

Subcampos e espaços na Saúde Coletiva: fronteiras e integração

Subfields and spaces within the field of Public Health: boundaries and integration

(abstract: p. 15)

Subcampos y espacios en la Salud Colectiva. fronteras e integración

(resumen: p. 15)

Ligia Maria Vieira-da-Silva^(a)

<ligiamvs@ufba.br> 

^(a) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Rua Basílio da Gama, s/n, Campus UFBA Canela. Salvador, BA, Brasil. 40110-040.

O presente ensaio discute alguns aspectos da integração entre subcampos da Saúde Coletiva, buscando identificar obstáculos e possibilidades a esse respeito. Faz uma breve análise sobre o surgimento e o desenvolvimento dos subcampos na Saúde Coletiva e reúne indicações sobre movimentos voltados para a integração entre as áreas, bem como as suas diversas disputas. Sumariza proposições teóricas e iniciativas práticas voltadas para a interdisciplinaridade, como também desenvolvimentos teórico-conceituais. Apoiado na sociologia de Bourdieu, formula uma hipótese segundo a qual, à semelhança dos demais campos sociais, os subcampos da Saúde Coletiva se constituíram como microcosmos autônomos em que as disputas de fronteiras dominam e têm suas raízes em processos históricos e sociais. Ademais, adicionam-se os obstáculos relacionados com a incorporação do conhecimento especializado e a aquisição de *habitus* dos subcampos. Este ensaio discute ainda as possibilidades da integração como produto de processos coletivos ao interior da Saúde Coletiva.

Palavras-chave: Integração. Saúde Coletiva. Subcampos. Interdisciplinaridade. Transdisciplinaridade.

Introdução

Integra a Saúde Coletiva uma multiplicidade de áreas do conhecimento, apreendidas quer por meio da graduação dos seus docentes quer por meio dos temas das teses de Doutorado e/ou das linhas de pesquisa. Essas opções envolvem múltiplas disciplinas científicas e resultam em arranjos organizacionais no interior dos programas de Pós-Graduação, refletindo-se também nos currículos dos cursos de Graduação. A diversidade é tão grande que, a uma primeira aproximação, poderia parecer que tudo cabe na Saúde Coletiva. E esse tem sido um ponto de vista presente, por vezes. Por outro lado, a afirmação da especificidade da Saúde Coletiva, do seu objeto voltado para a saúde de grupos sociais – de coletivos –, bem como sua conformação como campo de saberes e práticas^{1,2} e também como campo relativamente autônomo no sentido de Bourdieu³⁻⁸, faz um contraponto a essa primeira aproximação. Traduz-se na consolidação de três subcampos no interior da Saúde Coletiva: a Epidemiologia; a Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PPGS); e as Ciências Sociais e Humanas em Saúde (CHSS).

A Saúde Coletiva foi criada tendo como um dos seus fundamentos a integração entre disciplinas no plano do conhecimento, descartando de saída a mera justaposição multiprofissional. A própria definição de saúde e de seu objeto já incorporava esse propósito e pode ser considerada um produto dessa integração, como é possível observar nos pressupostos que constam do anexo à publicação que documentou os primeiros encontros da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), entre os quais estava a seguinte formulação:

O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações⁹. (p. 18)

Essa diretriz foi incorporada em diversas dimensões das práticas de pesquisa, ensino e cooperação técnica dos primeiros programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Há inclusive a radicalização dessas ideias na formulação, segundo a qual a noção de disciplina teria sido “...implodida para que o conceito de Saúde Coletiva pudesse se constituir...”¹⁰ (p. 8).

Assim, a discussão e o desenvolvimento do que seria a epidemiologia social^{11,12}, os estudos e polêmicas sobre desigualdades e determinação social da produção da saúde-doença¹³⁻¹⁶, as análises de situação segundo condições de vida^{17,18}, o planejamento como prática social e não apenas como prática técnica e normativa^{19,20}, como também várias proposições voltadas para a reorganização das práticas nos serviços de saúde, buscaram incorporar esse saber interdisciplinar^{21,22}.

Ao longo de quatro décadas, a temática da integração entre as áreas constitutivas da Saúde Coletiva tem sido continuamente retomada, como um objetivo a ser alcançado e como objeto de reflexão teórica por meio de enfoques diferenciados. Uma abordagem frequente tem sido a da interdisciplinaridade como um dos principais impasses epistemológicos da Saúde Coletiva ao lado da complexidade e da práxis, como desenvolvida por Almeida-Filho²³. Esse autor analisa a disciplinaridade como um processo histórico de especialização e fragmentação do objeto. Faz uma análise etimológica do conceito de disciplina até passar a se referir a determinada matéria ensinada, um ramo particular do conhecimento. Discute tipologias para a integração entre disciplinas que resultaram nos conceitos de interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, transdisciplinaridade. Tece uma crítica à noção de interface por corresponder a uma “... aceitação implícita da inevitabilidade das fronteiras (ou fases, ou faces) disciplinares, justamente o que a permeabilidade e a transitividade da proposta buscam superar”²³ (p. 50). Propõe uma interpretação sua para o conceito de transdisciplinaridade, referida principalmente à trajetória dos sujeitos, mas como uma imagem-objeto produto de uma ação coletiva²³. Os diversos debatedores do artigo de Almeida-Filho referiram, no geral, concordância com a proposição, trazendo algumas críticas no plano teórico, apontando obstáculos a sua realização tanto no que se refere à esfera do conhecimento como no que diz respeito à práxis e à viabilidade da sua operacionalização²⁴⁻²⁹.

Com um outro enfoque, apoiada na ideia de episteme de Foucault, no conceito de campo de Bourdieu e também no conceito de paradigma, Luz retoma a discussão sobre a interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade. Considera que no campo da Saúde Coletiva coexistiriam três modelos discursivos⁶. Embora recorra ao conceito de campo de Bourdieu para identificar hierarquias ao interior da Saúde Coletiva, não interpreta a fragmentação das disciplinas como processo de divisão dos campos em subcampos e apenas a descreve como a emergência de subdisciplinas fruto da intersecção de disciplinas-mães. A transdisciplinaridade corresponderia a um paradigma cujo objeto seria construído no diálogo horizontal entre disciplinas⁶. Conclui dizendo ser necessário preservar a complexidade paradigmática da Saúde Coletiva que corresponde a um avanço epistemológico sob pena de “...decretar a médio e longo prazos o empobrecimento e a morte consecutivas do campo da SC”⁶ (p. 310). Essa formulação já apontava para as contradições existentes no interior do campo e as disputas relativas aos modos de produção³⁰.

Com base em outra perspectiva, autores como Costa vinham desde o início dos anos 1990 discutindo o declínio da interdisciplinaridade devido à hegemonia exercida pela Epidemiologia clínica no interior da Saúde Coletiva³¹. Na mesma direção, Camargo analisou as diferenças na produção do conhecimento entre a Epidemiologia e as CHSS apoiado na ideia do paradigma de Kuhn. Para esse autor, as Ciências Humanas teriam múltiplos paradigmas, resultando em características estruturais da produção científica distintas daquelas da Epidemiologia, com repercussões na avaliação de pesquisadores e programas de Pós-Graduação³². A ênfase nas disputas internas entre disciplinas também foi discutida por Loyola e Iriart mediante a especificidade das subáreas compreendidas como subcampos da Saúde Coletiva no sentido de Bourdieu^{33,34}.

Essas diversas abordagens têm trazido contribuições importantes para a compreensão acerca das dificuldades da integração entre as áreas, objetivo de elevado consenso, defendido e buscado nos planos político e acadêmico. Contudo, as análises que têm sido produzidas pelos autores revisados, com diferentes inserções no campo da Saúde Coletiva, elas próprias não dialogam entre si.

Quais seriam os principais obstáculos e quais as possibilidades dessa integração? O presente ensaio pretende contribuir para com a compreensão dessa questão por meio da formulação de hipótese apoiada na sociologia de Bourdieu, visando um desenvolvimento das análises precedentes feitas com esse referencial.

O surgimento e o desenvolvimento de subcampos na Saúde Coletiva

Uma melhor compreensão sobre a atual divisão da Saúde Coletiva em áreas, bem como sua caracterização como subcampos da Saúde Coletiva, requer a recuperação de alguns fatos relacionados ao seu surgimento. Nos primeiros encontros da Abrasco, realizados entre 1981 e 1986, quatro áreas de conhecimento eram consideradas como estratégicas para a constituição do novo espaço que se formava: a Epidemiologia, as Ciências Sociais em Saúde, a Administração e o Planejamento e a Saúde Ocupacional³⁵. Dessas, as três primeiras consolidaram-se como subcampos da Saúde Coletiva, cada uma organizando seus próprios congressos, editando revistas específicas e reconhecidas como áreas de concentração nucleares para um programa de Pós-Graduação ser considerado pertencente à Saúde Coletiva.

Dessa forma, médicos, com gosto para os números, dirigiram-se para a Epidemiologia enquanto outros, com disposições políticas e gosto relacionado com as práticas, voltaram-se para o Planejamento e Administração da Saúde. Os cientistas sociais, na sua maioria sociólogos, nos anos 1970, tomavam a saúde como objeto – como uma sociologia da saúde³⁶. A administração e o Planejamento em Saúde era uma área considerada como dominante, nos anos 1980, posição essa posteriormente ocupada pela Epidemiologia, a partir dos anos 1990³⁷.

Progressivamente, os arranjos originais foram se consolidando como subcampos ao interior da Saúde Coletiva. Inicialmente, organizaram-se por meio das comissões da Abrasco. Em seguida, reuniram-se em congressos específicos, a começar pela Epidemiologia em 1992, seguida pelas CHSS em 1995, e, por último, a área que passou a se denominar de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PPGS), que somente organizou seu primeiro congresso em 2010. Nos primeiros seminários promovidos pela Abrasco, a denominação dessa última área era “Administração e Planejamento”³⁵. Embora a ênfase fosse no planejamento, ele era analisado nas suas dimensões históricas e sociais para além das técnicas³⁸, com críticas à sua dimensão normativa e ênfase nas análises estratégicas situacionais, comunicativas e participativas³⁹. Posteriormente, passou a denominar-se “Planejamento e Gestão”, também em movimento que buscava a dimensão da formulação das políticas para além da administração gerencial técnica⁴⁰. Considerada pelos outros

subcampos como um âmbito de práticas, grande parte do investimento dos agentes, cuja trajetória dominante se dá nesse subcampo, está relacionada com o esforço em caracterizá-la também como produtora de conhecimentos, e, por essa razão, integrante do campo científico. Definindo-a como um dos eixos disciplinares da Saúde Coletiva, Teixeira e Sá⁴⁰ delimitaram seu objeto como a organização social das práticas de saúde com aplicações que se dariam em diversos níveis do sistema, incluindo as políticas. Esse subcampo atraiu profissionais com trajetórias que frequentemente passavam pela gestão dos serviços de saúde e, por essa razão, suas experiências nos serviços eram, via de regra, transformadas em objetos de investigação.

Em 1994, enquanto a Epidemiologia já havia realizado dois congressos e preparava o terceiro, a área de Planejamento e Gestão buscava uma rearticulação e reorganização com a criação de um grupo de trabalho com essa finalidade⁴⁰. Mas essa rearticulação não se voltava apenas para a especificidade desse subcampo e para a produção de conhecimento, mas para o ensino e, sobretudo, para a cooperação técnica visando subsidiar o processo de organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A íntima relação desse subcampo com o campo burocrático e as práticas está presente em várias das formulações dos especialistas quando se reuniam ou escreviam sobre a temática. As preocupações teórico-metodológicas eram predominantemente relacionadas com métodos e técnicas referidos às práticas de planejamento e à gestão e não à investigação sobre a temática⁴⁰. À medida que o subcampo de PPGS se consolidava, os debates sobre a pesquisa passavam também a ocupar espaços em mesas dos congressos e em publicações específicas⁴¹⁻⁴⁴.

A preocupação com a incorporação do enfoque epidemiológico no Planejamento & Gestão em Saúde é explicitada e já vinha sendo, na prática, operacionalizada em trabalhos conjuntos entre epidemiologistas e planejadores^{45,46}. Também na proposição do modelo assistencial denominado Ações Programáticas em Saúde, desenvolvido por Schraiber *et al.*^{21,47}, havia uma incorporação tanto da Epidemiologia quanto das Ciências Humanas na definição das necessidades de saúde para orientar as ações programáticas.

Os subcampos da Saúde Coletiva criaram suas revistas específicas ligadas à Abrasco: a “Revista de Epidemiologia”, como veículo divulgador dos trabalhos dessa área, e a “Ciência em Saúde Coletiva”, que passou a ser um espaço voltado para as CHSS. Houve uma tentativa de criar uma revista específica para a área de PPGS durante o primeiro congresso em 2010, porém o grupo não teve força para sustentar a proposição que teve apenas um número publicado e foi descontinuada.

Como desdobramentos desse processo de subdivisão, vários grupos de trabalho temáticos da Abrasco (GTs) têm realizado eventos específicos e direcionado suas publicações para periódicos também especializados em temáticas transversais às três áreas de concentração. Como exemplo, temos a própria saúde ocupacional, a Saúde Mental, a vigilância sanitária, a avaliação em saúde, a gestão do trabalho em saúde, gênero em saúde entre muitas outras.

Disputas pela conservação e transformação de campos e subcampos – as guerras de fronteiras

A diferenciação entre as atividades sociais e a divisão social do trabalho, descrita desde Weber e Durkheim, estaria na raiz da emergência dos campos relativamente autônomos, resultantes das lutas pelo reconhecimento da autoridade sobre uma determinada área de conhecimento ou domínio de práticas⁴⁸.

Se analisarmos o campo da Saúde Coletiva por referência ao espaço geral das disciplinas, verificamos uma homologia entre as disciplinas mais dependentes da Matemática, disciplina dominante, com maior autonomia, a exemplo da Epidemiologia e das disciplinas próximas às letras, como as Ciências Sociais. Essa oposição se reproduz parcialmente no interior do campo da Saúde Coletiva. A Epidemiologia é dominante, mais próxima do polo científico; a PPGS, em oposição, é dominada do ponto de vista científico, porém dominante do ponto de vista político. As CHSS ficariam numa posição intermediária, ora mais próximas do polo científico, ora mais próximas do polo das práticas⁸.

Essa dinâmica ocorre embebida em alguns campos que fazem fronteira com a Saúde Coletiva, particularmente a Medicina e as Ciências Sociais e Humanas. O campo médico é dominante não apenas em relação aos médicos epidemiologistas e os que são gestores ou fazem pesquisa em Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PP&G). Ele é dominante em relação às diversas profissões da saúde que tendem a reproduzir o seu modelo de práticas ou são dependentes do ponto de vista simbólico ou legal para o seu exercício profissional.

A divisão em campos e subcampos ocorre em todas as disciplinas científicas, sendo a defesa das fronteiras contra invasões e anexações parte das lutas. É um processo de fragmentação que resulta das disputas pela transformação nas relações de dominação nos campos, fenômeno esse denominado por Bourdieu como “...estratégias de cissiparidade que consistem em dividir um campo para se tornar completamente dono de um pequeno setor, quando não se pode ser dono de todo um império”⁴⁹ (p. 361). O contrário também é verdadeiro, essas lutas ainda incluem anexações, mostrando que as fronteiras não existem.

A questão das fronteiras se reproduz também no interior dos subcampos da Saúde Coletiva dificultando a integração. A própria incorporação do termo política, na denominação do subcampo das PPGS, gerou conflitos com o grupo das CHSS, com o argumento de que as políticas de saúde seriam claramente um objeto de estudo das Ciências Sociais. Do mesmo modo, a criação do GT de Avaliação sofreu resistências tendo em vista a sua transversalidade em relação tanto à Epidemiologia quanto às Ciências Sociais.

No campo científico, o discurso da importância da interdisciplinaridade convive com a disputa pelas fronteiras. Ultrapassar uma fronteira disciplinar em um movimento transdisciplinar, como propõe Almeida-Filho, é considerado por vezes um sacrilégio. Analisando a importância da História para a Sociologia, Bourdieu afirma que a fronteira entre as duas disciplinas não teria nenhum sentido. Ela só se justificaria por uma tradição na divisão do trabalho, por responder a interesses sociais relacionados com investimentos em tempo, em aprendizagem, ao lado de investimentos psicológicos. Embora afirme que a

oposição História/Sociologia seja um “artefato histórico, construído historicamente, que pode ser desconstruído historicamente.”, considera que as forças sociais inconscientes, que explicam essas e outras fronteiras, são tão fortes que, segundo ele, “...talvez seja mais fácil reformar a seguridade social do que renunciar à divisão universitária em disciplinas”⁵⁰ (p. 140). Essa força inconsciente dos investimentos em uma determinada disciplina pode ser também a explicação para as dificuldades encontradas na reforma dos currículos das universidades e, particularmente, das escolas médicas. A analogia nesse caso, muito popular entre reformadores do ensino médico, reza que seria mais fácil mudar um cemitério de lugar do que reformar o currículo de uma faculdade de Medicina. Nessa perspectiva, não é suficiente a simples formulação de uma desejável e relevante proposta de transdisciplinaridade, no plano teórico, para que ela se concretize.

Da mesma forma, se usarmos a lógica da razão, não teríamos três áreas de concentração na Saúde Coletiva. Se tomarmos os dois principais objetos da Saúde Coletiva, a saber, os problemas do estado de saúde em grupos, estratos, classes e um outro referido às práticas de saúde nos seus diversos níveis, esses dois objetos poderiam responder por dois arranjos disciplinares. Contudo, ambos os objetos têm sido investigados, historicamente, com métodos e técnicas oriundos tanto da Epidemiologia quanto das Ciências Sociais, subcampos que se definem pelas disciplinas, métodos e técnicas. Já o subcampo da PPGS se define exatamente por referência ao objeto das práticas de saúde.

Dessa forma, os campos são o produto de um processo social que articula um espaço de possíveis históricos com as trajetórias individuais. Requerem investimento, crença e incorporação de disposições específicas que se encontram com o *habitus* trazido pelos agentes na sua trajetória passada. As fronteiras são definidas por esse processo social complexo^{49,51}.

Os campos podem ser analisados como campos de forças entre posições e como campo de lutas para a transformação das regras de dominação. Como campo de forças, a Saúde Coletiva refrata hierarquias de outros campos sociais nos quais está embebida e com os quais faz fronteiras. Assim, ela refrata as hierarquias do campo científico e do espaço mais geral das disciplinas científicas⁴⁹. Isso resulta na pequena autonomia relativa dos três subcampos da Saúde Coletiva em relação às disciplinas dominantes no campo científico. A Epidemiologia, embora dominante na Saúde Coletiva, é tributária da Estatística que por sua vez depende da Matemática. Em outras palavras, o desenvolvimento teórico-metodológico da Epidemiologia está em grande parte relacionado ao desenvolvimento dos modelos de análise estatística. No polo teórico, tanto a Epidemiologia quanto o PPGS dependem das Ciências Humanas e Sociais em Saúde que, por sua vez, precisam incorporar saberes oriundos das disciplinas biomédicas além de acompanhar o desenvolvimento das disciplinas sociais e humanas originais: Sociologia, Filosofia, Antropologia, História, Psicologia entre outras. Vale ressaltar que as Ciências Humanas e Sociais correspondem também a uma formulação abstrata. Não existem como um campo unificado. As diversas disciplinas que integram as Ciências Sociais podem ser consideradas como subcampos relativamente autônomos que têm disputas de fronteiras entre si^{49,52}.

A dinâmica dos campos envolve lutas pela conservação x transformação das estruturas do campo, das relações de poder. Em relação ao campo da Saúde Coletiva não é diferente. Se, em um primeiro momento da gênese do campo, as disputas estavam relacionadas com as concepções sobre a Reforma Sanitária, com a oposição teoria x prática, academia x serviços, quantitativo x qualitativo, político x técnico x científico, positivismo x teoria, entre outras, posteriormente passam para um primeiro plano as disputas acerca da avaliação acadêmica e do modo de produção de artigos. Embora reconheçam que os três subcampos partilham valores e objetivos comuns, Iriart *et al.*³⁴ identificaram diferentes perspectivas epistemológicas, teóricas, metodológicas existentes para a produção de conhecimento em Saúde Coletiva, o que resulta em culturas acadêmicas distintas com formas e tempos de trabalhos também diferenciados³⁴. Esses autores mostraram que o modo de produção da pesquisa em Epidemiologia permitiria não apenas incorporar um número grande de coautores, como publicar vários artigos curtos oriundos de uma mesma investigação. Já as CHSS, tendo de discutir com maior profundidade os referenciais teóricos em suas análises, esbarra frequentemente na limitação do número de palavras permitido pelas revistas, sendo um modo de produção que envolve um número menor de autores e produtos mais extensos. Além disso, apontam as distorções trazidas pelo fator de impacto das revistas que também favorece as revistas biomédicas em detrimento daquelas das Ciências Humanas³⁴.

Na mesma linha, Loyola mostra como as CHSS ocupam uma posição dominada tanto na Saúde Coletiva quanto no seu próprio campo disciplinar. Segundo ela, por várias razões, entre as quais a desvalorização de tudo o que remete ao social em contraposição ao indivíduo e, em segundo lugar, devido à dominação da Medicina em relação a tudo que diz respeito à saúde³⁷. Daí que a opção de um cientista social pela sua entrada no campo da Saúde Coletiva, seria uma das últimas, senão a última. Também por essas razões, muitos têm saído da Saúde Coletiva e retornado aos seus campos de origem³³.

Por outro lado, tem-se progressivamente a formação de um subgrupo titulado pelos programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva nas áreas de Ciências Humanas e Sociais em Saúde. Esse grupo, frequentemente formado por profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos entre outros, passa a estudar as Ciências Sociais por meio do Mestrado, do Doutorado ou até mesmo do Pós-Doutorado. Se há a vantagem de pensar o objeto da Saúde Coletiva desde o início, há a desvantagem da menor acumulação prévia de conhecimento por referência a pesquisadores que têm toda a sua trajetória no interior das Ciências Humanas e Sociais. Uma diferenciação interna, discreta, ao subcampo das CHSS por vezes aparece tendo em vista as diferenças de capital simbólico conferido pelos títulos de Graduação e Pós-Graduação obtidos nas Ciências Sociais de origem. Os egressos das novas graduações em Saúde Coletiva enfrentam esse mesmo problema. Essas disputas se relacionam com as questões em jogo no interior de cada subcampo, a saber, a autoridade sobre o conhecimento e as práticas específicas. Daí que, embora haja elevado consenso em muitas questões em jogo, se percebem disputas entre os docentes, com trajetória completa nas Ciências Sociais, e os novos cientistas sociais da saúde, de trajetória mista.

Também no âmbito da Epidemiologia, um debate sobre o artigo de Barreto,⁵³ intitulado “Por uma epidemiologia da saúde coletiva”, revelou oposições no interior do espaço da Epidemiologia sobre a delimitação do seu objeto, sobre a existência ou não de crise na disciplina, sobre suas relações com o campo da Saúde Coletiva, por vezes situado como sinônimo de Saúde Pública e, por fim, sobre a existência ou não de lacunas no seu desenvolvimento teórico. As referências aos outros subcampos da Saúde Coletiva são bastante pontuais. A interdisciplinaridade é referida à clínica ou como uma produção interdisciplinar genérica da qual merecem destaque a Matemática, a Biologia, a Geografia, as Ciências Sociais e a Antropologia. O Planejamento e Gestão em Saúde não tem nenhuma menção naquele debate de 1998.

Uma palavra sobre os estudos denominados de metodologia mista, com um componente quantitativo e outro qualitativo: esses estudos, embora decorram da tendência positiva à valorização de ambas as técnicas de coleta de dados, frequentemente apresentam problemas nos dois componentes a depender da trajetória do pesquisador. Há um aparente consenso na crítica à artificialidade da oposição qualitativo x quantitativo. Contudo, na prática, essa oposição ressurge a todo momento⁴⁴. Quando o componente quantitativo não explicita o desenho nem detalha os procedimentos amostrais, e o componente qualitativo não indica seus referenciais teóricos ou não os articula com a coleta dos dados empíricos, a tentativa de integração perde em validade não atingindo seus objetivos.

Uma breve referência à pandemia Covid-19 que por si só precisaria de um estudo específico. O advento da crise sanitária com sua velocidade de *tsunami* impôs, em certa medida, o surgimento de diversas iniciativas multi, inter e transdisciplinares, tendo em vista a complexidade do problema e sua urgência. Como exemplos, poderíamos citar algumas experiências oriundas de universidades que reuniram pesquisadores de diversas disciplinas, como a rede Covida, do Observatório Covid-19 da Fiocruz, e o Observa Covid, ligado ao Observatório de Análise Política em Saúde entre outras⁵⁴.

A rede CoVida define-se como um projeto multidisciplinar e sua composição ultrapassa as fronteiras da Saúde Coletiva, tendo, além de epidemiologistas, especialistas da PPGS e das CHSS, matemáticos, físicos, economistas, jornalistas, engenheiros, imunologistas e pesquisadores de outras disciplinas. (Disponível em: Rede CoVida – Ciência, Informação e Solidariedade. Acesso em: 11.06.2022). Também o observatório Covid-19 da Fundação Oswaldo Cruz reúne especialistas de diversas áreas da própria Fiocruz. (Disponível em: Observatório Covid-19 – Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz: Ciência e tecnologia em saúde para a população brasileira. Acesso em: 11.06.2022). Destaca-se também, como exemplo, o ObservaCovid, que é um “projeto voltado para a análise de modelos e estratégias de vigilância em saúde da pandemia da Covid-19”. Está vinculado ao observatório de análise política em saúde (Oaps) do ISC/UFBA. (Disponível em Observa Covid – analisepoliticaemsaude.org. Acesso em 11.06.2022). As atividades desse observatório envolvem, nos seus eixos, epidemiologistas e cientistas sociais em saúde, além de gestores e pesquisadores em PPGS. Uma análise mais detalhada de como esses processos ocorreram e de seus resultados poderá trazer algumas indicações acerca das possibilidades de integração não só entre os subcampos, mas com outros campos que fazem fronteira com a Saúde Coletiva, em momentos de crise sanitária.

Comentários finais

Pode-se então dizer que, a despeito da existência de experiências concretas de busca de integração entre as áreas da Saúde Coletiva e de um investimento teórico nas reflexões sobre as várias concepções acerca da multidisciplinaridade, da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade, o desenvolvimento objetivo dos subcampos da Saúde Coletiva ocorreu de forma separada com pouca integração visível em escala institucional e/ou com ausência de iniciativas de maior fôlego nessa direção. Nesse percurso, as disputas teórico-metodológicas e relativas às fronteiras entre as disciplinas e especificidades paradigmáticas de cada subcampo seguiram a lógica de outros campos sociais. Dessa forma, os principais obstáculos à integração entre os subcampos parecem estar na sua própria dinâmica como microcosmos sociais que envolvem investimentos pessoais intelectuais e psicológicos que geram forças de conservação inconscientes. Também, do ponto de vista do conhecimento, a apropriação de saberes de disciplinas diferentes requer um investimento de tempo em leituras, como no caso das Ciências Sociais, a apropriação de técnicas de análise que requerem aportes cumulativos, como é o caso da Estatística e da Matemática, além dos saberes práticos ligados à PPGS, que são potencializados por experiências na gestão. Essas habilidades muito raramente podem ser incorporadas por um mesmo agente social. Acresce-se a essa dificuldade o fato de que a integração não se dá somente no plano do conhecimento, mas na incorporação de um *habitus* que requer uma inserção no subcampo específico. Trata-se de processo de longa duração em que o ajuste entre as posições sucessivamente ocupadas pelos agentes ao longo de sua trajetória e seu *habitus* original e o *habitus* do subcampo podem ocorrer ou não. O *habitus* assim estruturado passa a ser estruturante. A depender dos capitais acumulados pelos agentes, em particular o capital simbólico em mais de um subcampo, essa ação estruturante tem chance maior de ser bem-sucedida.

Assim, são muitos os obstáculos, na prática, à desejada integração. Porém, a análise precedente indica que as possibilidades não estão somente no âmbito dos esforços individuais, nem decorrem apenas de mudanças estruturais. Elas estão também na articulação entre essas duas dimensões do social e das dinâmicas entre campos e subcampos, bem como nas condições históricas de possibilidade em uma determinada conjuntura, permitindo encontros entre trajetórias de agentes e a ocorrência de processos coletivos capazes de transformar o *status quo*, como tem sido a experiência da própria constituição do campo da Saúde Coletiva.



Conflito de interesse

A autora não tem conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editora

Lilia Blima Schraiber

Submetido em

05/08/22

Aprovado em

30/09/22

Referências

1. Donnangelo MCF. A pesquisa em saúde coletiva no Brasil - a década de 70. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, FIOCRUZ; 1983. p. 19-35.
2. Paim JS, Almeida Filho N. [Collective health: a 'new public health' or field open to new paradigms?]. Rev Saude Publica. 1998; 32(4):299-316. Portuguese.
3. Ribeiro PT. A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil: 1975-1978 [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 1991.
4. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Cienc Saude Colet. 2000; 5(2):219-30.
5. Nunes ED. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. Physis. 2005; 15(1):13-38.
6. Luz MT. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. Saude Soc. 2009; 18(2):304-11.
7. Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva? In: Paim JS, Almeida Filho N, editores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbooks; 2013. p. 3-12.
8. Vieira-da-Silva LM. O Campo da Saúde Coletiva. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz; 2018.
9. Paim JS. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino da Saúde Coletiva. In: Abrasco. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, Nutes, Clates; 1982. p. 3-17.
10. Birman J. Apresentação: a interdisciplinaridade na Saúde Coletiva. Physis. 1996; 6(1-2):7-13.
11. Almeida Filho N. Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1989.
12. Barata RB, Barreto ML. Algumas questões sobre o desenvolvimento da epidemiologia na América Latina. Cienc Saude Colet. 1996; 1(1):70-9.
13. Nogueira RP. Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.
14. Minayo MCS. Determinação social, não! Por quê? Cad Saude Publica. 2021; 37(12):e00010721.
15. Almeida Filho N. Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim! Cad Saude Publica. 2021; 37(12):e00237521.
16. Breilh J. La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la "experticia", a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. Cad Saude Publica. 2021; 37(12):e00237621.
17. Castellanos PL. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: Barata RCB, organizadora. Condições de vida e situação em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. Cap. 2, p. 31-75.
18. Paim JS. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: algumas notas para reflexão e ação. In: Barata RCB, editora. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p. 7-30.
19. Testa M. Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec; 1995.



20. Matus C. Política, planejamento & governo. 3a ed. Brasília: IPEA; 1993.
21. Schraiber LB. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1990.
22. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Silva LMV, editor. Saúde coletiva - textos didáticos. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA; 1994; p. 61-82.
23. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Cienc Saude Colet.* 1997; 2(1-2):5-20.
24. Ayres JRCM. Deve-se definir transdisciplinaridade? *Cienc Saude Colet.* 1997; 2(1-2):36-8.
25. Castiel LD. Debate sobre o artigo de Almeida Filho: “transdisciplinaridade e saúde coletiva”. *Cienc Saude Colet.* 1997; 2(1-2):27-30.
26. Portocarrero V. Transdisciplinaridade em saúde coletiva: tópicos filosóficos complementares. *Cienc Saude Colet.* 1997; 2(1-2):39-44.
27. Carvalheiro JR. Transdisciplinaridade dá um Barato. *Cienc Saude Colet.* 1997; 2(1-2):21-3.
28. Sevalho G. Contribuição ao debate do artigo de Naomar de Almeida Filho. *Cienc Saude Colet.* 1997; 2(1-2):24-6.
29. Alvarenga AT. Considerações teórico-metodológicas acerca do discurso de Naomar de Almeida Filho sobre “Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva”. *Cienc Saude Colet.* 1997; 2(1-2):45-8.
30. Luz MT. Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. *Physis.* 2005; 15(1):39-57.
31. Costa NR. A avaliação da produção intelectual e o declínio da interdisciplinaridade na Saúde Coletiva. *Physis.* 2012; 22(2):681-99.
32. Camargo KR Jr, Coeli CM, Caetano R, Maia VR. Produção intelectual em saúde coletiva: epistemologia e evidências de diferentes tradições. *Rev Saude Publica.* 2010; 44(3):394-8.
33. Loyola MA. O lugar das ciências sociais na saúde coletiva. *Saude Soc.* 2012; 21(1):9-14.
34. Iriart JAB, Deslandes SF, Martin D, Camargo KR Jr, Carvalho MS, Coeli CM. A avaliação da produção científica nas subáreas da Saúde Coletiva: limites do atual modelo e contribuições para o debate. *Cad Saude Publica.* 2015; 31(10):2137-47.
35. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro: O Núcleo; 1982. v. 3.
36. Vieira-da-Silva LM. Salud colectiva brasileña: arquitectura y dinámica de un campo. In: Castro R, Suarez HJ, organizadores. Pierre Bourdieu en la sociología Latinoamericana: campo y habitus. Cuernavaca: Universidad Nacional Autonoma de México; 2018. p. 143-66.
37. Loyola MAR. A saga das ciências sociais na área da saúde coletiva: elementos para reflexão. *Physis.* 2008; 18(2):251-75.
38. Paim JS. O movimento pelo planejamento de saúde na América Latina. *Rev Baiana Saude Publica.* 1983; 10(1):46-52.
39. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Cienc Saude Colet.* 2010; 15(5):2265-74.
40. Teixeira CF, Sá MC. Planejamento & gestão em saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. *Cienc Saude Colet.* 1996; 1(1):80-103.
41. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saude Publica.* 2006; 40 Esp:73-8.



42. Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
43. Esperidião MA. Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas. Saude Debate. 2018; 42 Esp 2:341-60.
44. Vieira-da-Silva LM, Esperidião MA, Silveira AS, Paim JS. A construção do campo da Saúde Coletiva e as políticas de saúde - contribuições da Revista Ciência & Saúde Coletiva. Cienc Saude Colet. 2020; 25(12):4669-80.
45. Paim JS, Teixeira M. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica; 1993; Brasília (DF). Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde; 1993. p. 93-144.
46. Teixeira CF. Epidemiologia e planejamento de saúde. Cienc Saude Colet. 1999; 4(2):287-303.
47. Schraiber LB, Baptistela MI, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 2000.
48. Sapiro G. Le champ est-il national? Actes Rech Sci Soc. 2013; 200:70-85.
49. Bourdieu P. Sociologia geral - Vol. 2: habitus e campo. Curso no Collège de France (1982-1983). Petrópolis: Editora Vozes; 2021.
50. Bourdieu P. Sobre o Estado: cursos no Collège de France (1989-92). São Paulo: Companhia das Letras; 2014.
51. Bourdieu P. Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire. Paris: Seuil; 1992.
52. Bourdieu P. Sociologie générale. Paris: Raisons d'agir, Seuil; 2015.
53. Barreto ML. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. Rev Bras Epidemiol. 1998; 1(2):123-5.
54. Barreto ML, Barros AJD, Carvalho MS, Codeço CT, Hallal PRC, Medronho RA, et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil? Rev Bras Epidemiol. 2020; 23:e200032.



This essay discusses aspects of integration between public health subfields, highlighting obstacles and possibilities. We present a brief analysis of the emergence and development of public health subfields, focusing on movements geared towards the integration of areas and the various disputes within these areas. We outline theoretical propositions and practical initiatives oriented towards interdisciplinarity and underline theoretical and conceptual developments. Drawing on Bourdieu's sociology, we propose that, like other social fields, public health subfields constitute autonomous microcosms rooted in historical and social processes dominated by boundary disputes. In addition to the above, we highlight obstacles related to the incorporation of specialist knowledge and the acquisition of *habitus* by the subfields. Finally, we discuss possibilities of integration as a product of collective processes within the field of public health.

Keywords: Integration. Public health. Subfields. Interdisciplinarity.

El presente ensayo discute algunos aspectos de la integración entre subcampos de la Salud Colectiva buscando la identificación de obstáculos y posibilidades en ese sentido. Hace un breve análisis sobre el surgimiento y desarrollo de los subcampos en la Salud Colectiva, reuniendo indicaciones sobre movimientos enfocados en la integración entre las áreas, así como sus diversas disputas. Resume proposiciones teóricas e iniciativas prácticas enfocadas en la interdisciplinariedad, así como desarrollos teórico-conceptuales. Apoyado en la sociología de Burdieu, formula una hipótesis según la cual, a semejanza de los demás campos sociales, los subcampos de la Salud Colectiva se constituyeron como microcosmos autónomos en donde las disputas de fronteras dominan y tienen sus raíces en procesos históricos y sociales. Además, se adicionan los obstáculos relacionados con la incorporación del conocimiento especializado y adquisición de *habitus* de los subcampos. Discute las posibilidades de la integración como producto de procesos colectivos en el interior de la Salud Colectiva.

Palabras clave: Integración. Salud Colectiva. Subcampos. Interdisciplinariedad. Transdisciplinariedad.