



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Associação Paulista de Saúde Pública.

Montagner, Miguel Ângelo; Montagner, Maria Inez
Como se tornar um intelectual da saúde: a *illusio* necessária e seus tormentos
Saúde e Sociedade, vol. 25, núm. 4, 2016, Outubro-Dezembro, pp. 837-846
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016172319>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406264129002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org



Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Como se tornar um intelectual da saúde: a *illusio* necessária e seus tormentos

How to become a health intellectual: the necessary *illusio* and its torments

Miguel Ângelo Montagner

Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasília, DF, Brasil.
E-mail: montagner@hotmail.com

Maria Inez Montagner

Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasília, DF, Brasil.
E-mail: inezmontagner@hotmail.com

Resumo

Este ensaio emprega o arcabouço teórico de Pierre Bourdieu, autor fundamental para a descrição da prática científica, como estratégia heurística para se obter uma compreensão hermenêutica do significado da graduação em saúde coletiva no contexto do campo da saúde, e tentar explicar se a formação do neo-higienista consegue possibilitar que os alunos de graduação em saúde coletiva incorporem a *illusio* necessária - mas não suficiente - para se transformar a saúde no Brasil. Trata-se de um ensaio que discute como a forma como o pensamento social, por meio de disciplinas das ciências humanas e sociais, introduziu-se historicamente no campo da saúde. Nesse processo, comenta-se como essas disciplinas formam o fundo de pensamento comum da chamada saúde coletiva e assim passam a incorporar o *habitus* dos profissionais da área. Por fim, discutimos como a aceitação do pacto inicial dos profissionais com as regras do campo e das formas simbólicas de sua legitimação poderia ocorrer e como os novos graduandos em saúde coletiva passariam a aceitar as regras tácitas e implícitas de atuação nesse campo. Constata-se o fato de que a dominação simbólica da clínica continua aparentemente inabalada e a formação de alunos em uma área que deveria contestar essa unicidade de pensamento parece manter intacta essa hegemonia, a despeito dos objetivos confessos da criação dessa graduação.

Palavras-chave: Ciências Sociais; Saúde Coletiva; Educação; *Habitus*; *Illusio*.

Correspondência

Miguel Ângelo Montagner
SQN 205, Bloco C, apto 503, Asa Norte.
Brasília, DF, Brasil. CEP 70843-030.

Abstract

This test employs the theoretical framework of Pierre Bourdieu, central author to the description of scientific practice as a heuristic artifice to obtain a hermeneutic understanding of the meaning of collective health undergraduate studies in the context of the field of health, and trying to explain if the formation of the neo-hygienist approach can enable undergraduates in collective health to incorporate the *illusio* necessary (but not sufficient) to transform health in Brazil. This is an essay that discusses how social thought, through courses of humanities and social sciences, was historically introduced in the field of health. In this process, we will discuss how these courses form the common thinking of the so-called collective health and therefore start to incorporate the habitus of the professionals in the field. Finally, we will discuss how the acceptance of the initial pact by professionals with the rules of the field and of the symbolic forms of their legitimacy could occur and how the recently graduated professionals in collective health would accept the unspoken and implied rules of acting in this field. We observed that the symbolic domination of the clinic is still apparently unshaken and that the training of students in an area that should challenge this oneness of thought seems to keep intact this hegemony, despite the avowed goals of creation of this undergraduate course.

Keywords: Social Sciences; Public Health; Education; *Habitus*; *Illusio*.

Introdução

Uma aposta recente dos decanos da saúde coletiva, iniciada com mais visibilidade e concretude no 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva acontecido na Universidade de Brasília (UnB) em 2003, foi o fomento da criação de uma graduação em saúde coletiva. A concretização dessa ideia ganhou materialidade em julho de 2008 na mesma universidade, na esteira da Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), com a primeira turma de estudantes que buscavam o título de bacharel em saúde coletiva.

Essa culminação representa uma relativa autonomização da área, um novo momento histórico cujos resultados ainda serão esclarecidos na história da saúde pública do Brasil. Por esse motivo, neste ensaio, procuramos compreender a relação estreita que guarda o pensamento social em saúde, em geral representado pelas ciências sociais, mas que não se limita a elas, com a construção desse novo campo, e mais ainda, com a construção das disposições mentais e subjetivas dos profissionais que serão formados. Traduzido em termos conceituais, qual o *habitus* e a *illusio* que presidirão a subjetividade e as práticas dos futuros profissionais da área, e como eles serão reproduzidos sistematicamente?

Com o uso dos conceitos teóricos de Pierre Bourdieu (1996; 1980), tentaremos aqui analisar os pressupostos conceituais exemplares que embasaram esse processo (em registro foucaultiano episteme ou dispositivo) de construção da racionalidade própria da área, incorporada ou não em seus futuros agentes sociais. A tentativa aqui realizada será a de apontar um tipo ideal de agente social ainda hipotético nomeado aqui neo-higienista (por ora sanitarista), desaguadouro da história do campo e responsável pela futura reprodução desse espaço social.

O pensamento social em saúde

O pensamento social tem uma longa história e com certeza fronteiras movediças. Desde os primeiros estudos sobre as condições de vida dos trabalhadores (Engels, 2008) no alvorecer do capitalismo até a inserção específica, clara e decisiva

dos autores das ciências humanas no campo da saúde, passaram-se lustros. Montagner (2008) realizou uma tentativa de sistematização tipo ideal alhures, na qual se apontam os dilemas das ciências humanas e sociais no campo da saúde, em especial a sociologia da saúde.

Podemos compreender a inserção das disciplinas que se debruçam sobre a sociedade como um processo histórico de racionalização do pensamento social mais amplo em torno de um objeto específico e particularmente dentro de um campo específico, o campo da saúde. Aqui flagrantemente utilizamos o conceito cunhado e aperfeiçoado por Bourdieu (1996), que define um campo social como um espaço específico das sociedades ocidentais, construído por decurso da história, com a participação inicial dos agentes fundadores e posteriormente por agentes que regularizam a ordenação interna do campo, no qual a legitimidade interna, isto é, seu princípio lógico explicativo e princípio de dominação, é localizada, idiossincrática e relativamente autônoma em relação à sociedade mais ampla. Vale dizer que esse princípio de hegemonia é a fonte de dominação legítima interna ao campo e pressupõe uma autonomia relativa dos agentes nele inseridos, ainda que a autonomia seja relativa e *in germe*.

Esse processo weberiano de racionalização das sociedades modernas, em especial quanto aos usos do corpo e do controle da sociedade sobre ele, passou por mudanças sociais amplas e estruturais, que deram ao campo da cura um lugar histórico e claro dentro das sociedades capitalistas e de matriz ocidental.

Qual seria então a lógica de legitimação do campo da saúde?

Não há uma resposta simples nem completa, mas o tipo ideal que se aplica é o da dominação pela clínica. Por mais água que tenha corrido por baixo dessa ponte, a estrutura da fundação ainda está calcada na capacidade de cura, ou seja, na potência epistemológica da obtenção da cura aliada com a tradição médica. Se, em dado momento, a hegemonia da biologia foi claramente estabelecida com a revolução pasteuriana e com seu axioma “a cada doença seu germe”, sua confirmação prática e objetiva se deu com a descoberta dos antibióticos

que colocaram em prática o projeto pasteuriano da cura universal. Com o advento dos antibióticos, passamos ao período utópico da erradicação das doenças. Esse projeto, perfeitamente ajustado ao projeto iluminista mais amplo, povoou a mente dos intelectuais da saúde por muito tempo.

Na madrugada da Idade Moderna, no final dos anos de 1960, com as profundas transformações sociais, o esgotamento das energias utópicas (Habermas, 1987), as novas matrizes produtivas e os questionamentos ao projeto iluminista, um novo papel mais específico e mais instrumentalizado também foi reservado ao pensamento social em saúde, o que se desenvolveu especificamente na arena social brasileira.

Limites da cura e advento da pós-modernidade

O projeto iluminista, na linha de pensamento de Adorno e Horkheimer (1985), baseou-se na chamada razão instrumental e na aplicação de racionalidades ao mundo encantado do pré-capitalismo. Esse projeto inconcluso passa a perder força e mostrar seus limites após meados do século XX, a partir dos resultados inesperados do uso sistemático da razão.

Os rescaldos da Segunda Grande Guerra apontaram com toda clareza o genocídio em massa ocorrido durante as duas guerras e também a forma sistematizada ou sistêmica que tomou a racionalidade da destruição. O mundo que emergiu desse processo já nasceu velho e ensaiou um esforço de correção da barbárie e das desigualdades com a proposta do Estado de bem-estar social, que se contraporia ao Estado liberal clássico. A despeito de suas virtudes, o Estado de bem-estar se restringiu a um pequeno grupo de países europeus, que colocaram em sua agenda a preocupação diuturna pela saúde de toda a população, por meio de sistemas universais de saúde.

Na nossa realidade histórica, o processo de racionalização do campo da saúde passou por diversas etapas ou momentos muito bem documentados por diversos autores. A universalização do cuidado de saúde pelo Estado acontece muito tardiamente, nos anos 1980, no momento áureo da redemocratização

do país e da homologação de uma nova constituição, a de 1988. No interior do movimento pela redemocratização, o movimento sanitário se constituiu como a ponta de lança das organizações de pessoas, de instituições e usuários para a obtenção do direito à saúde.

Por onde caminhou o pensamento social na saúde pública ou coletiva?

As ciências sociais, como tradição, tendem a ser mais necessárias e urgentes em momentos de grande transformação social ou mudanças significativas da estrutura social. No Brasil, o período da polarização política que antecedeu ao golpe militar de 1964 e posteriormente a redemocratização foram períodos em que a política andou de par com grandes mudanças sociais, tanto no escopo local, com o desenvolvimento industrial brasileiro e a urbanização acelerada, quanto no âmbito mundial com a crise do capitalismo taylorista e a sua substituição por um modelo de produção de mercadorias toyotista, bem como o advento do chamado capitalismo financeiro.

Nesse período, com a repressão política e a transformação do espaço público, boa parte dos intelectuais ligados aos movimentos de esquerda viu seu espaço de atuação restrito e optou pela entrada e atuação no campo universitário. A universidade vinha de uma reforma significativa em 1968 e proporcionou novos ramos de conhecimento e novos espaços. Com o fim das cátedras e certa flexibilização do ensino superior, muitos novos profissionais foram incorporados. No campo da saúde, um bom número de intelectuais ligados a partidos de esquerda, notadamente o Partido Comunista, entraram na universidade. Nesse sentido, algumas instituições, como a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), alojaram pessoas com interesses sociais muito marcados e que viam a saúde como uma área importante para a atuação política. Do mesmo modo, a saúde era um problema social crescente, com a urbanização em expansão exigindo um aparato maior na prestação da atenção à saúde. Ao mesmo tempo, como a questão social, a saúde foi um meio heurístico de militância plenamente justificado, e nela se incrustaram muitos pensadores de linha marxista.

A despeito de a inserção de alguns cientistas sociais ter começado no interior de uma linha de pensamento funcionalista na saúde, de gênese

norte-americana, já nos anos 1940 e 1950 – o que proporcionou a contratação especialmente de antropólogos em algumas instituições e departamentos de saúde pública no Brasil –, a entrada massiva e a valorização do pensamento crítico e contestador em saúde somente ganha escala nos anos 1960 e início dos anos 1970, especificamente nos departamentos de medicina preventiva das faculdades de ciências médicas ou de saúde. Foi o caso exemplar do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, o da Universidade de São Paulo (USP), entre outros.

Essa inserção progressiva libera e autoriza uma crescente produção de um pensamento em saúde mais politizado, de cunho macroestrutural, com ênfase nos aspectos materiais do adoecimento, das determinações extraclínicas dos processos de adoecimento; em suma, inserção do pensamento marxista em saúde. Já é consenso que o pensamento marxista e sua ênfase na transformação social tiveram um peso fundamental na politização progressiva do campo da saúde no Brasil, fato *sui generis*.

O marco fundamental dessa inserção foi a rede de pesquisadores e pensadores instaurada por Juan César García. Médico e sociólogo argentino, ligado à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foi um pensador marxista que teve um papel fundamental na criação de redes em toda a América Latina que passaram a discutir a saúde em termos teóricos e práticos, dentro do marco do pensamento crítico. Em obra póstuma, García apresentou o pensamento social em saúde de forma precisa, mostrando as diversas vertentes do que comporia, para ele, o campo da medicina social, das ciências sociais aplicadas à saúde ou ciências sociais em saúde: todas recebendo aportes das disciplinas como sociologia médica, ciências sociais, economia médica, economia política da saúde, além da epidemiologia social ou higiene (García, 1986). Essa apresentação, de bom momento, explicita um esforço e um reconhecimento de um campo recém-instaurado, mas já em plena produção. Esse processo é nomeado por García de disciplina- rização, começando no pós-guerra e tendo como ponta de lança os departamentos de medicina preventiva e social, onde os primeiros cientistas sociais adentram o campo médico para se encarregarem do ensino. García influenciou vários profissionais da

saúde, intelectuais brasileiros e latino-americanos de forma significativa, e deixou em baixo relevo a impressão digital indelével na face desse campo, ainda que isto não seja devidamente reconhecido.

Essa marca de nascimento vem da Reunião de Cuenca em 1972, no Equador, que reuniu um grupo de pensadores em torno de uma proposta social na saúde contrária ao funcionalismo vigente. Essa reunião, na leitura de García, consolidou um campo de conhecimento e possibilitou a criação das primeiras pós-graduações na nova disciplina.

Podemos resumir esse processo de nascimento do campo como a instauração da questão central das desigualdades de classe no cerne do campo do pensamento em saúde, especialmente nos anos 1970.

Outro marco incontornável foi a divulgação e assimilação da contribuição de Asa Cristina Laurell, na vertente mais epidemiológica, esculpindo o conceito “processo saúde-doença” advindo da chamada medicina social como a obra central que ilumina os trabalhos coletivos do campo (Laurell, 1983). A autora pertence ao centro pioneiro da Universidade Autónoma do México, em Xochimilco, onde se criou uma das primeiras pós-graduações em medicina social.

Nesse ambiente crítico trabalhou Maria Cecília Donnangelo, dentro da Escola de Pensamento Uspiano, aplicando o pensamento marxista e local ao campo da saúde, campo este que passou a ser inserido dentro da estrutura produtiva mundial e dentro da posição relativa da sociedade brasileira nesse contexto de produção de riquezas. A questão que ela coloca é sobre o papel da saúde dentro da produção capitalista periférica (Donnangelo; Pereira, 1976). Do mesmo modo, elucida o papel do médico nessa sociedade e as características de seu trabalho (Donnangelo, 1975).

Desde esses primórdios, o pensamento social passou a ser a base de ação, de explicação epistemológica e de legitimação política desse campo de conhecimento. Aconteceu o que Weber chamaria de fundamentação de uma legitimidade do campo. No caso, três vertentes de legitimidade: o conhecimento (epistemológico), a ação (revolucionária e/ou crítica) e a legitimidade ideológica (política). Em suma, o pensamento social em saúde embasa, desde

há muito, o campo da saúde pública (coletiva) no Brasil, e nele se enraizou de tal forma que passou a ser o chão comum de todos os que nele se inserem, de forma consciente ou não, reconhecendo esse fato ou o renegando.

Mudanças epistemológicas

Nos anos 1990, passa-se a trabalhar o conceito de vulnerabilidade, como forma de apontar para causas sociais dos adoecimentos e não para a vítima ou grupos sociais em risco. Tenta-se uma ultrapassagem do conceito de desigualdade social fundada somente na estrutura de classes, apontando para aspectos além do econômico *per se*. Elencam-se os “recursos” que podem ser utilizados pelos indivíduos nas suas estratégias de lidar com a sua vulnerabilidade.

Entretanto, o que impregnou o campo da saúde, progressivamente, foi o conceito de risco, que se baseia na concepção de mundo como um espaço da probabilidade. As regularidades do mundo se aplicariam à saúde humana, ou, a causalidade poderia ser inferida coletivamente do ponto de vista de toda uma população ou espécie. Esse ponto de vista abraça significativamente a concepção positivista de mundo, no sentido de que as regularidades da estrutura social interfeririam de forma consistente e significativamente no adoecimento das coletividades, ainda que as ocorrências se concretizem no nível da individualidade.

Um fenômeno recente foi a introdução da ideia de que a especificidade da situação concreta interfere mais imperiosamente no adoecimento, sobre-determinando as especificidades da biologia individual ou do grupo. Na verdade, podemos substituir o conceito de especificidade por “qualidade”, o que nos remete a situações mais próximas de uma avaliação histórica, situacional das condições de saúde. Isso significa dizer que se deve buscar a genealogia de uma situação dada, tanto no campo histórico como epistemológico. Essa análise genética e estrutural nos leva a substituir o conceito de risco pelo conceito gestáltico de situação, isto é, para situar um conceito atual, a concepção de vulnerabilidade.

Essa abordagem mais recente aponta claramente para fatores ou causalidades ligadas aos aspectos simbólicos da situação social (Kowarick, 2003). Antes da discussão no campo das ciências sociais desse conceito, trabalhava-se consistentemente com a noção de marginalidade, sobretudo marginalidade em relação ao desenvolvimento produtivo brasileiro, ou melhor, a inserção das pessoas no processo de modernização de nosso capitalismo periférico à época. As ideias centrais seguiam a discussão da Teoria da Dependência, saída teórica proposta por Fernando Henrique Cardoso e Enzo Faletto, que, dentro do pensamento marxista, procurava compreender nossa situação *sui generis* na ordem capitalista mundial. A discussão da marginalidade de parcelas significativas de nossa população foi importante, mas posteriormente substituída por conceitos mais atuais:

A questão da marginalidade, ela surge com uma discussão latino-americana nos anos 60, 70 em função das características do nosso processo de urbanização. [...] Mesmo que o trabalho formal no Brasil tenha ultrapassado o trabalho informal pela primeira vez, ainda assim existe uma enorme quantidade de pessoas à margem do sistema produtivo. Só que ninguém mais fala de marginalidade, ninguém mais. Aliás, eu acho que eu ajudei as pessoas a não falarem mais de marginalidade, entende? Pode-se rediscutir isso, se é, se não é. É uma discussão interminável. No fundo é uma leitura quase que exegética de Marx, dos *Grundrisse* e d'O Capital, enfim. E os temas passam. E nesse sentido o conceito de vulnerabilidade é mais amplo, quer dizer, não é só a questão da inserção no mercado de trabalho, ele se refere também a laços sociais, inserção social, instituições que agregam as pessoas a nível local, a participação dessas pessoas nessas instituições religiosas, enfim, qualquer tipo de associativismo. Em relação ao conceito de marginalidade, ele é capaz de captar uma dimensão mais ampla da vida social (Kowarick, 2011, p. 241-242).

A vulnerabilidade trata de um campo mais vasto do pensamento social, que só se tornou possível graças a certo esgotamento da hegemonia marxista como instrumental da chamada esquerda. Ao se pensar em outras formas de análise do social, em particular da dominação social, abriram-se novas possibilidades tanto teóricas quanto metodológicas. O emprego e o empenho dos teóricos sociais de novas perspectivas trouxeram à baila novas técnicas e novos métodos, tanto ao pensamento social mais tradicional como no campo da saúde.

Essa mudança poderia ser chamada de virada epistemológica, de cunho qualitativo. A partir dos anos 1980 e começo dos 1990, autores com influências diversas passaram a pautar a agenda teórica brasileira, com um retardo de décadas. Foucault, Elias, Bourdieu, os filósofos pós-modernos e muitos outros começaram a ser sistematicamente empregados. As teorias da globalização e mundialização entraram em voga.

Estado da Arte

Grosso modo, o sucesso do pensamento social em saúde e sua ampla utilização como perspectiva levou a uma descaracterização de suas origens e de sua representatividade. Cabe dizer que seu sucesso se descolou de suas origens ligadas às ciências sociais e humanas, com os riscos inerentes a esse processo. Esse sucesso foi percebido por alguns cientistas sociais no campo da saúde como uma falta de rigor metodológico e também conceitual, “vulgarizando” o pensamento social por vezes de forma superficial. Diversos outros autores vêm trabalhando essa contradição ambulante.

Tendo logrado se tornar difundida e ser fundamento da saúde coletiva ainda que subestimada ou subsumida, a influência e a atuação dos cientistas sociais se daria em que instâncias?

Um papel tradicional ocupado pelas ciências sociais e humanas sempre foi o da formação dos novos quadros, seja na discussão teórica seja na

formação metodológica. Um modo de averiguar esse papel é compreender o papel do pensamento social em saúde na formação dos novos profissionais da área, agora retroativa ao momento da graduação.

Sistema de ensino como espaço de reprodução da dominação

O sistema de ensino tem um papel fundamental na formação de novos membros da sociedade, em especial na conformação dos *habitus* dos agentes sociais. Na linha bourdieusiana, a família conformaria o *habitus* primário e o sistema escolar o *habitus* secundário; isto é, a socialização primária estaria muito ligada à família e a socialização secundária muito influenciada pela escola, em especial nas sociedades modernas. Para Bourdieu (1980, 1996), o sistema escolar tem a dupla função de conformar o *habitus* de classe e estamental e também colocar à prova, para os herdeiros e os deserdados da distribuição social das benesses da sociedade, as habilidades e as disposições de excelência construídas durante as socializações sucessivas dos agentes sociais. Assim, os herdeiros e bem-nascidos precisam legitimar, por meio do sistema educacional, seu direito à herança social. Para o autor, nas sociedades modernas, há uma retradução da dominação por meio da transformação das desigualdades concretas em títulos escolares. Essa retradução tem como fundamento a negação dos capitais social, cultural e econômico, transformando-os em ordem natural aceitável (em muitos casos uma hierarquia profissional) por meio do uso da violência simbólica.

O mesmo acontece no Brasil e no campo da saúde. Os cursos superiores têm o papel, por meio do diploma final, de “validar” os *habitus* de classe de forma a legitimar uma posição mais ou menos valorizada no mundo social, em particular na dimensão do trabalho e na distribuição dos melhores locais de trabalho.

A função de legitimação não se faz de forma direta, mas por classificações simbólicas, pela transmutação dos capitais simbólicos ligados aos *habitus* de classe e/ou estamentais em valorizações das ocupações e profissões, codificados nos diplo-

mas e na valorização simbólica dos formados em tal e qual curso de graduação.

Esse processo simbólico de classificação, isto é, essa luta simbólica entre agentes sociais por uma melhor classificação de suas habilidades e disposições construídas durante sua passagem pelo sistema educacional, notadamente o universitário, é um processo social histórico e cotidiano.

Por isso, vale a pena tentar avançar algumas hipóteses a respeito dessa nova formação em saúde coletiva, o bacharelado na área. Nossas hipóteses são fruto da experiência de construção do primeiro curso de graduação implantando no Brasil, na UnB em julho de 2008. Como professores encarregados de construir a grade curricular e posteriormente como coordenadores desse curso durante sua implantação, podemos inferir algumas noções que serão aqui discutidas.

Graduação em Saúde Coletiva: a formação da *illusio* a partir das ciências humanas e sociais

Uma primeira constatação está ligada à origem e seleção dos novos alunos dessas novas graduações. Via de regra, os exames de entrada selecionam estudantes que chegam na universidade na fase final da adolescência, momento da consolidação de sua identidade. Estão no momento de transição do *habitus* secundário à idade adulta. A formação profissional indica uma escolha por profissões ligadas às classes dominantes, que no Brasil sempre possuíram curso superior. No entanto, com a expansão recente do sistema de ensino superior, houve, da mesma forma que na França dos anos 1960, uma desvalorização dos diplomas. Nesse sistema alargado, com cursos noturnos, alternativos, inovadores e outros, os diplomas deixaram há muito de ser uma certeza de colocação profissional.

Vale ressaltar que na distribuição dos cursos mais rentáveis e valorizados, há uma seleção ligada à origem social, por meio dos *habitus* de classe. Os alunos dos novos cursos, em especial naquele em que atuamos, parecem oriundos de grupos menos favorecidos da sociedade e tendem a possuir um

habitus que não favorece sua inserção nas camadas dominantes do campo, como apontou Jaisson (2002) para o caso das escolhas dentro das escolas médicas na França.

Outro ponto central, na nossa concepção a identidade profissional é marcada pela graduação. Esta graduação conforma a rede de contatos e o capital social; além disso conforma o capital escolar (diploma) e o capital simbólico.

No modo de formação tradicional dos profissionais em saúde coletiva, os ingressantes na área possuíam identidade profissional prévia. A partir desta identidade, se construía uma nova colocação simbólica no campo da saúde. Podemos avançar que os que optavam pelo campo da saúde pública/coletiva, já possuíam um cabedal simbólico ligado a sua profissão, muitas vezes enriquecendo essa potencialidade com uma nova “disposição” ou habilidade, a saber, trabalhar com características coletivas dos aspectos biomédicos *tout court*.

No caso em tela, os indicadores parciais que construímos apontam que os ingressantes não pertencem a estratos dominantes da sociedade. O *campus* avançado do qual fazemos parte introduziu cotas regionais além das cotas raciais/étnicas (Montagner et al., 2010). O resultado foi um avanço em relação a situação anterior, mas de longe ainda não se equilibrou o acesso ao ensino superior, de forma igualitária.

Para além do *habitus*

Se o *habitus* conforma as escolhas dos ingressantes, delimitando o universo de possibilidades tanto objetivas como subjetivas, ele conforma sucessivamente a formação também de uma espécie de especialização desse mesmo *habitus*. Nos diversos campos da sociedade, além do ingresso e imersão em uma determinada dimensão da sociedade, é requerido mais ainda. A mera participação não implica adesão nem convivência, nem mesmo crença na validade da aposta. Vale dizer, dentre os que passam, se inserem e participam de determinado campo social, nem todos são “convertidos” ou seduzidos completamente pelo princípio de legitimidade. Esse princípio é a condição básica e necessária para uma

completa afinidade entre o agente social e o campo no qual esse agente se insere. Essa afinidade traduz o grau de incorporação do princípio que rege o jogo e as práticas em determinado campo. Indo além, essa adesão subjetiva e objetiva traduz a possibilidade de ser adequadamente ajustado ao campo e com possibilidade de obter sucesso no próprio jogo interno a cada campo.

Nessa linha, Bourdieu define o conceito de *illusio*, uma base comum a todos, uma crença coletiva no jogo:

As lutas pelo monopólio da definição do modo de produção cultural legítimo contribuem para reproduzir continuamente a crença no jogo, o interesse pelo jogo e pela apostas, a *illusio*, da qual são também o produto (Bourdieu, 1996, p. 258).

Essa noção é fundamental para entender a dimensão do comprometimento e de incorporação das normas simbólicas e práticas de um campo na psique individual, o que promove uma inserção profunda da subjetividade do agente nas lutas cruciais e sangrentas em curso em um determinado campo. Essa projeção subjetiva, sinônimo de investimento libidinal no sentido freudiano do termo, pode e deve ser a base do sucesso ou insucesso dos agentes ao fio de longos esforços mentais de identificação (ou aversão sistemática) com as regras fundamentais do campo. A *illusio* apresenta também um indicador do vigor das lutas simbólicas e mesmo da higidez e autonomia de um determinado campo, dado que:

Cada campo produz sua forma específica de *illusio*, no sentido de investimento no jogo que tira os agentes da indiferença e os inclina e dispõe a operar as distinções pertinentes do ponto de vista da lógica do campo, a distinguir o que é *importante* (“o que me importa”, *interest*, por oposição “ao que me é igual”, *in-different*) [...] Cada campo (religioso, artístico, científico, econômico, etc.), através da forma particular de regulação das práticas e das representações que impõe, oferece aos agentes uma forma legítima de realização de seus desejos, baseada em uma forma particular de *illusio* (Bourdieu, 1996, p. 258-259).

Essa relação libidinalmente investida, ação gestáltica não premeditada racionalmente, acontece ao fio de um período de adaptação, conhecimento, reconhecimento e imersão em determinado campo social:

Essa participação interessada no jogo instaura-se na relação conjuntural entre um *habitus* e um campo, duas instituições históricas que tem em comum o fato de ser habitadas (com algumas discordâncias) pela mesma lei fundamental; ela é essa relação mesma. Não tem nada de comum, portanto, com essa emanção de uma *natureza humana* que coloca comumente sob a noção de interesse (Bourdieu, 1996, p. 258).

Habitus versus Illusio

A hipótese aqui defendida é que o *habitus* profissional predominante na saúde coletiva advém da graduação, mesmo que ela gradativamente torne-se híbrida e mais voltada ao espaço sociobiomédico. Essa tradição aponta para o fato que em geral há um conhecimento/saber básico e legítimo oriundo da formação de origem, que sustenta a legitimidade do profissional na área da saúde coletiva. Esse conhecimento e prática, esse saber, funciona como suporte das atuações no campo, oriundo do prestígio e legitimidade da área original de formação do agente.

O que acontece com os neo-higienistas que passaram a se formar a partir de 2008?

A questão principal é de onde extrair e conformar a *illusio* e as disposições de *habitus* necessárias para essa nova identidade? Alguns problemas afloram.

Em primeiro lugar, os neo-higienistas não têm uma identificação clara e precisa com os profissionais que os formam. Isso decorre porque os *habitus* dos professores têm muito decalcado de sua formação original, seja ela qual seja. Em segundo, nem todos os docentes são formados na saúde coletiva/pública de forma completa, normalmente possuem especializações ou pós-graduações específicas, que nem sempre cobrem todas as áreas que compõem o campo da saúde coletiva/pública. Como decorrência, a identificação

dos neo-higienistas se dá de forma parcial, quando isto ocorre. Em terceiro lugar, há uma contradição de base que se resolverá em médio prazo, com a substituição dos formadores pelos novos higienistas: ao contrário do que todos desejam - verem-se espelhados em seus formandos - o profissional formado terá muitas características discrepantes com os *habitus* que os formam.

Isto acontecerá por que o neo-higienista terá uma formação mais generalista e menos aprofundada em conhecimentos disciplinares específicos; um exemplo possível, o de graduados com um conhecimento de cunho político (de atuação prática), mas sem a formação da ciência política, da gestão das políticas públicas de Estado ou outra especificidade.

Assumindo a adesão ao campo, que *illusio* o estudante portará na pós-graduação? Com que conhecimentos? Ele se tornará um graduado com identidade ligada ao campo ou um portador de diploma, podendo participar de concursos?

Os argumentos acima são propositais e visam colocar sob luzes fortes o dilema da adesão à *illusio* do campo. Se isso ocorre, qual *illusio* se formará?

Parti pris

Em suma, tentei delinear as possibilidades de formação de uma *illusio* nos futuros profissionais. No entanto, qual seria a utopia?

Para os que vêm geneticamente do campo das ciências humanas e sociais, qual seria o papel desses novos profissionais?

Independente da necessária formação técnica, esse neo-higienista, na nossa visão utópica, deveria e deverá ser um intelectual da saúde. Intelectual orgânico gramsciano, organizadores da cultura e ocupantes estratégicos dos espaços institucionais da sociedade civil e do Estado ampliado (Gramsci, 1978). Intelectual específico de Foucault, ligado a uma questão social específica e restrito a um campo de saber historicamente determinado (Foucault, 1979). Ambos e simultaneamente.

Para tanto, a incorporação da *illusio* do campo da saúde e da saúde coletiva, a par do instrumental teórico e de pensamento, calcado nas teorias e conceitos filosóficos e sociológicos, é o ponto central.

Assumindo que a formação continuará, a impregnação dessa *illusio* é a tarefa central e mais valiosa do pensamento social em saúde, tarefa inglória pois esquecida, incauta pois sutil e largamente subjetiva, negada pois não materializada em números e indicadores, no entanto e acima de tudo fundamental.

Talvez o sucesso desta empreitada decreta o desaparecimento das ciências humanas e sociais em saúde, pois nosso saber faria parte do *habitus* dos novos higienistas, e entraria no esquecimento do senso prático como disposição internalizada no campo da saúde coletiva e na reprodução futura naturalizada.

Em resumo, a *illusio* que incorpora claramente as ciências sociais e humanas é e representaria o necessário **intelectual** da saúde coletiva, que gosto de nomear neo-higienista. A sua construção ou não define o jogo e o futuro da saúde coletiva, sua reprodução como campo e saber próprios, em suma, uma episteme bem sucedida.

Referências

- ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. *Dialética do esclarecimento*: fragmentos filosóficos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- BOURDIEU, P. *As regras da arte*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- BOURDIEU, P. *Le sens pratique*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1980.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade*: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2008.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GARCÍA, J. C. Presentación. In: NUNES, E. D. (Org.). *Ciencias sociales y salud en la América Latina*. Montevideo: OPS-Ciesu, 1986. p. 19-29.
- GRAMSCI, A. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
- HABERMAS, J. A nova intransparência: crise do estado de bem-estar social e o esgotamento das energias utópicas. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, v. 18, p. 103-114, set. 1987.
- JAISSON, M. La mort aurait-elle mauvais genre? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, v. 143, n. 1, p. 44-52, 2002.
- KOWARICK, L. Sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil: Estados Unidos, França e Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 61-85, 2003.
- KOWARICK, L. Vulnerabilidade e (sub)cidadania na sociedade brasileira: entrevista com Lúcio Kowarick. *Idéias: Revista do IFCH Unicamp*, Campinas, v. 1, n. 3, p. 237-252, 2011.
- LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). *Medicina social*: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.
- MONTAGNER, M. A. Sociologia médica, sociologia da saúde ou medicina social? Um escorço comparativo entre França e Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 193-210, 2008.
- MONTAGNER, M. A. et al. A graduação em saúde coletiva no Brasil: um estudo de caso da UnB - Ceilândia. *Saúde Coletiva*, Barueri, v. 7, n. 42, p. 167-172, 2010.

Contribuição dos autores

O artigo foi construído a quatro mãos, com troca constante de ideias e opiniões.

Recebido: 16/05/2016

Aprovado: 13/06/2016