



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Barata, Rita barradas
O campo científico da saúde coletiva
Saúde em Debate, vol. 46, núm. 133, 2022, Abril-Junho, pp. 473-486
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213316>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406371514017>

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

redalyc.org
UAEM

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

O campo científico da saúde coletiva

The scientific field of collective health

Rita Barradas Barata¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213316

RESUMO Este ensaio apresenta os conceitos de campo social, campo intelectual e campo científico formulados por Pierre Bourdieu, no intuito de introduzir de forma sucinta a constituição do campo da saúde coletiva e sua institucionalização no Brasil, destacando os diferentes movimentos que antecederam sua criação, como a medicina preventiva e a medicina social, e de que maneira o novo campo se diferenciou deles. O processo de institucionalização desse campo científico é descrito com base nos congressos principais e seus periódicos científicos, bem como a partir das condições criadas pelas políticas científica e de formação de pesquisadores. No processo de constituição e institucionalização deste campo, destacam-se seus aspectos teóricos, processos de formação e práticas políticas. O texto destaca, ainda, a importância da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) na consolidação da saúde coletiva brasileira.

PALAVRAS-CHAVE Pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico. Saúde coletiva. Produção científica e tecnológica.

ABSTRACT This text presents the concepts of social field, intellectual field and scientific field formulated by Pierre Bourdieu, in order to briefly introduce the constitution of the field of collective health and its institutionalization in Brazil, emphasizing the different movements that preceded its creation, such as the preventive medicine and social medicine, and how the new field differed from them. The institutionalization process of this scientific field is described from the main congresses, its scientific journal as well as the conditions of possibility created by the scientific policies and the training of researchers. In the process of constitution and institutionalization of the field, theoretical aspects, training processes and political practices are highlighted. The text also remarks the importance of Brazilian Association of Collective Health (ABRASCO) in the consolidation of Brazilian collective health.

KEYWORDS Scientific research and technological development. Public health. Scientific and technical activities.

¹Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) - São Paulo (SP), Brasil.
rita.barradasbarata@gmail.com



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

Este ensaio foi produzido a partir de um conjunto de textos, artigos, livros e capítulos e acontecimentos marcantes que tratam do desenvolvimento do campo da saúde coletiva no Brasil. Com base no enfoque teórico de Bourdieu para a compreensão dos diferentes campos sociais, foram destacados, inicialmente, de forma abreviada, os conceitos de campo social e campo intelectual para, em seguida, se introduzir a ideia de campo científico com suas particularidades.

Partindo desse referencial, o campo da saúde coletiva e seu desenvolvimento foram conceituados levando em conta os movimentos anteriores como a medicina preventiva e a medicina social. Destacam-se alguns marcos importantes nesse processo de consolidação do campo. Finalmente, apresentam-se brevemente as etapas da produção científica nesse novo campo.

Campo social e campo intelectual

A teoria sociológica de Pierre Bourdieu¹ descreve o mundo social como um espaço constituído por relações sociais e processos de diferenciação entre agentes e instituições que ocupam diferentes posições nesse espaço segundo a distribuição de vários tipos de capitais, i.e., econômico, cultural, social e político.

Qualquer campo social pode ser descrito como um espaço multidimensional definido por um conjunto de agentes distribuídos, em diferentes dimensões, constituindo classes relacionais. A lógica de cada campo comanda as propriedades por meio das quais se estabelece a relação entre classe e prática. A posição social e o poder específico de cada agente dependem dos capitais que podem ser mobilizados em cada campo².

A classe social é o conjunto de agentes situados em posições homogêneas de existência que acabam por impor condicionamentos e

sistemas de disposições similares, engendrando práticas semelhantes, além de possuírem um conjunto comum de propriedades objetivadas ou incorporadas como *habitus* de classe. O *habitus* é o conhecimento adquirido no processo de socialização que garante a entrada e a fixação em um certo espaço social. É ele quem fornece aos agentes o senso prático necessário para mover-se no campo e nele relacionar-se a outros agentes².

As diferentes espécies de poder em jogo nos campos sociais dependem dos diferentes tipos de capitais produzidos em cada um deles. Os agentes distribuem-se, na primeira dimensão, segundo o volume global de capital de que dispõem e, na segunda dimensão, segundo a composição desse capital, isto é, de acordo com o peso relativo entre os capitais econômico, cultural, social, político e simbólico, no conjunto de suas posses, constituindo, assim, classes e frações de classes distintas¹.

No processo de diferenciação dos campos sociais, a sociedade institui campos específicos que se distinguem pelo tipo de conhecimento e de produção simbólica relacionados ao senso comum, à religião, à estética, à filosofia ou ao conhecimento científico. O campo intelectual é um sistema de posições que abrange classes de agentes que possuem habilidades e capacidades determinadas. A cultura escolar fornece aos indivíduos um corpo comum de categorias de pensamento que tornam possível a comunicação e permitem compartilhar um certo espírito religioso, estético, filosófico ou científico, em cada época^{3,4}.

Compreender a gênese social de um campo, isto é, identificar as crenças, ou *illusio*, que o sustentam: os jogos de linguagem, os objetos materiais e simbólicos em jogo, as instituições e os agentes que o constituem é essencial para explicar os atos dos produtores e os seus produtos¹. Utilizar a noção de campo permite superar a oposição entre duas abordagens adotadas na análise de qualquer campo de produção intelectual: de um lado, as abordagens internas ao próprio campo, que se debruçam sobre os processos e desenvolvimentos dos

conceitos, instrumentos, técnicas e teorias, como se ali elas tivessem brotado quase que espontaneamente ou fossem obras de gênios individuais; de outro, as abordagens que reduzem todos esses componentes a simples reflexos dos macroprocessos sociais aos quais as atividades intelectuais estão subsumidas.

Campo científico

O campo científico pode ser considerado um microcosmo da sociedade atravessado pelas mesmas disputas de poder e concentração de capitais, conflitos, jogos de interesse, mas que se diferencia de outros tantos campos sociais à medida em que nele o senso prático não serve como guia para a ação, visto que os agentes e instituições estão empenhados na produção de conhecimentos⁵. A construção do campo possibilita que a verdade de diferentes proposições e os limites de validade de diferentes tomadas de posição sejam avaliadas a partir de instrumentos de prova ou refutação sobre cuja eficácia todos os praticantes concordam, na medida em que contribuíram para as aquisições coletivas da ciência⁶.

A ciência é conduzida por comunidades de pesquisadores que constituem diferentes coletivos de pensamento nos quais se trocam ideias e são construídos estilos de conhecimento que determinam o tipo de preparação e orientação intelectual que os novos praticantes devem adquirir. Progressivamente, a comunidade de cientistas constrói a separação entre conhecimento popular e conhecimento especializado e organiza esferas particulares, inicialmente em torno de diferentes disciplinas e depois em torno de temas específicos⁷.

As leis de funcionamento do campo científico são determinadas por fatores estruturais tais como a posição de cada disciplina ou campo de conhecimento na hierarquia das ciências, posição dos produtores científicos na hierarquia interna a cada disciplina, natureza do capital social e das credenciais escolares necessárias, oportunidades objetivas

de carreira e outras aspirações, hierarquia das práticas e dos objetos de estudo. As escolhas epistemológicas e os interesses associados à posse de determinado capital científico recobrem posições políticas entre os grupos, definindo estratégias de busca por distinção ou competições em torno do monopólio da legitimidade científica^{3,8}.

O capital científico é um capital simbólico que resulta do reconhecimento da competência e da autoridade, atribuído pelo conjunto dos pares do campo científico. Há, no campo científico, duas formas de poder que se traduzem em dois tipos distintos de capital científico: um capital científico político decorrente de posições institucionais que conferem poder na gestão da política científica e um capital científico propriamente dito, construído a partir do reconhecimento pelos pares às contribuições feitas para o avanço da ciência. As formas de aquisição e acumulação desses capitais também são distintas: estratégias políticas determinam o capital científico político, enquanto as contribuições ao progresso da ciência condicionam o capital político em si^{6,9}.

No espaço científico, a estrutura das relações objetivas entre agentes e instituições define pontos de vista, tradições de publicação, formas de investigar, temas relevantes, objetos científicos. Além disso, esse espaço que delimita probabilidades objetivas de prática também define tendências: quais serão os temas importantes, quais as questões interessantes capazes de alavancar uma carreira, quais os melhores veículos de circulação de ideias, e assim por diante⁶.

A teoria científica só se revela no trabalho empírico em que se realiza. Ela orienta e organiza a prática científica. Para construir um objeto científico é necessário romper com o senso comum tanto no âmbito cotidiano como questionando representações oficiais mais ou menos estabelecidas no próprio campo científico. O que a ciência busca é converter problemas abstratos em operações científicas práticas. O trabalho acabado tende a esconder os vestígios dos toques e retoques praticados

ao longo do desenvolvimento da pesquisa. A questão do fundamento do conhecimento científico está posta na própria realidade social e é a estrutura do campo científico o único fundamento possível da razão científica. A ciência nada mais faz do que tentar estabelecer a verdade nessas lutas pela verdade, apreender a lógica objetiva segundo a qual se determinam os objetos em jogo, as estratégias metodológicas, produzindo representações e instrumentos de pensamento que aspiram à universalidade¹.

No campo científico, o *habitus* é um conhecimento adquirido, um haver, um capital que evidencia as capacidades inventivas e operativas dos agentes. Ele indica a disposição incorporada no agente, relativa aos modos de fazer, ao uso da razão prática na construção dos conhecimentos científicos. O ingresso no universo escolar em que se dá o preparo para a pesquisa exige o abandono do senso prático derivado do senso comum e a adesão a um conjunto radicalmente novo de pressupostos e modos de saber-fazer⁵. Portanto, a lógica específica de funcionamento de cada campo baseia-se, por um lado, em um *habitus* específico entre os praticantes e, por outro, em uma *illusio* particular que dá coerência e significado às práticas ali desenvolvidas¹⁰.

A competição científica produz uma forma de interesse que parece desinteressado, porque, na autoridade científica, confundem-se competência técnica e poder simbólico. No campo científico, predomina forma regrada e organizada de competição, restringida pelos requisitos lógicos e metodológicos da prática e pela finalidade de produção de conhecimentos verdadeiros. A disputa entre diferentes proposições que almejam a condição de verdadeiras se desenvolve dentro das normas aceitas no campo, valendo-se somente das armas nele autorizadas, aí incluídas as estratégias retóricas e o prestígio dos defensores de cada uma delas.⁵ Só os cientistas comprometidos com a prática da pesquisa têm os meios para apropriar-se simbolicamente dos produtos científicos e avaliar seu mérito^{6,11}.

A luta no campo científico se dá entre ocupantes de posições desiguais, entre agentes portadores de diferentes volumes de capital. Os dominantes adotam estratégias de conservação da ordem estabelecida, preservando, assim, seu poder sobre a prática científica, sobre o sistema de ensino no qual se formam novos pesquisadores, sobre as instâncias de consagração e atribuição do mérito e sobre o sistema de difusão do conhecimento. Os novatos podem adotar estratégias de sucessão na perspectiva de uma carreira mais ou menos assegurada ou optar por estratégias de subversão da ordem instituída, defendendo pontos de vista considerados heréticos, construindo a investigação de temas e problemas excluídos dos paradigmas dominantes, inovando na formação de novos pesquisadores, questionando o sistema de atribuição de prestígio^{6,11}.

O interesse científico determina que as estratégias dos agentes sejam simultaneamente interessadas e desinteressadas. Obviamente, os cientistas têm interesses, como, por exemplo, a primazia nas descobertas, o prestígio conferido aos melhores em cada campo, o desejo de brilhar entre os próprios pares, o reconhecimento. Porém esses interesses diferem em muito dos interesses derivados da posse de outros tipos de capitais, podendo revestir-se dessa aparência de gratuidade e desinteresse⁶.

O grau de autonomia de um campo de produção intelectual em relação à sociedade inclusiva na qual ele se desenvolve pode ser avaliado por meio do poder para definir as próprias normas de produção, bem como os critérios para avaliar os próprios produtos³. Sem dúvida, as características de funcionamento do campo científico preenchem esses requisitos de autonomia que o tornam relativamente imune às pressões externas, mas, ao mesmo tempo, dificultam os processos de comunicação com outros campos. Em passado não tão remoto, o sucesso de um praticante da ciência obtido em produções dirigidas ao público leigo não aumentava o prestígio interno entre os pares, podendo ser interpretado como uma espécie de tráfico de influências indesejado e ilegítimo

sobre a capacidade de julgamento dos pares.

O campo científico, como outros tantos campos intelectuais, constitui um espaço relativamente autônomo, dotado de leis e regras próprias. O grau de autonomia, entretanto, varia no campo de acordo com as configurações assumidas pela organização em torno de determinadas ciências.

Há, no campo científico, tendência à sublimação dos interesses políticos internos ou externos, conforme a *illusio* dominante, que vê o campo como destituído de interesses políticos e livre das suas disputas. A percepção dos cientistas de que a prática da pesquisa científica é em si desinteressada e que o único interesse dos cientistas é fazer avançar o conhecimento constrói essa percepção de neutralidade face ao campo político⁶.

As disputas no campo variam de acordo com o grau de autonomia ou heteronomia existentes em diferentes regiões construídas em torno de certas problemáticas ou disciplinas científicas. Quanto maior o grau de autonomia mais regrada pelos próprios princípios teóricos e metodológicos do espaço disciplinar serão as disputas internas, nelas não devendo intervir forças e instrumentos políticos externos. Quanto maior a heteronomia mais imperfeita será a concorrência entre os praticantes e mais frequente será o recurso a forças não científicas, estranhas ao processo de trabalho no campo, para as soluções das disputas⁶.

Mas, além das disputas propriamente científicas, o campo científico é atravessado por disputas políticas relativas ao controle sobre os recursos materiais e financeiros, formação de novos pesquisadores, estabelecimento de agendas de prioridades em pesquisa, atribuição de prêmios e honrarias, critérios para promoções na carreira.

Em diversas instituições de pesquisa, uma disputa importante se dá entre os praticantes da pesquisa básica e os da pesquisa estratégica em torno do monopólio da definição legítima da prática científica. Os pesquisadores inseridos no âmbito da pesquisa estratégica obtêm reconhecimento e peso político do

mundo externo em função do potencial de aplicação da sua produção, estando sujeitos a uma certa perda de autonomia na escolha dos temas ou até mesmo na condução da pesquisa, dependendo do grau de ingerência que as encomendas e pressões externas exerçam sobre a instituição. Os pesquisadores básicos obtêm poder e prestígio entre os pares, em função das contribuições para o avanço do conhecimento. A força relativa das duas posições varia segundo a conjuntura política e a evolução científica⁶.

Um dos grandes paradoxos do campo científico é que a autonomia advém do financiamento das atividades majoritariamente pelo Estado, o que dá ao campo a liberdade de não ter que submeter seus produtos à sanção do mercado. Essa dependência do Estado não está livre de ambiguidades, uma vez que pode haver interferências e constrangimentos oriundos da pauta política do Estado ou de pressões econômicas exercidas através do Estado⁶.

Campo da saúde coletiva

O campo da saúde coletiva, tal qual se desenvolveu no Brasil, tende a ser assimilado pelo movimento da medicina social dos outros países da América Latina. Os autores brasileiros preferem situar a saúde coletiva como um novo movimento com raízes históricas na medicina social e em oposição à medicina preventiva e à saúde pública tradicional⁹.

Laurell¹² identifica a saúde coletiva e a medicina social como uma mesma corrente de pensamento que emergiu no campo da saúde pública latino-americana, cuja especificidade é estudar a “saúde e a doença da coletividade como uma expressão do processo social”¹²⁽¹⁸³⁾. Para a autora, os elementos que possibilitaram essa emergência foram a deterioração da situação de saúde das populações do continente; a piora de indicadores de saúde; o aprofundamento das desigualdades sociais e a modificação do perfil epidemiológico no qual se acumulavam antigos problemas, como a

privação e a pobreza e novos problemas decorrentes do processo de urbanização. Somados a essas transformações socioeconômicas e sanitárias, os gastos em saúde tornam-se crescentes, fazendo das estruturas assistenciais recursos insuficientes e ineficientes. Politicamente, também foram importantes o surgimento e o fortalecimento de diversos movimentos sociais expressando a presença na arena pública de setores sociais tradicionalmente não representados pelas estruturas partidárias ou sindicais, como os jovens estudantes secundaristas e universitários, as mulheres, os negros e os pacifistas.

Everardo Nunes¹³ estabelece a distinção entre três momentos na emergência da saúde coletiva, iniciando com a pré-história do campo, situada entre 1950 e 1965 e correspondente à implantação do projeto preventivista; a segunda fase, entre 1965 e 1979, com o predomínio da medicina social sobre e contra o projeto preventivista original; e, a partir de 1980, a estruturação do campo da saúde coletiva.

O projeto preventivista, no plano epistemológico, produziu a metáfora da história natural da doença; e propôs, no âmbito da formação, o enfoque biopsicossocial a partir da incorporação das ciências comportamentais no currículo de graduação das profissões de saúde e, no âmbito das práticas, formulou o modelo da medicina comunitária. Na América Latina, foram se acumulando reflexões críticas relativas às proposições da medicina preventiva, levando à sua rápida substituição pela medicina social. Em vez da prevenção articulada à prática clínica, a medicina social postula a articulação da prática médica com as demais práticas sociais, a compreensão do processo saúde-doença como fenômeno social, a substituição das ciências da conduta pela sociologia e pela ciência política para a compreensão da realidade social¹⁴.

Vieira da Silva^{9,10} estudou a gênese do campo da saúde coletiva no Brasil, destacando o papel relevante exercido por médicos que se opuseram às concepções dominantes do movimento

da medicina preventiva da higiene e da saúde pública tradicional. A origem do movimento da saúde coletiva pode ser buscada nos vários departamentos de medicina preventiva ou de medicina social existentes nas escolas médicas brasileiras a partir de meados da década de 1950. Os principais líderes, nesse momento de gênese do campo, possuíam elevado capital científico, burocrático ou político em função de suas posições acadêmicas ou burocráticas nas instituições de ensino e pesquisa e participação político partidária.

A ideia de um campo denominado saúde coletiva vai se desenvolvendo a partir do solo da medicina social com a pretensão de ampliar os limites impostos pela medicina, afirmando a saúde como fenômeno para além do campo médico e opondo-se à dicotomia persistente entre práticas assistenciais e saúde pública. Pretende formular sistemas de saúde que incorporem tanto as práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças como as de assistência para recuperação da saúde, articuladas sob o enfoque populacional. No plano político, o sistema de saúde passa a ser postulado como parte integrante de uma política mais ampla de segurança social, na qual cada cidadão é portador de direitos sociais consubstanciados em políticas públicas¹⁴.

No plano da produção teórica, dois trabalhos elaborados por Cecília Donnangelo – ‘Medicina e Sociedade’ e ‘Saúde e Sociedade’, publicados em 1975 e 1976, além da tese de doutoramento de Antônio Sérgio Arouca, ‘O Dilema Preventivista’, publicada em 2003 – foram marcos teóricos importantes para a fundação do campo no País^{15,16}. Ricardo Bruno Mendes Gonçalves^{17,18} também desempenha papel central na construção teórica do campo, nessa fase de transição entre a medicina social e a saúde coletiva. Em 1979, seu mestrado – Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico – analisa a posição dos médicos nas sociedades capitalistas e o caráter produtivo/improdutivo desse trabalho. Em 1986, o trabalho de doutorado dedicado ao estudo, denominado ‘Tecnologia e organização social das

práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo', inaugura um fecundo programa de pesquisa em torno dos processos de trabalho em saúde¹⁹.

A denominação saúde coletiva aparece pela primeira vez em 1978 no I Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva realizado na Universidade Federal da Bahia (UFBA) e na reunião sub-regional de saúde pública realizada na Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto pela Organização Pan-Americana da Saúde e Associação Latino-americana de Escolas de Saúde Pública (Opas/Alaesp), ambas voltadas para a redefinição da formação de pessoal para o campo da saúde. A denominação será definitivamente adotada após a criação da Abrasco – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, em 1979^{9,10,15,16}.

O primeiro marco politicamente importante para o campo foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, já na etapa de redemocratização do País, e a primeira a contar com ampla participação da sociedade civil, incluindo representantes dos grupos acadêmicos, profissionais de saúde e movimentos sociais diversos, presidida por Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A tese apresentada pela Abrasco, elaborada por sua comissão de política de saúde, acabou servindo de referência para a elaboração do relatório final, que consubstanciava as diretrizes e princípios do sistema de saúde que deveria substituir a estrutura então vigente, unificando as ações do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social¹⁴.

Para dar consequência às deliberações da VIII Conferência, foi instituída a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, composta em sua grande parte por associados da Abrasco e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que irá dialogar intensamente com o Congresso Nacional durante os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, visando a inscrever na Constituição Brasileira a saúde

como um direito social garantido pelo Estado e firmando, ainda, as bases e os princípios do sistema nacional de saúde. Um importante aliado nessa tarefa política foi o deputado federal Sérgio Arouca, além de outros integrantes da chamada bancada da saúde^{9,15}. Arouca personifica em sua história pessoal a trajetória do próprio campo ao atuar na vida acadêmica produzindo um dos mais importantes textos teóricos do campo, formando alunos, presidindo o principal instituto de pesquisa em saúde do País e elegendo-se deputado federal, posição que lhe possibilitou defender, no campo político institucional, as ideias e concepções da saúde coletiva¹⁰.

A prática pedagógica, inicialmente focada na formação dos profissionais, foi garantida inicialmente por meio de cursos de pós-graduação senso lato, de programas de residência médica e de cursos de especialização em saúde pública oferecidos pela Faculdade de Saúde Pública da USP e pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Posteriormente, outros departamentos de Medicina Preventiva ou Medicina Social e escolas de Saúde Pública ligadas a secretarias estaduais de saúde também passaram a oferecer os cursos de especialização. Com a institucionalização do campo, a saúde coletiva passa a privilegiar a formação de pesquisadores e docentes nos cursos de mestrado e doutorado¹⁶.

Os primeiros programas de pós-graduação senso estrito foram criados ainda na fase que antecede o movimento da saúde coletiva. O primeiro mestrado em Saúde Pública foi oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, entre 1967 e 1969, tendo sido encerrado durante boa parte do período ditatorial e reaberto apenas em 1977. Na década de 1970, foram criados três programas com mestrado e doutorado, todos eles na USP: Saúde Pública, em 1970, na Faculdade de Saúde Pública; Medicina Preventiva, em 1971, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; e Medicina Preventiva, em 1973, na Faculdade de Medicina de São Paulo. Além desses três programas, foram criados, em 1973, os mestrados em Saúde

Comunitária pela Faculdade de Medicina da UFBA e em Medicina Social, pelo Instituto de Medicina Social da Uninversida do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Assim, nesse momento que antecede a criação da Abrasco, existem apenas três cursos de doutorado no País, todos oferecidos pela USP, dois mestrados no Rio de Janeiro e um em Salvador^{15,20}.

Aliada à essa estrutura de formação de docentes e pesquisadores para o campo, começa a haver, por parte das agências de fomento à pesquisa no País, a abertura para o fomento da investigação científica. Entre 1968 e 1979, a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) apoiou 87 projetos de investigação e, entre 1976 e 1980, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) concedeu as primeiras 20 bolsas a investigadores do campo, de um total de 113 destinadas às ciências da saúde²⁰.

No processo de institucionalização da saúde coletiva como campo de conhecimentos e

práticas a partir da criação da Abrasco, porta-voz do movimento, é importante assinalar a organização dos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva a partir de 1986, a criação de periódicos científicos dedicados ao campo, a constituição de diversos foros para apoiar e ampliar a atuação da associação, a criação do comitê de assessoramento da área no CNPq e a criação da área de avaliação na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

O primeiro congresso de saúde coletiva, organizado pela Abrasco sob o lema ‘Reforma Sanitária e Constituinte: garantia do direito universal à saúde’, ocorreu no *campus* da Uerj em 1986. A partir daí, os congressos se sucederam a cada três anos, sempre tendo como tema central questões da política de saúde, ainda que suas inúmeras atividades contemplassem as questões de pesquisa, ensino, publicação e da ação política no âmbito das políticas de educação superior, científica e de saúde (*quadro 1*).

Quadro 1. Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva: tema, local e ano de realização

Congresso	Tema	Local	Ano
1º	Reforma sanitária e constituinte: garantindo o direito universal à saúde	Rio de Janeiro	1986
2º	Sistema Único de Saúde: conquista da sociedade	São Paulo	1989
3º	Saúde como direito à vida	Porto Alegre	1992
4º	Saúde: o feito por fazer	Olinda	1994
5º	Saúde responsabilidade do Estado contemporâneo	Águas de Lindóia	1997
6º	O sujeito na saúde coletiva	Salvador	2000
7º	Saúde, justiça, cidadania	Brasília	2003
8º	Saúde coletiva em um mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas	Rio de Janeiro	2006
9º	Compromisso da ciência, tecnologia e inovação com o direito à saúde	Olinda	2009
10º	Saúde é desenvolvimento: ciência para a cidadania	Porto Alegre	2012
11º	Saúde: desafio da construção do sistema universal	Goiânia	2015
12º	Fortalecer o SUS, os direitos e a democracia	Rio de Janeiro	2018

Fonte: elaboração própria.

Indicativos do grau de maturidade e reconhecimento do campo são a realização conjunta do VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e o XI Congresso Mundial de Saúde Pública, promovidos pela Abrasco e pela World Federation of Public Health Association (WFPHA) em 2006, além da presença do ex-presidente Lula na sua sessão de abertura, o que já havia acontecido no sétimo congresso brasileiro, em 2003.

Em 1992, sob a presidência da Professora Maria Andréa Loyola, docente e pesquisadora do Instituto de Medicina Social da Uerj, foi criada a área de avaliação da saúde coletiva na Capes. Desde esse momento, sucederam-se na coordenação da área docentes associados à Abrasco: Maurício Barreto (1992-1998), Moisés Goldbaum (1999-2004), Aluísio Barros (2005-2007), Rita Barradas Barata (2008-2013), Guilherme Werneck (2014-2017) e Bernardo Lessa Horta (2018 em diante). A criação da área de avaliação contribuiu para a expansão dos programas de pós-graduação, possibilitando o reconhecimento da especificidade do campo e o ajuste dos critérios de avaliação às necessidades epistemológicas e metodológicas, muito distintas daquelas dos programas da área médica.

A ação da Abrasco constituindo o Fórum de Coordenadores dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva em 1994, também contribuiu de maneira expressiva para o avanço e a consolidação da formação pós-graduada. O Fórum tem funcionado desde sua criação como instância de reflexão e elaboração de propostas para a qualificação dos programas, compartilhamento de informações, processo de aprendizagem para os programas recém-criados e espaço de debate político acerca da política de educação e da política científica.

Em 1996, a Abrasco criou sua primeira revista científica – ‘Ciência & Saúde Coletiva’ –, que vai se somar a outros periódicos já existentes no campo: ‘Revista de Saúde Pública’ em 1967, ‘Saúde em Debate’ em 1976, ‘Cadernos de Saúde Pública’ em 1985, ‘Physis’ a partir

de 1991 e ‘Saúde e Sociedade’ em 1992. Em 1997, a ‘Revista Interface: comunicação, saúde, educação’ oferece um novo espaço editorial voltado para as questões de formação dos profissionais de saúde e comunicação social em saúde, temáticas menos presentes nos veículos já existentes no campo. Em 1998, surge a ‘Revista Brasileira de Epidemiologia’, também editada pela Abrasco. Diversas outras publicações científicas vinculadas aos programas de pós-graduação ou aos organismos de saúde vão aparecendo ao longo das décadas, canalizando parte da produção de conhecimento realizada no campo²¹. Em 2014, a Abrasco instituiu o Fórum dos Editores de Revistas de Saúde Coletiva para apoiar o aprimoramento dos periódicos nacionais.

Cerca de 20 anos após a fundação da Abrasco, Jairnilson Paim e Naomar de Almeida Filho²² definiram a saúde coletiva como:

Campo científico onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto saúde e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor saúde²²⁽³⁰⁸⁾.

Eles produzem, nesse momento, uma delimitação provisória do campo que pode ser considerada atual ainda hoje:

Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações, enquanto processo social, investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais, procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los²²⁽³⁰⁹⁾.

Amélia Cohn²³, em 1992, apontava uma série de tensões entre a prática científica e a prática política no campo. A primeira dessas tensões é identificada pela autora na incorporação do materialismo histórico como modelo explicativo para a produção social do processo saúde-doença e incapacidade de a concepção de Estado, dessa corrente, dar conta das especificidades de formações sociais concretas, como a brasileira. Uma segunda tensão se revela no descompasso entre as análises teóricas da política de saúde como processo histórico e a adoção de outra matriz conceitual para orientar as intervenções práticas na organização e gestão dos serviços de saúde, i.e., administração e planejamento normativo. A autora aponta, ainda, uma terceira tensão decorrente da imposição da prática política do movimento da reforma sanitária sobre a produção de conhecimento que resulta em predomínio do político sobre o científico no campo.

Burlandy e Bodstein²⁴, tematizando as relações entre política e saúde coletiva e seus reflexos na produção científica, identificam a especificidade do campo na tentativa de construção de um quadro conceitual e metodológico, privilegiando a compreensão dos processos de produção e reprodução social e a articulação das políticas de saúde ao processo de acumulação de capital. Segundo as autoras, na produção da área, a concepção de estado e sociedade varia em torno de três conceções básicas fundamentais: o Estado como agente do interesse das classes dominantes, o Estado como o detentor do poder de legitimação política e do exercício da dominação, e o Estado ampliado, no qual as políticas públicas fazem parte da estratégia de hegemonia institucional. As autoras chamam a atenção para a reintrodução da positividade do conceito de saúde operada pela saúde coletiva e ausente dos movimentos anteriores, que, embora tenham tematizado e criticado a prática médica e o processo de medicalização da sociedade, não tomaram a questão da saúde como questão científica.

Para as autoras, o projeto da reforma sanitária é construído como proposta contra hegemônica, resultando da articulação entre produção teórica e ação política. As questões relacionadas ao planejamento estratégico como ferramenta orientadora tanto da atuação prática quanto da reflexão crítica no âmbito da política de saúde passam a ocupar lugar de destaque no campo, principalmente na medida em que agentes dedicados anteriormente à produção acadêmica passam a ocupar espaços políticos no aparelho de Estado.

Mais do que um campo multidisciplinar, a saúde coletiva se mostra um espaço de confluência de numerosas disciplinas ou áreas de conhecimento que possuem especificidades teóricas e conceituais, provenientes de ciências biológicas, médicas, epidemiológicas, matemáticas, sociais e humanas e compartem tradições de produção científica as mais variadas^{16,25}.

A partir de 2000, os programas profissionais de pós-graduação senso estrito vêm se somar aos programas de formação no campo, visando ao aprimoramento dos profissionais de saúde. Os novos cursos de graduação em Saúde Coletiva começam a ser instalados já no final da primeira década do novo século. Em 2010, a Abrasco cria o Fórum dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva, seguindo o modelo anteriormente adotado para os programas de pós-graduação²⁶.

Mais um passo na consolidação do campo científico da saúde coletiva é dado pela criação do Comitê Assessor (CA) de Saúde Coletiva e Nutrição do CNPq em 2003. Os comitês assessores haviam sido instituídos a partir de 1978, reunindo grandes áreas do conhecimento e passando por diferentes etapas de divisão interna ou fusão, até que, em 2003, a área de saúde coletiva passou a ter seu próprio comitê juntamente com a área de nutrição²⁷.

A existência de um CA próprio garante à área uma certa repartição nos recursos destinados ao auxílio à pesquisa, concessão de bolsas de produtividade em pesquisa, bolsas de desenvolvimento tecnológico, bolsas de iniciação científica, mestrado e doutorado no

País e no exterior e auxílio à participação ou organização de eventos científicos, respondendo às necessidades de uma área em franca expansão no campo acadêmico.

Trinta anos após a criação da Abrasco e da institucionalização da saúde coletiva, Luz²⁸ aponta a complexidade do campo, evidenciada tanto na produção acadêmica como no âmbito das práticas. Segundo a autora, o campo lida com duas lógicas de ‘regimes de produção de verdades’ que remetem à essa natureza híbrida: a lógica interpretativa ou explicativa das diversas disciplinas e a lógica pragmática implicada nas intervenções na política de saúde. Portanto, esse campo se mostra irredutível a um ‘modelo ou paradigma único’, combinando de maneira complexa conhecimentos, saberes e práticas produzidos por agentes situados em diferentes territórios no seu interior²⁹.

Essa grande diversidade de áreas de conhecimento e disciplinas pode ser agrupada em territórios constituídos pela epidemiologia, ciências humanas e sociais em saúde, pesquisa em serviços e sistemas de saúde, políticas de saúde e Determinantes Sociais em Saúde. Há inúmeras esferas temáticas que entrelaçam esses campos disciplinares ao tratar de questões como nutrição e saúde coletiva, saúde e ambiente, saúde e trabalho, gênero e saúde, comunicação social e saúde, direito sanitário, economia e saúde, espaço e saúde, saúde mental, envelhecimento e saúde, violência e saúde, direitos humanos e saúde, sem mencionar os estudos de grupos específicos de agravos à saúde como as doenças transmissíveis, câncer, doenças cardiovasculares, acidentes, ou, ainda, temáticas referidas aos diferentes momentos do ciclo de vida tais como saúde reprodutiva, saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso.

A publicação do primeiro ‘Tratado de Saúde Coletiva’³⁰ e do segundo, ‘Saúde Coletiva – teoria e prática’³¹ representa a sistematização dos conhecimentos e temas do campo para estudantes, docentes, pesquisadores e profissionais de saúde. Conforme afirma Nunes²⁰,

a organização de tratados “garante todo um processo de constituição, consolidação, legitimação e sistematização de um campo do conhecimento”²⁰⁽³⁵⁵⁾.

Produção científica no campo da saúde coletiva

Novaes e colaboradores³², assim como diversos outros autores, atribuem o crescimento da produção científica brasileira na saúde coletiva à bem-sucedida política de pós-graduação implantada no País. Apontam a sólida articulação entre a Capes, as agências de fomento e as instituições de ensino e pesquisa como componentes essenciais para a formação, a produção de conhecimentos e o desenvolvimento nacional.

Pellegrini Filho e colaboradores³³ estudaram a produção científica da saúde coletiva (1973-1992) com base nos artigos indexados na base do Institute for Scientific Information (ISI), identificando 672 artigos de autores brasileiros ou trabalhando no Brasil. O crescimento foi de quase seis vezes entre o primeiro quinquênio (47 artigos) e o último (281 artigos). A maioria dos artigos foi publicada em revistas norte-americanas ou europeias. Entre 1981 e 1992, Guimarães e Vianna³⁴ identificaram 1.169 artigos em saúde coletiva indexados na base da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs).

Quando a Abrasco promoveu a primeira avaliação internacional dos programas de pós-graduação da área, em 1996, os 16 programas registraram 474 artigos em periódicos nacionais e 108 artigos em periódicos internacionais³⁵.

Com a criação do Qualis em 1998, a avaliação da produção dos programas passou a privilegiar a circulação dos artigos em periódicos de maior impacto. Moisés Goldbaum³⁶, analisando a produção entre 1998 e 2000, informou que o volume da produção havia aumentado, porém artigos classificados em periódicos Qualis A e B internacional ficaram aquém dos

limites esperados pela área. Nas avaliações dos períodos subsequentes, se observa aumento considerável no número de artigos, bem como na proporção deles nos estratos de melhor qualificação. Dos 3.175 artigos registrados no triênio 2001-2003, chegou-se a 23.824 artigos no quadriênio 2013-2016³⁷⁻⁴².

Pereira⁴³, considerando apenas a produção dos docentes entre 1975 e 2005, observou aumento geométrico no número de artigos e de citações, com taxa de 9,6% ao ano para os artigos e 12,6% ao ano para as citações. Barreto e colaboradores⁴⁴, analisando a produção científica em epidemiologia da América Latina, identificaram 15.170 artigos publicados entre 1961 e 2010 no MedLine, dos quais 75,5% dos primeiros autores trabalhavam no Brasil. A taxa de 1,20 artigos por milhão de habitantes em 1990 passa a 6,33 em 2010, crescimento de 526% no período de 20 anos. Santos⁴⁵, contando a produção dos docentes com bolsa de produtividade do CNPq entre 2000 e 2012, chegou a 12.016 artigos, com média de 3,14 artigos por docente-ano.

Nos últimos 25 anos, a produção científica no campo da saúde coletiva passou de incipiente e concentrada em apresentações em congressos para uma produção numericamente expressiva e qualitativamente consistente, refletindo a maturidade do campo como produtor de conhecimentos e formador de novos docentes, pesquisadores e profissionais de saúde. No entanto, essa escalada contínua no número de artigos, que acompanha o aumento do número de programas e de docentes e mostra um crescimento na produtividade, tem

sido objeto de muita discussão^{15,46}.

Segundo a maioria dos docentes envolvidos nos programas de pós-graduação, a pressão exercida pelo sistema de avaliação tem gerado uma série de efeitos indesejáveis tais como menor qualidade, *stress* acentuado em função das metas que os próprios programas impõem, menor importância dada a outros aspectos da formação e redução da criatividade. Todas essas reflexões, que não são exclusivas do campo da saúde coletiva, impõem a necessidade de revisão do sistema de avaliação dos programas de pós-graduação e do desempenho dos pesquisadores pelas agências de fomento do Sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação, bem como sugerem a necessidade de revisão dos próprios critérios de promoção adotados pelas instituições de ensino superior no País.

Portanto, ao longo dos últimos 40 anos a saúde coletiva, configurou-se um campo de produção de conhecimentos científicos e tecnológicos sobre a saúde na dimensão coletiva; de formação acadêmica e profissional para os praticantes no ambiente acadêmico e no espaço das práticas do setor saúde; de formulação de políticas educacionais, científicas e de saúde; e, sobretudo, um campo de reflexão crítica sobre a saúde como processo social indissoluvelmente associado aos processos sociais e políticos mais amplos.

Colaboradora

Barata RB (0000-0002-7215-9788)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
2. Bourdieu P. A Distinção: crítica social do julgamento. São Paulo: Zouk; EDUSP; 2007.
3. Bourdieu P. A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva; 1974.
4. Doblyté S. Bourdieu's theory of field: towards understanding help-seeking practices in mental distress. Soc. Theo. Health. 2019; (17):273-290.
5. Bourdieu P. Meditações pascalianas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
6. Bourdieu P. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP; 2004.
7. Fleck L. La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
8. Kuhn T. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1989.
9. Vieira-da-Silva LM, Pinell P. The genesis of collective health in Brazil. Soc. Health Illn. 2014; 36(3):432-446.
10. Vieira-da-Silva LM. O Campo da Saúde Coletiva. Rio de Janeiro; Salvador: Fiocruz; Edufba; 2018.
11. Bourdieu P. Le champ scientifique. Actes de la recher. scienc. soc. 1976; 2(2/3):88-104.
12. Laurell AC. Social analysis of Collective Health in Latin America. Soc. Scienc. Med. 1989; 28(11):1183-1191.
13. Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. Saúde e Soc. 1994; 3(2):5-21.
14. Osmo A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. Saúde e Soc. 2015; 24(supl):205-218.
15. L'Abbate S. A trajetória da saúde coletiva no Brasil: análise das suas dimensões políticas e educativas em articulação com a análise institucional. Mnemosine. 2018; 14(2):236-262.
16. Nunes ED. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. Physis: Rev Saúde Colet. 2005; 15(1):13-38.
17. Mendes-Gonçalves RB. Medicina e historia: raíces sociales del trabajo medico. Mexico: Siglo Veintiuno; 1984.
18. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco; 1994.
19. Ayres JRCM. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2015; 20(3):905-912.
20. Nunes ED. La salud colectiva en Brasil: analizando el proceso de institucionalización. Salud Colect. 2016; 12(3):347-360.
21. Barreto ML, Barata RB. Public Health and epidemiology journals published in Brazil and other Portuguese speaking countries. Emerg. Themes in Epid. 2008; (5):18.
22. Paim J, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública. 1998; 32(4):299-316.
23. Cohn A. Conhecimento e prática em Saúde Coletiva: o desafio permanente. Saúde e Sociedade. 1992; 1(2):97-109.
24. Burlandy L, Bodstein RCA. Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992). Cad. Saúde Pública. 1998; 14(3):543-554.
25. Birman J. A physis da Saúde Coletiva. Physis: Rev. Saúde Colet. 2005; 15(supl):11-16.
26. Pinto I, Paim J. A Abrasco e a experiência da graduação em Saúde Coletiva. Capítulo 6. In: Lima NT, Santana JP, Assunção CH, organizadores. Saúde Coletiva: a Abrasco

- em 35 anos de história. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
27. Mota MVB. Entre critérios, contextos e demandas: a trajetória do comitê assessor em Saúde Coletiva no CNPq. [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2014. 176 p.
 28. Luz MT. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas- análise sócio histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc.* 2009; 18(2):304-311.
 29. Nunes ED. Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión. *Salud Colect.* 2014; 10(1):57-65.
 30. Campos GWS, Bonfin JRA, Minayo MCS, et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.
 31. Paim J, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.
 32. Novaes HMD, Werneck G, Cesse EAP, et al. Pós-graduação senso estrito em Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):2017-2025.
 33. Pellegrini Filho A, Goldbaum M, Silvi J. Production of scientific articles on health in six Latin American countries, 1973-1992. *Rev. Panam. Salud Pública.* 1997; 2(2):121-132.
 34. Guimarães R, Vianna CM. Ciência e tecnologia em Saúde. Tendências Mundiais. Diagnóstico global e estado da arte no Brasil. Brasília, DF: I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde; 1994.
 35. Luz MT. A produção científica em Saúde Coletiva (1994-1995). *Ciênc. Saúde Colet.* 1997; 2(1/2):117-141.
 36. Goldbaum M. Avaliação da pós-graduação em saúde coletiva no Brasil. Editorial. *Cad. Saúde Pública.* 2001; 17(6):1274-1275.
 37. Goldbaum M. Avaliação da pós-graduação em saúde coletiva no Brasil. Editorial. *Cad. Saúde Pública.* 2001; 17(6):1274-1275.
 38. Barros AJD. Produção científica em saúde coletiva: perfil dos periódicos e avaliação pela CAPES. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(especial):43-49.
 39. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Documento de área. Período de avaliação 2004/2006. Área de avaliação: Saúde Coletiva. Brasília, DF: Capes; 2007.
 40. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Relatório da Avaliação 2007-2009, trienal 2010, área Saúde Coletiva. Brasília, DF: Capes; 2010.
 41. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Relatório da Avaliação 2010-2012, trienal 2013, área Saúde Coletiva. Brasília, DF: Capes; 2010.
 42. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Relatório da Avaliação 2013-2016, quadrienal 2017, área Saúde Coletiva. Brasília, DF: Capes; 2010.
 43. Viacava F. Produção científica dos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva no período 1998-2006. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(4):1977-1988.
 44. Pereira JCR. Revista de Saúde Pública: quarenta anos da produção científica no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(especial):148-159.
 45. Barreto SM, Miranda JJ, Figueiroa JP, et al. Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges. *Inter. J. Epid.* 2012; 41(4):557-571.
 46. Santos MIP, Fernandes TF, Silveira MF, et al. Scientific production indicators and researchers training in the Brazilian Collective Health. *Rev Bras. Enfer.* 2019; 72(1):9-18.
 47. Camargo Jr. KR. Produção científica: avaliação da qualidade ou ficção contábil? *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(9):1707-1710.

Recebido em 05/09/2021
Aprovado em 16/03/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve