pública no Brasil. O Estado do Rio de Janeiro sempre esteve à frente dos grandes estudos epidemiológicos e de planejamento em saúde, o que deve ter contribuído na consagração como núcleo concentrador da divulgação científica do campo.

Ainda de acordo com a teoria bourdieusiana que aponta para um funcionamento da ciência voltada para o acúmulo de um capital específico – o científico – é no tempo que ocorre a consagração de um cientista ou de um grupo. Essa consagração se expressa em uma trajetória objetiva no campo, através da ocupação sucessiva ou conjunta de postos ou colocações na estrutura histórica do campo científico. Portanto, as trajetórias partem de uma posição inicial de vanguarda – dada pelo capital científico e social do pesquisador (ou grupo) e tendem a percorrer um “campo de forças” já dado e que é constantemente

reformulado, inclusive pelo próprio pesquisador – ele mesmo um agente estruturador do campo.

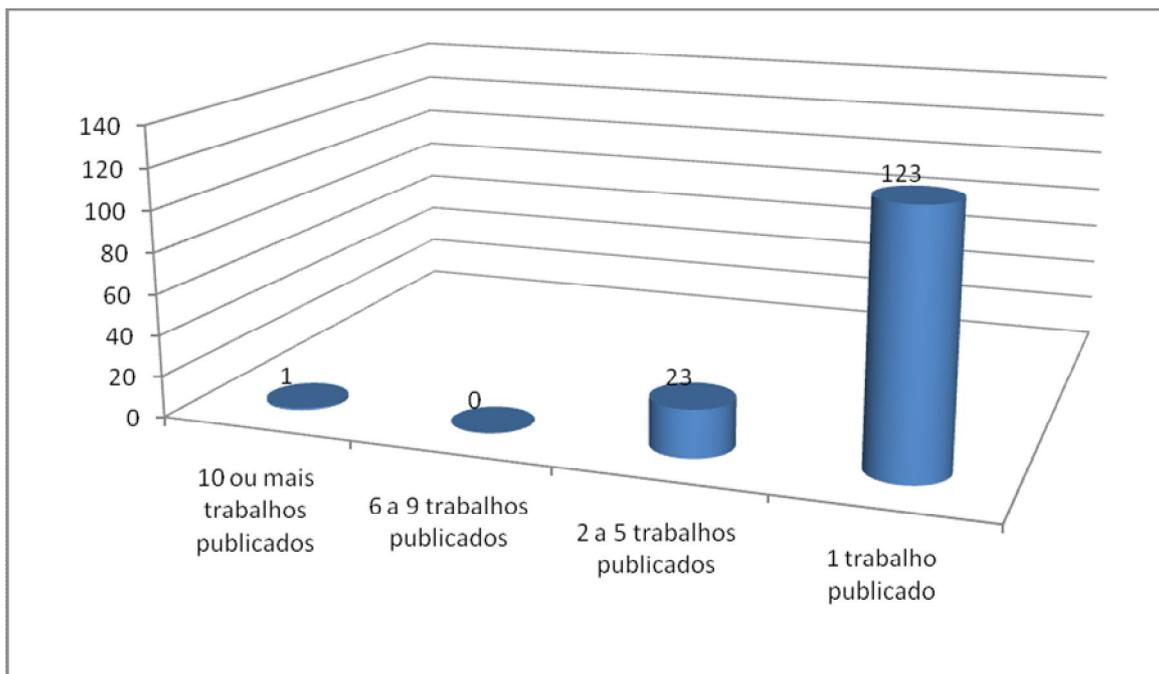
Esta pode ser uma explicação para a concentração em um único estado brasileiro, dos centros de edição das principais revistas do campo. Sem dúvida há uma produção e reprodução neste local de *habitus* e consagração de “herdeiros”, com a distribuição de capital político inclusive na manutenção desses espaços.

Mas temos que considerar também que em um país tão desigual como o nosso, a distribuição de centros de excelência de pesquisa e pós-graduação tendem a concentrar-se em determinadas regiões historicamente privilegiadas por incentivos e fomentos, o que se enquadra perfeitamente na Região Sudeste.

Constata-se que, de acordo com dados da CAPES (2005), 74,6% dos programas de todas as pós-graduações no Brasil localizam-se nas regiões Sul (19,6%) e Sudeste (55,0%) e, na área da Saúde Coletiva, esse quadro não se distingue significativamente: 71,4% (20/28) dos cursos existentes no país localizam-se nessas mesmas regiões. Metade de todos os cursos da área de Saúde Coletiva foi avaliada com nota três. Além disso, daqueles que se localizam nas regiões Nordeste ou Centro-Oeste, 75,0% receberam nota três, contra 40,0% dos localizados nas regiões Sul ou Sudeste.

Apesar das intenções em mudar essa configuração geográfica com base nos incentivos para implementar os programas de pós-graduação em regiões que nunca foram foco de interesse, essa iniciativa ainda é incipiente. Tais dados referentes à concentração de centros de excelência em regiões específicas do país nos trazem algumas questões para posteriores debates.

Em relação aos 147 pesquisadores que publicaram nas três revistas citadas na primeira busca na base de dados, apenas 24 (16,32%) tiveram mais de um artigo publicado, 83,68% dos pesquisadores tiveram trabalhos aceitos apenas uma única vez nos critérios estabelecidos para a pesquisa.

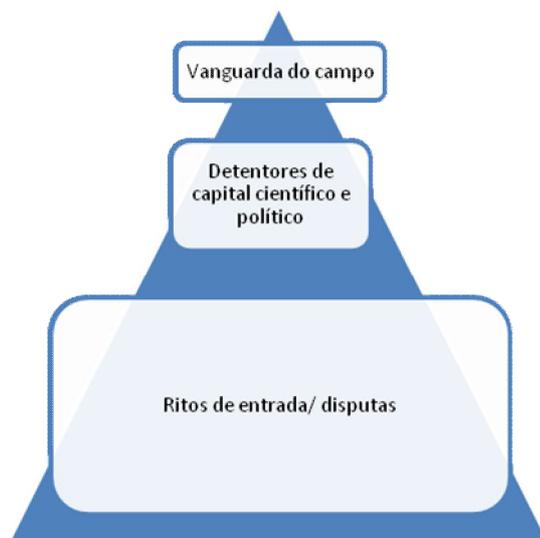


**Gráfico 2.** Distribuição de pesquisadores segundo número de trabalhos publicados.

Bourdieu em suas obras sempre buscou estabelecer a posição ocupada pelos agentes dentro do campo de produção cultural e as propriedades relacionais desse campo, como forma de delimitar o espaço social no qual se insere o projeto criador. Além disso, também buscava entender as estratégias individuais e de grupo que pudessem iluminar as práticas e o sentido das ações individuais. Dessa forma quando pensamos no quadro exposto a respeito dos pesquisadores e suas publicações e se fizermos uma analogia com uma figura com a distribuição espacial dos atores no campo, obteremos a forma piramidal, onde no topo da figura temos um número diminuto de pesquisadores que detêm capital científico dito “puro” e também capital político, considerando a visibilidade desses atores em instâncias de poder dentro do campo.

No nível intermediário temos um número razoável de agentes do campo, que entendemos possuem uma mobilidade e uma competência que dá a esses intelectuais a capacidade de inovação e de criação de novas regras do jogo, alterando as relações de força do campo e sua própria posição nesse campo. São eles que detêm grande parte do capital científico propriamente dito, mas também do capital temporal citado por Bourdieu, que lhes permite através de estruturas hierarquizadas de poder não necessariamente científicas (instituições de fomento,

comissões diversas, instâncias administrativas e órgãos deliberativos de políticas científicas), exercerem sua força diretamente no campo, colaborando na mudança permanente da estrutura do campo científico.



**Figura 2.** Ilustração da distribuição espacial dos atores no campo da Saúde Coletiva

Na base da nossa pirâmide imaginária temos os intelectuais que estão entrando no jogo, que estão presentes e colocando-se na disputa de poder, através de suas ideologias e propostas teóricas, conceituais ou estéticas. Esses atores chegam ao campo com suas estratégias diferenciadas e diferenciais, investindo seus capitais sociais, simbólicos ou científicos e culturais. No entanto, apesar da diversidade entre esses agentes, todos se apossam das regras do jogo e incorporam-nas, mesmo para contestá-las, subvertê-las e mudá-las, e estabelecem um consenso mínimo, a *illusio*.

Assim, pela disposição desses agentes no campo, podemos entender que em um determinado momento, esse campo apresenta-se flexível e permeável às demandas sociais ou as demandas internas e a conformação dele dependerá da maneira histórica como esse campo foi construído, com dispositivos de controle mais ou menos rígidos. A meu ver, não se pode contestar a existência de regras e ritos de entrada nos diversos campos, seja ele político, artístico, da medicina ou da saúde pública, da sociologia em saúde ou da saúde coletiva. Não resta dúvida que ter seu trabalho aceito e publicado em uma das revistas de vanguarda do

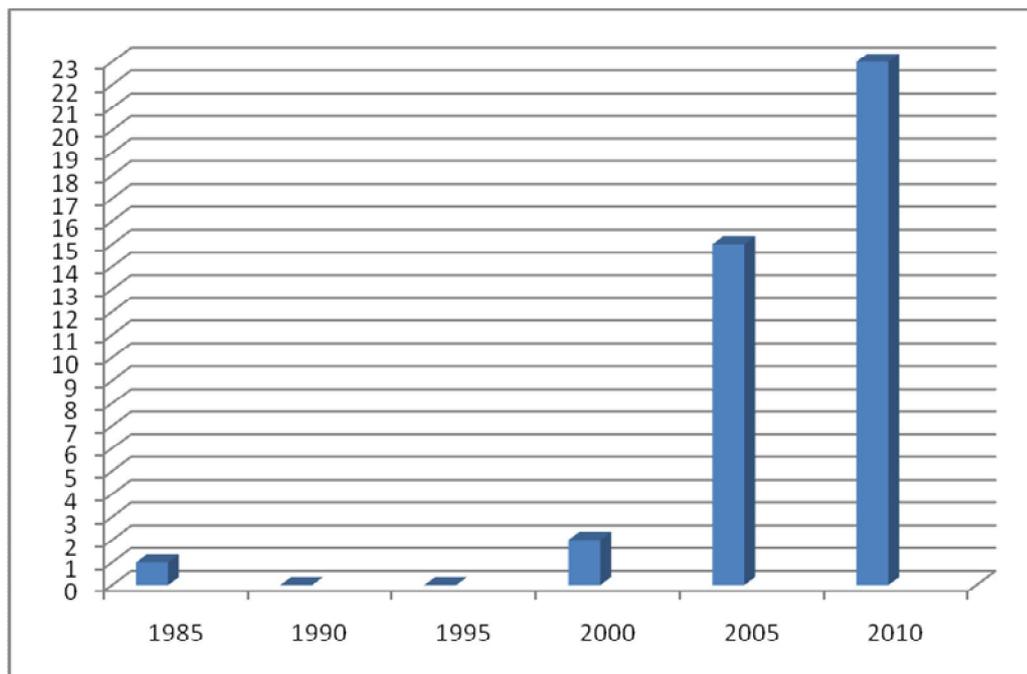
campo, configura-se legitimamente em um rito de entrada específico, onde o “iniciado”, submete-se a avaliação dos seus pares e concorrentes, dispondo de tanto capital quanto possível para garantir o seu ingresso no campo.

Depois de realizado uma distribuição dos agentes no campo, e compreendendo sua estrutura relacional, podemos analisar uma certa trajetória do grupo ou os indivíduos nesse campo.

Precisando mais o conceito, Bourdieu aponta que uma trajetória é a objetivação das relações entre os agentes e as forças presentes no campo. Essa objetivação resulta em uma trajetória, que “diferentemente das biografias comuns, descreve a série de posições sucessivamente ocupadas pelo mesmo escritor em estados sucessivos do campo literário” (Bourdieu, 1996b, p.71). Podemos trocar a palavra escritor e literário por intelectual e científico, sem alterarmos o sentido da definição. Assim, “toda trajetória social deve ser compreendida como uma maneira singular de percorrer o espaço social, onde se exprimem as disposições do *habitus*” e reconstitui “a *série das posições* sucessivamente ocupadas por um mesmo agente ou por um mesmo grupo de agentes em espaços sucessivos” [grifos do autor] (Bourdieu, 1996a, p.292).

Inúmeros autores estudados no transcorrer deste trabalho remetem a Saúde Coletiva à uma análise que em última instância a designa como um espaço complexo, cuja matriz teórico-conceitual do Movimento Sanitário pode ser encontrada na delimitação de sua área de conhecimento. Também percebemos que o campo da Saúde Coletiva vem sendo marcado por tensões epistemológicas, mas todo o tempo, remete ao seu significado como um projeto científico, e o define como “um campo de conhecimento interdisciplinar. Para alguns autores, também não é possível pensar em uma teoria unificadora que explique o conjunto de fenômenos e objetos que constituem a Saúde Coletiva.

Mas o que percebemos é que embora pareça que a Saúde Coletiva encontrou seu apogeu na década de 1990, quando o projeto político da Reforma Sanitária foi incorporado e transformou-se em realidade, dando destaque e legitimidade ao campo, isso não é a realidade. Os dados demonstram que as publicações do campo continuam crescendo e ganhando visibilidade nacional e internacional.



**Gráfico 3.** Número de publicações por ano

Apesar de tudo, a Saúde Coletiva no Brasil continua em franca expansão e seus congressos, por exemplo, são cada vez mais pujantes, bem como o número e a qualidade de seus periódicos. Essa expansão afeta diversamente os diversos protagonistas desse processo, consagrando uns, alijando outros, legitimando ainda outros, dentro da lógica do próprio espaço social no qual ela ocorre.

Agora passamos à análise de como a Saúde Coletiva influencia a formação segundo as categorias estabelecidas para análise, a saber: Formação na graduação e na pós-graduação e Identidade Política.

### **Análise das publicações selecionadas**

Quando optamos por realizar esse estudo discutindo o campo da Saúde Coletiva e seus vínculos com a Educação, na perspectiva da **formação** em saúde, sabíamos que precisaríamos fazê-lo de forma a transparecer a real situação em que se encontra o campo e sua influência na graduação e pós-graduação. Nem sempre é essa uma tarefa tranquila quando se está

intrinsecamente envolvida com o objeto, como é o caso de ser docente de uma universidade pública em uma disciplina relacionada à Saúde Coletiva.

De outra forma, essa experiência profissional nos auxiliou em uma análise mais detalhada e favoreceu a percepção de detalhes que ao final, podem apontar para novas perspectivas do campo.

Sabemos que o ensino de graduação nos cursos da saúde, apesar das recentes mudanças em seus projetos pedagógicos movidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's), ainda encontra-se aquém das necessidades dos serviços de saúde e da formação de profissionais qualificados do ponto de vista técnico, crítico, humano e ético, atuante e comprometido socialmente com a luta pela saúde dos brasileiros.

Contemplar o Sistema Único de Saúde, vigente no Brasil, é uma das importantes competências e habilidades proposta pela DCN, no entanto, apesar do discurso da integração ensino-serviço, a preocupação na viabilidade desse contexto não parece uma tendência solidificada nos cursos.

*A preocupação em aproximar o ensino e o serviço parece uma tendência nos dois cursos. Aparentemente ainda é uma aproximação sem território, ou seja, uma formação incapaz de identificar os significados, as dinâmicas e as necessidades locais de saúde. (II)*

Sem o real compromisso das Universidades com os Serviços de Saúde, como espaço formador dos profissionais, não alcançaremos as mudanças desejadas no perfil dos egressos. É comum encontrarmos docentes cujo vínculo com os serviços de saúde acontecem apenas por ocasião de estágios e práticas curriculares. Não entendemos ser esse o papel da Universidade. Apenas a utilização do campo de serviço para aulas práticas. A Universidade deve estar presente no serviço como o faz em salas de aulas tradicionais. Cotidianamente, ajudando o serviço de saúde a encontrar respostas satisfatórias para seus dilemas diários. Assim quando o aluno chegar ao serviço para cumprir seus créditos curriculares encontrará mais que apenas uma aula, encontrará a Universidade presente naquele lugar e observará que vínculo com o serviço e com a população se constrói com acolhimento, disponibilidade de tempo e respostas às suas demandas. O aluno de graduação sem dúvida será melhor acolhido e desenvolverá uma percepção muito mais positiva dos serviços de

saúde se o seu curso de graduação, por meio de sua Universidade e seus docentes, estiverem aproximados verdadeiramente com esses serviços.

*[...] as atividades curriculares não devem ser desenvolvidas somente em sala de aula. Desde o início da sua formação, os alunos precisam aliar a prática às necessidades da população na atenção básica. [...] O aprendizado dos acadêmicos deve estar atrelado à prática e ao cotidiano em consonância com as necessidades e demandas da sociedade. (VIII)*

Responder à necessidade de integração ensino-serviço na formação, dentro de um campo como a Saúde Coletiva é abraçar os desafios contemporâneos da ética, da integralidade, do cuidado e da intersetorialidade. A integralidade requer um olhar mais amplo dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença, requer um compromisso mais firme entre a formação e a prática profissional, capaz de transpor a barreira entre a atenção individual e a coletiva.

Experiências inovadoras na formação apontam a Saúde Coletiva como uma grande possibilidade de ultrapassarmos os limites do tradicionalismo e da prática centrada no indivíduo e na doença.

*Os estudantes reconhecem a presença e o desenvolvimento pouco convencional da área de Saúde Coletiva, uma vez que não existem disciplinas no currículo do curso e, sim, módulos interdisciplinares, trabalho multiprofissional com práticas nas Unidades Básicas de Saúde desde o primeiro ano, o que tem possibilitado uma participação mais ativa dos alunos e a realização de mudanças mais consistentes, com maior sustentação ao longo do tempo, apesar das dificuldades e instabilidades políticas que afligiram o curso nesta trajetória e da dependência do professor referida no grupo focal. (X)*

No cenário das mudanças na graduação, essas experiências assumem um papel estratégico, justamente por trilharem os caminhos para consolidar os respectivos projetos de mudanças na formação em Saúde.

*[...] o debate sobre formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde vem ganhando importância crescente, já que o descompasso entre o perfil dos profissionais e as orientações do sistema de saúde é identificado como fator crítico para a consecução desses objetivos. (X)*

Apesar de ter havido, na última década, um descompasso entre os setores da saúde e da educação, suscitado principalmente pelas diretrizes do estado

mínimo, as novas DCN's para os cursos da área da saúde indicam caminhos para enfrentar esses desafios. Essa articulação pode ser considerada fruto de intensos debates e mobilização dos profissionais de saúde, dos educadores, das associações educacionais e de outros órgãos que fomentaram esses debates.

A própria confluência entre esses campos denota a dimensão política presente no debate e também na formação. Um dos principais aspectos das DCN's é a indicação de que na graduação deve haver maior vinculação da formação acadêmica às necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS.

*Foi bastante importante verificar que a grande maioria dos alunos, apesar de uma visão ainda preconceituosa de alguns atores da academia, representada por alguns professores, observa aspectos positivos do SUS. O SUS é o principal mecanismo de conquista de direitos relativos universalização da atenção à saúde e deve ser defendido de forma clara por todos aqueles que acreditam em princípios tais como ética, cidadania e justiça social. (I)*

*[...] é imprescindível que o educador direcione o educando para elaboração de sínteses, com a finalidade de formar enfermeiros comprometidos com a interpretação da saúde-doença como processo social e da saúde como direito social e, portanto, com a transformação das práticas reiterativas do modelo hegemônico. (IV)*

Se a escolha por um curso de graduação pode ser atribuída à “vocação” sentida no momento do vestibular, a opção por um curso de pós-graduação há de estar permeada pelas possibilidades de pesquisa e especialização vislumbradas no decorrer da graduação e, obviamente, pelas alternativas oferecidas nos mercados de trabalho. Quanto a essas últimas, além do movimento que as caracteriza, é de conhecimento geral a expansão de concursos públicos e privados em diversos postos de trabalho para os quais o requisito de titulação pode ser um fator decisivo para conquista de vagas, independentemente da área de especialização e da natureza das instituições.

Para Ribeiro e Cunha (2010) dentre as motivações que levam alunos a buscarem um programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, três se destacariam: a possibilidade da docência no ensino superior; a necessidade de ampliarem os conhecimentos em pesquisa e a necessidade de aprofundarem e atualizarem os conhecimentos no campo da Saúde Coletiva

*Causa impacto compreender que uma das grandes motivações reveladas pelos participantes é ingressar na carreira docente. Ora, se a docência se constitui num campo de conhecimentos específicos, parece não haver sintonia entre formação de docentes e proposta curricular do Programa [de Pós-graduação em Saúde Coletiva] uma vez que a disciplina Didática conta com apenas trinta horas aula. Como proporcionar aos docentes universitários, a fundamentação teórica e prática aprofundada do conhecimento pedagógico, para que esses profissionais possam construir os saberes indispensáveis à profissão de professor? (XII)*

Diante da variedade e amplitude das áreas de graduação dos nossos egressos que buscam a pós-graduação em Saúde Coletiva a pergunta que nos acompanha refere-se justamente aos motivos de escolha por uma área tão abrangente, diversificada e, de certo modo inespecífica, como a Saúde Coletiva. Buscamos, ao longo das análises neste estudo, perceber se havia motivos específicos de “identificação” com esse campo. Considerando as publicações que tratam da pós-graduação supomos um movimento migratório em busca de titulação, mas não se pode afirmar se essa busca é fortalecida por marcas do próprio campo, como o compromisso político original. Também se faz necessário perguntar se a conformação curricular dos programas tem relação com esses propósitos da identidade do campo. Para Nunes (2005), ao considerarmos o currículo como produto da própria concepção de Educação, não devemos descolar a estrutura curricular dos objetivos que norteiam a idéia de um curso de Saúde Coletiva.

Outro ponto a ser considerado na pós-graduação em Saúde Coletiva é a crescente especialização do campo, que cria áreas de concentração. A própria organização curricular e a produção específica dos cursos (dissertações e teses) evidenciam não somente a amplitude da área, como sua extrema diversificação.

*As pesquisas que originaram teses e dissertações ocuparam-se de uma ampla variedade de objetos de investigação. Dentre os 96 objetos de estudo identificados, foram mais frequentes os relativos aos perfis epidemiológicos e de reprodução social [...] que englobam estudos sobre perfis de saúde-doença, reprodução social, condições de vida, trabalho e saúde, as inter-relações da determinação social da saúde-doença [...] além de estudos sobre carências alimentares ou padrões alimentares inadequados, em função da inserção social. (VI)*

A diversificação do objeto de investigação em grandes áreas coloca continuamente para os especialistas do campo questões que não podem ser deixadas à margem do debate na pós-graduação. Uma delas refere-se ao objeto central – a saúde: entendida em sua complexidade, cuja abordagem, não pode prescindir de uma visão global que o contextualize num plano mais geral embora se respeitando as especificidades com que se deseja olhá-lo.

Ainda que a identidade política analisada como uma categoria analítica neste trabalho tenha surgido com mais força nas publicações cujos temas foram a graduação em saúde, na pós-graduação ainda encontramos no campo, marcas bastante distintas que de certa forma, contribuem na própria conformação desse campo.

*A preocupação com a superação das desigualdades sociais impulsionou o desenvolvimento de estudos cujos objetos emergem das contradições sociais e apontam para intervenções, conforme o projeto da Saúde Coletiva. (VI)*

Como já vimos anteriormente, por ocasião da emergência do movimento da Saúde Coletiva, muitos estudos marcaram o espaço da determinação macroeconômica, com forte influência do marxismo. Breilh (1991) considera que essa politicidade “externa” coloca os conteúdos dos trabalhos científicos na sociedade e no poder, ou melhor, na relação entre o geral e o particular. A politicidade “interna” aos trabalhos científicos encontra-se na construção do modo de pensar científico e expressa-se na configuração das categorias e explicações que a ciência incorpora. Para o autor a separação entre a primeira e a segunda forma de politicidade leva ao descuido da congruência interna do trabalho científico.

*[...] o compromisso com o projeto da Saúde Coletiva [...] é evidente, uma vez que na maior parte dos estudos, os indivíduos foram considerados como sujeitos sociais. (VI)*

A categoria política de análise se firma no compromisso social dos autores e na elaboração de estudos na pós-graduação no sentido de favorecer o compromisso social, compreender a relação dialética entre o biológico e o social e realizar a interpretação política da realidade, desvelando o caráter ideológico das práticas e políticas.

Abordar a prática formativa que se instituiu em torno da Saúde Coletiva significa também entender como foi definido esse campo e como suas práticas teóricas se estruturaram. Em nosso entendimento a Saúde Coletiva vem-se organizando na interface do que Nunes (2005) denomina de dimensões do pensamento, da teoria e do movimento e que se traduzem em uma forma de entender a saúde, pesquisá-la teoricamente e institucionalizá-la acadêmica, política e pedagogicamente

Diante das análises realizadas, tanto sobre a conformação do campo em Saúde Coletiva, como em relação ao movimento desse campo em suas práticas formativas e configuração de sua identidade política, pudemos apreender que a Saúde Coletiva se articula com um conjunto heterogêneo de movimentos ideológicos de reforma do ensino e da organização das práticas de saúde, redefinindo conceitual e politicamente algumas propostas e incorporando outras assim como aconteceu com a Medicina Preventiva e com a Medicina Comunitária nos primórdios da formação do campo.

O debate teórico e epistemológico que existe hoje no campo da Saúde Coletiva contempla uma conceituação mais avançada de saúde, enquanto objeto de conhecimento e intervenção, entendida como parte do complexo saúde-doença-cuidado, que incorpora a historicidade das relações que a determinam, inclusive a relação dos indivíduos, grupos sociais e sociedade em geral com o SUS.

Ancorada nessa reflexão abrangente sobre a saúde, a Saúde Coletiva afirma-se como um campo científico, segundo o referencial de Bourdieu e detém na sua configuração uma identidade fortemente voltada à formação profissional e arraigada nas suas origens de práticas políticas mais abrangentes.

Apesar do processo de construção do SUS ter alimentado diretamente o movimento por mudanças na educação dos profissionais de saúde, de modo geral a participação da Saúde Coletiva nos cursos de graduação da saúde tende a reproduzir eixos disciplinares como Epidemiologia, Planejamento e Gestão em Saúde e Saúde da Comunidade. Ainda são projetos pontuais e localizados que retratam alguma experiência inovadora na graduação e apresentam resultados efetivos de mudança.

O grande esforço de constituição do campo da Saúde Coletiva concentra-se na pós-graduação e na produção de conhecimento. É nesse espaço que o campo apresenta suas características mais marcantes de disputa e alcance de prestígio. Também é na pós-graduação que se verifica uma preocupação com a identidade do campo e com as perspectivas que se constroem nele.

Ao finalizar este estudo, destacamos que nossa posição em relação à Saúde Coletiva é a de que esse campo se fundamenta na interdisciplinaridade como propulsora da construção de um conhecimento ampliado da saúde, no qual continuam presentes os desafios de trabalhar com as dimensões da formação para a cidadania e controle social. Assim, qualquer que seja o objeto de estudo no campo da Saúde Coletiva, sempre se constituirá como parte integrante de processos históricos e sociais.

Damos, nesse momento, por realizado esse trabalho de construção das relações ocorridas no Campo da Saúde Coletiva no Brasil, através dos dados e sua análise. Esperamos ter conseguido, aqui e ainda nas considerações finais, discutir a relação entre o que revela o campo e o que esse campo também revela à luz das questões teóricas e metodológicas colocadas por esta tese.

## ***CONSIDERAÇÕES FINAIS***

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos assim ao momento final desta tese. Analisamos os aspectos relevantes da construção deste estudo e as decorrências do trabalho realizado, a começar da metodologia utilizada, proposta logo na introdução e desenvolvida a seguir.

Nossa proposta foi a de seguir os ensinamentos de Pierre Bourdieu. O cientista bourdieusiano é movido por imperativos categóricos do tipo vocacional ou éticos ou morais, ou seja, o objetivo de seu trabalho é cumprir uma determinação e uma missão social qualquer, oriunda de instâncias psicológicas profundas, familiares, sociais, religiosas, políticas, no caso da Saúde Coletiva, movida por uma utopia ou ideologia de mudança social, que sempre apostou na capacidade humana da superação do material e das determinações sociais.

Desse trabalho, algumas constatações e questões surgiram.

Diríamos que a Saúde Coletiva, como organização pode ser dimensionada, em suas origens, como um fato sociológico e político – nasce no embate das questões postas pela área da Saúde nos anos 70, no processo de institucionalização da formação de recursos humanos e dos conhecimentos que se encontravam dispersos nas escolas de saúde pública, departamentos de Medicina Preventiva e Social e nos primeiros cursos de Medicina Social e nos interesses de realizar pesquisas e produzir práticas políticas voltadas à melhoria das condições de saúde, caracterizando-se por ser um movimento contra-hegemônico visando a rever criticamente o modelo sanitário brasileiro, mas também dos interesses corporativos e associativos de destacada parcela da intelectualidade da saúde.

Frente à grande diversidade que conforma o campo da Saúde Coletiva e à tendência de especialização em torno de áreas disciplinares somos favoráveis de se mantenha uma vigilância ao campo e defendemos que não se abra mão de sempre buscar a preservação da identidade do campo, também chamada por Bourdieu de propriedades específicas. Identidade essa composta segundo esse trabalho por uma conformação político ideológica de defesa da cidadania, dos preceitos do Sistema Único de Saúde e dos direitos civis de cada cidadão. Essa

identidade também é composta por um saber científico arraigado em suas origens históricas que decidiu, em determinado momento, superar uma visão reducionista do agir em saúde, incluindo em seus debates amplos conceitos como saúde, acesso, equidade e formação profissional de seus trabalhadores.

Sim, abandonando definitivamente as questões semânticas ligadas ao uso do campo para designar a Saúde Coletiva, afirmamos que segundo a praxiologia de Bourdieu, a Saúde Coletiva é um campo científico, com propriedades específicas que lhe conferem uma identidade, onde os agentes ocupam posições, lutam por elas, aceitam as regras do jogo, submetem-se a ritos de entrada e acumulam capital. Para além disso, a Saúde Coletiva é também um campo de práticas, inclusive pedagógicas, formando profissionais, pesquisadores e sobretudo, agentes de permanente transformação desse campo.

A Saúde Coletiva configurada como campo apresenta os elementos fundamentais da definição de campo de Pierre Bourdieu: há um espaço definido de disputa cujo objeto deve ser o prestígio, a autoridade no campo ou mesmo o reconhecimento dos pares, um *habitus* incorporado inclusive na formação de herdeiros desse campo, regras aceitas pelos agentes e capital específico e político acumulados por eles.

Por fim, ao constatar a existência do campo desvelamos o seu objeto de disputa, qual seja o prestígio legitimamente reconhecido por seus pares e ora revelado sob a forma de publicações científicas em suas diversas configurações, ora ocupando cargos e posições que dão poder, àqueles que os exercem, de mudar ou manter a estrutura desse campo, conforme sua própria posição naquele espaço de tempo.

Concluir o estudo é uma parte desta jornada, que não começou nesse processo de doutoramento, mas que encontrou nele um novo fôlego, uma nova razão, uma nova visão sobre o campo da Saúde Coletiva. O restante da jornada começa agora. Concluir o doutorado é o meu rito de entrada no campo.

## REFERÊNCIAS

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

Almeida, Kátia Maria Pereira de. **Distinção e transcedência**: a estética sócio-lógica de Pierre Bourdieu. *Mana*, v.3, n.1, p.155-168. 1997.

Alves, Emiliano Rivello. **Pierre Bourdieu**: a distinção de um legado de práticas e valores culturais. *Sociedade e Estado*, v.23, n.1, p.179-184, jan-abr. 2008.

Arouca, Sérgio. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e a crítica da medicina preventiva. (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas (SP), 1975. 262 p.

Bachelard, Gaston. **Epistemologia**: trechos escolhidos. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

Bardin, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

Bloom, Samuel W. **Word as scalpel**: a history of medical sociology. New York: Oxford University Press, 2002.

Boltanski, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

Bourdieu, Pierre. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

\_\_\_\_\_. **Razões Práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas: Papyrus, 1996.

\_\_\_\_\_. Que es hacer hablar a un autor? A propósito de Michel Foucault. In:

\_\_\_\_\_. **Capital cultural, escuela y espacio social**. México: Siglo Veintiuno, 1997.

- \_\_\_\_\_. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998a.
- \_\_\_\_\_. **A economia das trocas linguísticas**. São Paulo: Edusp, 1998b.
- \_\_\_\_\_. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1998c.
- \_\_\_\_\_. **Meditações Pascalianas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002.
- \_\_\_\_\_. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: UNESP, 2004.
- \_\_\_\_\_. Que es hacer hablar a un autor? A propósito de Michel Foucault. In: \_\_\_\_\_ **Capital cultural, escuela y espacio social**. México: Siglo XXI, 2005.
- \_\_\_\_\_. **A Distinção – crítica social do julgamento**. São Paulo: Edusp, 2007.
- \_\_\_\_\_. **A Miséria do Mundo**. Petrópolis,RJ: Vozes, 2008a.
- \_\_\_\_\_. **O senso prático**. Petrópolis,RJ: Vozes, 2009.
- Braga, Ruy. **Uma sociologia da condição proletária contemporânea**. Temp soc., v.18, n.1, jun. 2006.
- Brandão, Zaia e Lellis, Isabel. Elites acadêmicas e escolarização dos filhos. **Educação & Sociedade**, v.24, n.83, agosto, p.509-526. 2003.
- BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, VII. **Anais**. Brasília: MS, 1980.
- Breilh, J. La epidemiologia critica latino-americana. In: Franco, S; Breilh, J; Laurell AC, editors. **Debates em medicina social**. Quito, OPAS, 1991. P.164-215.
- Burke, Peter. **A Escola dos Annales (1929-1989): a Revolução Francesa da historiografia**. São Paulo: Unesp, 1997.

Burlandy, Luciene. **Saúde coletiva: uma trajetória em questão.** (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fund. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993. 416 p.

Burlandy, Luciene; Bodstein, Regina Cele de Andrade. **Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992).** Cad. de Saúde Pública - 14(3):543-554. 1998.

Campos, Gastão Wagner de Souza. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(2):219-230, 2000

Canesqui, Ana Maria. **Ciências Sociais e Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1995.

Carvalho Antônio Ivo. Da saúde pública às políticas saudáveis - saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.1, n.1:104-121. 1996

Catani, Afrânio Mendes. A sociologia de Pierre Bourdieu (ou como um autor se torna indispensável ao nosso regime de leituras). **Educação & Sociedade**, ano XXIII, no 78, Abril/2002.

Ciampa, Antonio da Costa. **A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1990.

Cohn, Amélia. Conhecimento e prática em Saúde Coletiva: o desafio permanente. **Saúde e sociedade**, v.1, n.2, p. 97-109. 1992.

Cohn, Gabriel (Org.) **Weber.** São Paulo: Ática. 1986.

Costa, Nilson do Rosário. Ciencias Sociales y Salud: Consideraciones sobre el nacimiento del campo de la salud colectiva en Brasil. **Cuadernos Médico Sociales**, n.62. 1992.

Costa, Nilson do Rosário. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário: Origens das Políticas de Saúde no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1986.

Da Cunha, Antônio Geraldo. **Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

Doimo, Ana. **A vez e a voz do popular: Movimentos Sociais e participação política no Brasil pós-70.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ANPOCS, 1995.

Donnangelo Maria Cecília Ferro. **Saúde e sociedade.** Ed. Duas Cidades, São Paulo. 1976.

Donnangelo, Maria Cecília Ferro e Pereira, Luiz. **Saúde e Sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1976.

Dubar, Claude. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais** São Paulo: Maritins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. **A crise das identidades.** São Paulo: Edusp, 2009.

Escorel, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 208 p.

Foucault, Michel. **A arqueologia do saber.** Petrópolis: Vozes, 1972.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso.** São Paulo: Loyola, 2009.

Gerschman, Silvia. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

Goffman, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1999.

Goldenberg, Paulete, Marsiglia, Regina Maria Giffoni e Gomes, Mara Helena de Andréa (Orgs.) **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 444 p. 2003.

Hobsbawm, Eric J, **Era dos Extremos: o breve século XX, 1914-1991.** São Paulo: Cia das Letras, 1995.

Hochman, Gilberto. A ciência entre a comunidade e o mercado. In: Portocarrero, Vera (Org.) **Filosofia, História e Sociologia das Ciências I: abordagens contemporâneas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.214-221.

Kuhn, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

Luz, Madel T. A Produção Científica em Saúde Coletiva (1994-1995). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.II, n.1/2, p.117-141. 1997.

\_\_\_\_\_. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, v.18, n.2, p. 304-311. 2009.

Mauss, Marcel. **Ensaio de sociologia**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

Meis, Leopoldo de e Leta, Jacqueline. **O perfil da ciência brasileira**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

Merton, Robert King. **Sociologia**: teoria e estrutura. São Paulo: Mestre Jou, 1970. 758 p.

Merton, Robert King, Fiske, Marjorie e Kendall, Patricia L., **The Focused Interview**: a manual of problems and procedures. Glencoe, Illinois: The Free Press, 1956.

Miceli, Sérgio. Condicionantes do desenvolvimento das ciências sociais. In: \_\_\_\_\_ (Org.) **História das Ciências Sociais no Brasil**. São Paulo: Vértice.v.1, 1989. p.72-109.

Mills, Wright C. **A imaginação sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.

\_\_\_\_\_. **A nova classe média**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

Minayo, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

Montagner, Maria Inez. **Mulheres e trajetórias na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: vozes singulares e imagens coletivas.** (Dissertação de Mestrado). Unicamp, Campinas, 2007.

Montagner, Miguel. Pierre Bourdieu e a saúde: uma sociologia em *Actes de La Recherche em Sciences Sociales*. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.7, p.1588-1598. 2008.

\_\_\_\_\_. **A consagração das vanguardas: memória e biografia coletivas das práticas científicas na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp** (Tese de Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2007.

\_\_\_\_\_. Trajetórias e biografias: notas para uma análise bourdieusiana. **Sociologias**. ano 9, n.17, jan-jun, p. 240-264. 2007.

\_\_\_\_\_. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.2, abr-jun, p. 526. 2006.

\_\_\_\_\_. **A teoria da prática de Bourdieu e a sociologia da saúde: revisitando as Actes de la recherche em sciences sociales.** (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2003.

Montagner, Miguel e Nunes, Everardo Duarte. Sociologia da Saúde na França. **História, Ciências, Saúde**, v.11, n.2, maio-ago, p.417-424. 2004.

Nunes, Everardo Duarte. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. **Saúde e Sociedade**, v.1, n.1, p.59-84. 1992.

\_\_\_\_\_. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v.3, n.2, p.5-21. 1994.

\_\_\_\_\_. Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina. In: **Sobre a sociologia da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999. p.209-234.

\_\_\_\_\_. Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina: a história de um curso (1965-90). **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v.6, n.3, fev, p.631-657. 2000a.

\_\_\_\_\_. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p.251-264. 2000b.

\_\_\_\_\_. A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: panorama geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.1, p.79-95. 2003.

\_\_\_\_\_. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **Physis**, , vol.15, no.1, p.13-38. 2005.

\_\_\_\_\_. Saúde coletiva: uma história recente de um passado antigo. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

\_\_\_\_\_. Merton e a sociologia médica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.14, n.1, p.159-172, jan-mar. 2007.

Nunes, Everardo Duarte *et al.* O campo da Saúde Coletiva na perspectiva das disciplinas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(4):1917-1922. 2010.

Paim, Jairnilson da Silva; Almeida Filho, Naomar de. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.4, p.299-316. 1998.

Portocarrero, Vera. **As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

Ribeiro, Patrícia Tavares. **A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil: 1975-1978**. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991. 190 p.

Ritzer, George. **Sociology: a multiple paradigm science**. *The American Sociologist*, v.10, n.3, p.156-167. 1975.

Roman, Arlete Regina; Friedlander, Maria Romana. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm.** Jul-Dez; 3(2):109-12. 1998

Testa Mario. **Pensar en salud.** Lugar editorial, Buenos Aires. 1993

Vieira-da-Silva, Lígia Maria; Almeida Filho, Naomar. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, sup.2, p.S217-S226. 2009

Weber, Max. **Ensaio de Sociologia.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1982.

\_\_\_\_\_. **Economia e sociedade:** fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília: UnB, 1994. v.I

\_\_\_\_\_. **Ciência e Política:** duas vocações. São Paulo: Martin Claret, 2003.

## **ANEXOS**