



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

GISELE MARIA MELO SOARES ARRUDA

**CONSTRUÇÃO POLÍTICO-INSTITUCIONAL DO CAMPO DA SAÚDE
COLETIVA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

FORTALEZA

2021

GISELE MARIA MELO SOARES ARRUDA

**CONSTRUÇÃO POLÍTICO-INSTITUCIONAL DO CAMPO DA SAÚDE
COLETIVA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

Tese apresentada à Coordenação do Curso de Doutorado em Saúde Pública do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (UFC), como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes.

Co-orientadora: Profa. Dra. Carmem Emmanuely Leitão Araújo

FORTALEZA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação Universidade Federal do Ceará

Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A817 Arruda, Gisele Maria Melo Soares.

Construção político-institucional do campo da saúde coletiva na Universidade Federal do Ceará / Gisele Maria Melo Soares Arruda. – 2021.

276 f. : il.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2021.

Orientação: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes.

Coorientação: Profa. Dra. Carmem Emmanuely Leitão Araújo.

1. Saúde Pública. 2. Medicina Social. 3. Capacitação Profissional. 4. Educação Continuada. 5. Educação de Pós-graduação. I. Título.

CDD 362.1

GISELE MARIA MELO SOARES ARRUDA

CONSTRUÇÃO POLÍTICO-INSTITUCIONAL DO CAMPO DA SAÚDE
COLETIVA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Tese apresentada à Coordenação do Curso de Doutorado em Saúde Pública do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (UFC), como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em: 21/01/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Carmem E. Leitão Araújo (Co-orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

RESUMO

A Saúde Coletiva é considerada um campo de saberes, práticas e militância política de múltiplas inserções. Existem peculiaridades na estruturação desse campo em cada região do país, por isso este trabalho tem como objetivo analisar a construção político-institucional do campo da Saúde Coletiva na Universidade Federal do Ceará (UFC), considerando as especificidades sociais, culturais, acadêmicas, financeiras e históricas desse estado. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa descritivo-interpretativa, de abordagem qualitativa. Foram realizadas 24 entrevistas abertas não diretivas com atores chave do processo de constituição da saúde coletiva no Ceará. Foram incluídas também 12 entrevistas que estavam transcritas como anexo de uma dissertação sobre o assunto. Foi realizada ainda pesquisa documental a partir dos registros oficiais desse processo histórico, bem como das biografias, registros de eventos e notícias relacionados com a investigação aqui proposta. Alguns materiais foram cedidos pelos entrevistados à pesquisadora. As entrevistas aconteceram no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2020. A busca das informações documentais aconteceu de setembro de 2018 a março de 2020. Todo o material de entrevistas, produções e documentos foi analisado, tendo como referencial teórico-metodológico as noções de campo científico para Pierre Bourdieu. Todos os princípios éticos da pesquisa com seres humanos foram seguidos. Observou-se que a UFC apresenta uma história prévia da formação em Saúde Coletiva, que remete sua origem à filosofia preventivista dos anos 1940/50, quando os parasitologistas cearenses tiveram oportunidade de bolsa de estudos e fundaram o Instituto de Medicina Preventiva (IMEP) da UFC. Tratava-se de um espaço de formação, pesquisa e prática vinculada à comunidade com ideias bastante avançadas sobre organização curricular à época e que muito contribuiu para a estruturação de um campo de estudos em Medicina Preventiva/Social/Comunitária no estado. O IMEP foi dissolvido no período da ditadura militar, todavia, os professores e alunos remanescentes do instituto mantiveram, mesmo com dificuldades, algumas atividades de pesquisa e extensão na universidade. Institucionalmente, o IMEP é considerado precursor do Departamento de Saúde Comunitária da UFC e, dada a importância desses fatos, foram descritos alguns acontecimentos que conduziram desde esse movimento dos parasitologistas até as instâncias universitárias que hoje conduzem a formação em Saúde Coletiva, sendo realizada uma análise também da conjuntura sanitária e política de alguns períodos que vai conduzindo a construção político-institucional do campo da Saúde Coletiva na UFC.

Tomando como base o processo de formação em Saúde Coletiva na UFC, quando da estruturação de um programa de pós-graduação na área, foram analisados o processo histórico e as produções de dissertações e teses no Ceará, evidenciando o perfil de cada instituição, bem como a organização das formações disciplinares na UFC, tendo ainda predominância do sub-campo da epidemiologia. A partir de Bourdieu, foi possível identificar muitas disputas e nuances de ingresso nesse campo.

Palavras-chave: Saúde Pública. Medicina Social. Capacitação Profissional. Educação Continuada. Educação de Pós-graduação.

ABSTRACT

Collective Health is considered a field of knowledge, practices and political activism with multiple insertions. There are peculiarities in the structuring of this field in each region of the country, so this work aims to analyze Collective Health field political-institutional construction at Federal University of Ceará (UFC), considering the specific social, cultural, academic, financial and of that state. To this end, a descriptive-interpretative research, with a qualitative approach, was developed. 24 open, non-directive interviews were conducted with key actors of constituting public health process in Ceará. 12 interviews that were transcribed as an attachment to a dissertation on the same subject were also included. Documentary research was also carried out based on the official records of this historical process, as well as the biographies, event records and news related to the investigation proposed here. Some materials were provided by the interviewees to the researcher. The interviews took place from January 2019 to January 2020. The search for documentary information took place from September 2018 to March 2020. All the material of interviews, productions and documents was analyzed, having as theoretical-methodological reference the notions of scientific field by Pierre Bourdieu. All ethical principles of research with human beings have been followed. It was observed that the UFC has a previous history of training in Public Health, which goes back to the preventive philosophy of the 1940s/50s, when parasitologists from Ceará had the opportunity of a scholarship and founded the Institute of Preventive Medicine (IMEP) of UFC. It was a space for training, research and practice linked to the community with very advanced ideas about curricular organization at that time and which greatly contributed to the structuring of a field of studies in Preventive/Social/Community Medicine in the state. IMEP was dissolved during the military dictatorship, however, the remaining professors and students of the institute maintained, even with difficulties, some research and extension activities at the university. Institutionally, IMEP is considered a precursor to the UFC Community Health Department and, about the importance of these facts, some events that led the actual university training bodies in Public Health since this movement of parasitologists were described. And the sanitary and political conjuncture of some periods that lead the political-institutional construction of the field of Collective Health in the UFC were analyzed. Based on the collective health training process at UFC, when structuring a postgraduate program in the area, the historical process and the production of dissertations and theses in Ceará were analyzed, showing the profile of each institution,

as well as the organization of disciplinary training at UFC, with a predominance of the epidemiology subfield. From Bourdieu, it was possible to identify many disputes and nuances of entry in this field.

Keywords: Public Health. Social Medicine. Professional Training. Continuing Education. Graduate Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Sequência cronológica da implantação dos primeiros Departamentos de Medicina Preventiva/Social/Comunitária no Brasil, com ênfase para os departamentos de Ribeirão Preto/SP e do Ceará.....	52
Figura 2 - Marcos histórico-institucionais do Campo da Saúde Coletiva do Ceará.....	148

Sumário

APRESENTAÇÃO	10
OBJETIVOS	15
Objetivo Geral	15
Objetivos Específicos	15
CAPÍTULO 1: METODOLOGIA	16
Tipo de Pesquisa	16
Fundamentação teórico-metodológica	16
Procedimentos metodológicos	19
Entrevistas abertas com informantes-chave.....	19
Análise documental.....	22
Período do estudo	23
Técnica de construção de informações.....	23
Aspectos Éticos	24
CAPÍTULO 2: A CATEGORIA CAPITAL CIENTÍFICO E HABITUS EM BOURDIEU.....	26
Campo científico.....	26
A Categoria Habitus	30
CAPÍTULO 3: UMA BREVE REVISÃO DA HISTÓRIA DE CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL.....	34
Medicina Preventiva	35
Medicina Comunitária.....	37
Medicina Social.....	38
Saúde Coletiva e a Reforma Sanitária Brasileira.....	41
CAPÍTULO 4: UMA BREVE HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO CEARÁ..	44
CAPÍTULO 5: UMA HISTÓRIA DA CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – PERÍODO 1960-1970	48
O Instituto de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Ceará – IMEP	48
Centro de saúde: modelo e formação articulada universidade–serviços-comunidade...	57
O Departamento de Higiene e Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFC: Reforma Curricular da Faculdade de Medicina da UFC - 1960	64
CAPÍTULO 6: CONSTITUIÇÃO HISTÓRICO-INSTITUCIONAL DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA NA UFC – PERÍODO 1970-1990.....	79
O DSC e os projetos de Medicina/Saúde comunitária	86
O Projeto Pacatuba.....	86
O Projeto das parceiras leigas (depois Programa de Ações Integradas de Saúde - PROAIS)	90
O Programa Integrado da Comunidade (PIESC) / Ambulatório Integrado de Pediatria	93
A Medicina Social no DSC	100
O Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva: reforma sanitária e articulação com o SUS	108
NESC e DSC: disputas, integração.....	116
CAPÍTULO 7: CONSTITUIÇÃO HISTÓRICO-INSTITUCIONAL DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA NA UFC – PERÍODO 1990-2020.....	121
O cenário da formação em Saúde Coletiva na UFC: a graduação em Saúde Coletiva	121
O cenário da formação em Saúde coletiva na UFC: a pós-graduação em Saúde Pública	128
O novo DSC e a pós-graduação em Saúde Pública na UFC: antecedentes e a (re)criação do atual DSC.....	128

Primeiro passo para a pós-graduação em Saúde Coletiva: o mestrado em Saúde Pública da UFC.....	132
Condições de possibilidade e as estratégias de criação do Mestrado em Saúde Pública da UFC.....	134
Os dois passos à frente para o doutorado.....	139
Impactos do percurso na constituição das linhas de pesquisa do PPGSC-UFC	142
CAPÍTULO 8: OS TRÊS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SP/SC DO CEARÁ EM INTERFACE	148
Garimpendo a produção acadêmica e encontrando as inconsistências.....	154
A produção acadêmica em evidência: o desempenho dos programas de pós-graduação em SP/SC do Ceará em interface.....	158
Semelhanças e diferenças dos programas de pós-graduação em SP/SC do Ceará em 25 anos	166
Os orientadores dos programas de pós-graduação em SP/SC do Ceará em 25 anos.....	181
Alunos, produção e currículo na pós-graduação em SP/SC do Ceará em 25 anos.....	201
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	219
REFERÊNCIAS.....	221
APÊNDICES	231
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	232
APÊNDICE B - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará: o PPSAC-UECE	234
APÊNDICE C - O programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza: uma ênfase na promoção da saúde.....	240
APÊNDICE D - TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS	246

Ingressei no campo da Saúde Coletiva em busca de formação e novos conhecimentos. Nessa ocasião, não tinha ainda a devida noção da larga abrangência dos propósitos desse campo. Tudo aconteceu como que num mergulho em águas turvas de profundidade desconhecida: carregado de receios. Mas, as águas foram naturalmente ficando mais claras (apesar de cada vez mais densas e profundas), tanto que, desapercivelmente encontrei o que tanto procurava. Vi-me fisioterapeuta em Saúde Coletiva na militância, na prática profissional e na docência. Uma imensidão de possibilidades em um coração que desejava, desde o começo, ser mais que o óbvio, ver mais que a doença e atuar para além da rotina de trabalho.

Neste percurso, a pós-graduação e a atuação profissional se constituíram um caminho natural: a especialização *latu sensu* em Saúde Pública, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, o Mestrado em Saúde Pública, as atividades de tutoria na Escola de Saúde Pública do Ceará, as viagens e aulas práticas em Quixadá-CE, as aventuras pelos serviços de saúde da grande Fortaleza, a docência de núcleo, de campo e interprofissional. Tudo como componentes de uma sincrônica engrenagem invisível que me impulsionou até aqui.

Cheguei ao doutorado sem grandes pretensões, com um anteprojeto que, embora construído com afínco e dedicação, atendia mais às demandas do processo seletivo que às minhas inquietações científicas. Hoje sei que aqui se impunham a mim as regras de ingresso nesse campo, cujos arranjos só vim compreender criticamente depois da leitura de Bourdieu (BOURDIEU, 2003). E qual leitura que me retirou da ingenuidade! Mas, deixarei as teorizações para depois e retomarei minha narrativa existencial contando-vos que, depois de aprovada no árduo processo seletivo, fui confiada aos cuidados acadêmicos do Professor Ricardo Pontes. Aqui, mais do que um novo grau de formação acadêmica, encontrei a liberdade de constituir-me pesquisadora de fato, ainda com o suporte de um mestre, mas imbuída de toda a responsabilidade científica que o título de doutoranda outorga.

Por onde ir com tal liberdade? As indefinições iniciais deram espaço a muitas conversas entre orientanda e orientador. Ao mesmo tempo, as disciplinas ofertadas pelo Programa de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará (UFC) foram subsídios essenciais para o devido amadurecimento e delimitação do almejado objeto de pesquisa. Destaco a disciplina “O Campo da Saúde Coletiva”, ministrada pela Professora Maria Lúcia Bosi em agradáveis tardes de ricos debates. As angústias de

definição de um objeto aquietaram-se e calaram-se de uma vez por todas com o convite do querido orientador: “*Gisele, que tal estudarmos o campo da Saúde Coletiva no Ceará?*”. A partir dessa preciosa e direcionada orientação, vislumbramos o alicerce de minha tese de doutorado. O coração calou. Quando isso acontece, o espírito aquieta-se. Há, conseqüentemente, um caminho. Escolhi-o. Tinha um protagonista da história comigo [meu orientador²], os questionamentos de pesquisa geradas pela leitura bourdieuniana e um grande desafio pela frente.

No novo caminho, afloraram, então, como era de se esperar, inúmeras e inquietantes perguntas. Como se deu a constituição do campo da Saúde Coletiva na UFC na perspectiva dos protagonistas dessa construção histórica? Que relações de força se interpuseram nesse processo? Como os fatos históricos institucionais relacionam-se com as análises que os próprios sujeitos fazem dessa história? Quais as repercussões desse processo institucional sobre o modo como são estruturadas atualmente as instâncias representativas da Saúde Coletiva nas instituições de ensino? Quais desafios se apresentam à estruturação desse campo? Quais foram eles? Foram semelhantes ou divergentes aos enfrentados em outras realidades institucionais (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2017; VIEIRA-DA-SILVA, 2015)? Ou será que aquilo que chamamos de campo é apenas um “*espaço, quase campo, ainda não constituído*” (VIEIRA-DA-SILVA, 2015)? Quais as peculiaridades do processo cearense de constituição desse campo? E como se estrutura e organiza esse campo atualmente?

Em tempos sombrios, de ataques políticos e ideológicos constantes ao que acreditamos e construímos, contar essa história me parece tarefa das mais nobres. Por isso, aqui, proponho-me a superar a historiografia tradicional dominante. Quero poder contar a história do vencedor e do vencido, do que permaneceu e daquilo que a história dominante conduziu ao ostracismo. Quero buscar a ciência a partir das narrativas do passado, mas com vistas à construção do futuro. Em especial, como cearense orgulhosa de minha origem, quero contribuir com uma análise das especificidades regionais de conformação da Saúde Coletiva em minha terra, tendo a UFC como referência. Resgatar essa memória tem ainda um valor simbólico mais significativo diante do fato de, em 2019,

² Que, por sinal, foi o último a me contar sua versão da história. Como ele mesmo me falava, deixou que eu construísse minha própria narrativa para só depois me explicar sua perspectiva sobre os fatos, processos e acontecimentos.

o programa de pós-graduação em Saúde Coletiva do Ceará terem completando 25 anos de existência.

O primeiro passo seguido, então, foi realizar minhas escavações “genealógicas” iniciais na história documentada sobre o tema no Ceará. Nessa etapa basilar, deparei-me apenas com o pioneiro livro intitulado “Saúde & Poder: uma história das instituições de saúde pública do estado do Ceará”³ (BARBOSA, 2017), um artigo de Barreto e colaboradores sobre a Reforma Sanitária cearense (BARRETO; ANDRADE; MOREIRA; COSTA *et al.*, 2011), a revisão sobre a história da Saúde Pública no Ceará (MONTESUMA; FÉ; GOMES; FERNANDES *et al.*, 2006), a dissertação de Francisco Monteiro⁴ (MONTEIRO, 1997) e um histórico da Pós-graduação em Saúde Pública publicado no site da UFC (UFC, 2017a).

O livro (BARBOSA, 2017) e os artigos (BARRETO; ANDRADE; MOREIRA; COSTA *et al.*, 2011; MONTESUMA; FÉ; GOMES; FERNANDES *et al.*, 2006) referidos anteriormente abordam essa história com foco preferencial sobre os serviços de saúde. O conteúdo do site da UFC preocupa-se com a cronologia dos eventos que constituíram o Departamento de Saúde Comunitária da UFC, sem, contudo, analisar as relações, as forças, as disputas e as influências dessa história, nem muito menos levar em consideração as trajetórias individuais das pessoas envolvidas. A dissertação (MONTEIRO, 1997), na minha perspectiva, representa um marco histórico, pois aborda em detalhes a criação e a experiência do Instituto de Medicina Preventiva (IMEP) da UFC, em 1959, no contexto do movimento preventivista internacional e brasileiro, da década dos anos 50 do século XX. Enquanto tal, por sua relevância histórica fundadora, constituirá um recorte histórico que nos servirá de substrato e fonte de pesquisa documental⁵ nesse trabalho.

Cada um desses referenciais cumpre seu propósito particular, mas nenhum deles responde completamente às inquietações intelectuais que havíamos traçado. Além do mais, as boas conversas durante as orientações e entrevistas de campo,

³ De autoria do professor Policarpo Barbosa.

⁴ Um conhecido militante pela Saúde Pública Cearense, mais conhecido como “Chico Passeata”.

⁵ Essa dissertação encontra-se disponível no acervo do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFC e será usado como fonte documental desta tese. Tanto o volume contendo a dissertação propriamente dita, quanto o volume anexo da dissertação de Francisco Monteiro com todas as entrevistas originais transcritas foram incluídos na análise proposta por este estudo com a autorização da Professora Dra. Helena Serra-Azul, viúva do autor.

privilegiadamente em companhia de testemunhas vivas dessa história, revelavam que havia muito mais acontecimentos além do que até então está escrito e publicado.

Sendo assim, observei a relativa escassez de estudos elaborados sobre a temática, reforçando a originalidade do objeto aqui delimitado.

A relevância deste trabalho inscreve-se na necessidade de reconstruir o movimento histórico da constituição da Saúde Coletiva na UFC e, por sua relevância institucional, também no Estado do Ceará.

A escolha dessa temática também está imbricada à compreensão teórica mais aprofundada do Campo da Saúde Coletiva e de alguns referenciais teóricos e metodológicos que serão melhor desenvolvidos nas seções a seguir.

A tese está estruturada em apresentação, objetivos e oito capítulos, sendo o primeiro dedicado ao percurso metodológico; o segundo, o terceiro e o quarto abordam o referencial teórico; e do quinto ao sétimo, os resultados.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Compreender o processo social, histórico e acadêmico de construção político-institucional do campo científico da Saúde Coletiva no Universidade Federal do Ceará.

Objetivos Específicos

- Conhecer a trajetória profissional e as narrativas dos atores chave da construção político-institucional do campo científico da Saúde Coletiva no Universidade Federal do Ceará;
- Relacionar os marcos históricos, documentais e políticos ao processo de constituição do campo científico da Saúde Coletiva no Ceará;
- Caracterizar o campo da Saúde Coletiva no Ceará quanto aos avanços, aos desafios e às transformações interpostos ao seu processo de construção político-institucional.

CAPÍTULO 1: METODOLOGIA

Tipo de Pesquisa

Realizou-se, conforme será detalhado na sequência, uma pesquisa qualitativa por meio de entrevistas abertas não estruturadas com informantes-chave, além de pesquisa complementar em fontes documentais (MERCADO; BOSI, 2004; MINAYO, 2010).

Trata-se de um estudo de caso que investigou o processo de construção político-institucional do campo da Saúde Coletiva na Universidade Federal Ceará a partir de narrativas e documentos. Para tanto, pautou-se em um tratamento compreensivo da realidade, permitindo que de todo o processo de pesquisa emergissem novos aspectos referentes à questão trabalhada (SERAPIONI, 2000).

Desenvolveu-se um estudo baseado na história oral e nas narrativas de história de vida institucional (LIMA, 2014). Ou seja, houve interesse explícito pelas experiências vivenciadas e pela compreensão do processo de significação dos fenômenos institucionais.

Fundamentação teórico-metodológica

A pesquisa qualitativa importa-se essencialmente com os aspectos interpretativos dos fenômenos, com a singularidade de cada dimensão da interpretação e com o vivenciado a partir do contexto social e histórico da realidade que está sendo investigada. Dessa forma, não se debruça sobre o objeto de estudo na busca de regularidades e generalizações, mas empenha-se por compreender a riqueza das diversidades e das diferenças. Uma vez que esta pesquisa adotou um objeto complexo e multidimensional, acreditamos que a investigação qualitativa complementa essencialmente a apreensão da realidade adotada como objeto deste estudo sobre a gênese social, histórica, política e acadêmica de um campo (MINAYO, 2010) (MERCADO; BOSI, 2004).

A investigação qualitativa exigiu da pesquisadora uma postura compreensiva que precisou ser exercitada antes mesmo do momento de coleta de informações. Desde a escolha do objeto e o delineamento metodológico, houve (e sempre haverá) uma interação

dinâmica entre o sujeito pesquisador, o objeto de estudo e a realidade onde ele está inserido. Além disso, a abordagem interpretativa constitui-se em um desafio, pois trata-se de uma dupla hermenêutica. Não interessa apenas uma interpretação do pesquisador sobre o cenário, mas uma identificação, por parte de quem pesquisa, da interpretação que passa pelos participantes investigados, incluindo-se aí aquilo que é manifestado diretamente e aquilo que é demonstrado de forma indireta na estadia em campo (DESLANDES; GOMES, 2004).

De acordo com as características da pesquisa qualitativa, para acessar efetivamente a realidade social e histórica, foi assumido um conjunto de regras e procedimentos rigorosos, desde a estruturação das técnicas de entrevista até o treinamento da postura e das atitudes do pesquisador em campo.

Além disso, na pesquisa qualitativa, faz-se imprescindível a apropriação acerca de um acurado instrumental teórico e metodológico, de tal forma que o contato com o campo de estudo e com os participantes investigados possibilite a aproximação implicada, mas também o distanciamento que abre as possibilidades de crítica (MINAYO, 2010).

A história oral e as narrativas de história de vida, escolhidas dentre as modalidades de abordagens qualitativas em pesquisa social para guiar este estudo, são consideradas abordagens etno-históricas que se aplicam à investigação da experiência humana em contextos específicos (MINAYO, 2010).

Durante boa parte do século XX, os relatos orais foram colocados em segundo plano, especialmente devido à supremacia atribuída às técnicas estatísticas e à dificuldade de registro fidedigno dos relatos, visto que o gravador e a fita cassete levaram um tempo para serem criados e difundidos para acesso geral. Com o desenvolvimento tecnológico, os pesquisadores retomaram o relato oral enquanto método investigativo, substituindo a preocupação de generalização dos dados pela implicação com o aprofundamento dos mesmos (LIMA, 2014).

“A narrativa convida para a interpretação de um passado que nos escapa e, como definiu Heródoto, convoca-nos para a luta contra o esquecimento e a produção de significado” (LIMA, 2014)p. 15). Ou seja, mais do que buscar o relato cronológico dos acontecimentos, as pesquisas de narrativas de história de vida dedicam-se a reconhecer os significados que os acontecimentos adquiriram no decorrer do tempo. Trata-se do

relato que um participante ou um grupo faz a cerca de sua existência através do tempo, em um processo de reconstrução dos acontecimentos (QUEIROZ, 1988).

Para Queiroz (QUEIROZ, 1988), a história oral deve empreender um esforço de registro, para posterior análise e arquivamento, de relatos sobre fatos que não foram registrados por outros modos de documentação, permitindo a reconstrução da história levando em consideração também os protagonistas que foram descartados da historiografia oficial, que muito baseia-se nas relações instituídas de poder e domínio social (MINAYO, 2010). Na perspectiva bourdieuniana de campo científico (BOURDIEU, 2003; 2004), essa possibilidade de ouvir as múltiplas versões da história, especialmente as versões não registradas em documentos oficiais, faz-se imprescindível para compreender a constituição do campo.

Além disso, ressalta-se, em consonância com vários autores (LIMA, 2014; MINAYO, 2010), que o participante da pesquisa não conta simplesmente sua história, mas imprime nela os significados por ele atribuídos e sua presente análise das situações vivenciadas. Minayo (MINAYO, 2010) afirma que “*o investigador nunca encontrará a verdade e, sim, a versão situada dos participantes nos episódios narrativos*” (p. 161). Apesar dessa transformação da experiência quando ela se torna memória, especialmente quando são eventos antigos e impactantes (MINAYO, 2010), não há impossibilidade de utilizarem-se as narrativas em pesquisa social. Precisa-se reconhecer que essas nuances existem, mas não invalidam a contribuição das narrativas para a investigação de determinados processos. Ou seja, a análise das narrativas precisa considerar essa evidente imbricação entre fatos objetivos, interpretações subjetivas e análises pessoais que emerge nos discursos registrados.

O objeto de estudo aqui adotado é exatamente um processo histórico de constituição de um campo. Segundo Minayo (MINAYO, 2010), “*a história de vida pode ser a melhor abordagem para se compreender o processo de socialização, emergência de um grupo, a estrutura organizacional, o nascimento e o declínio de uma relação social e as respostas situacionais a contingências cotidianas*” (p. 154). Ao passo em que as narrativas permitem que os participantes articulem a vivência individual com o contexto social, captando o que acontece na encruzilhada da vida individual com o social (QUEIROZ, 1988), elas possibilitam generalizações sociológicas, caracterização de determinado período histórico e a emergência de novos questionamentos (MINAYO, 2010).

Bourdieu et al (BOURDIEU; PASSERON; CHAMBOREDON, 1973) também aponta a história de vida como método importante para reconstrução da história de um grupo, uma vez que a investigação das peculiaridades individuais evidencia variantes do *habitus* de grupo, justificando, desta feita, a opção metodológica aqui tomada. A partir da história de vida, é possível também identificar a origem social dos sujeitos e as posições ocupadas por ele dentro do campo na perspectiva bourdieuniana (BOURDIEU, 2003). Pode-se, inclusive, identificar, pela narrativa, as estratégias (BOURDIEU, 2003; 2004) que ele utilizou para manutenção ou subversão dentro do campo científico. Como essa noção de campo, capital, *habitus* e estratégias não é, necessariamente, um processo consciente, acredita-se que a narrativa de história de vida tornou-se meio favorável para que tais aspectos aparecessem naturalmente a partir do ato de fazer memória do vivido.

O acesso às individualidades, por meio de narrativas de história de vida, conduziu ainda a uma visão crítica sobre a constituição do campo, a constituição dos participantes desse campo enquanto detentores de um *habitus* e, especialmente, sobre as normalizações impostas para ingresso e pertença ao campo da Saúde Coletiva (BOURDIEU, 2003; 2004).

Procedimentos metodológicos

Entrevistas abertas com informantes-chave

As entrevistas qualitativas abertas foram desenvolvidas junto aos atores institucionais ou informantes chave do processo de construção político-institucional do campo da Saúde Coletiva na UFC.

Foram incluídos como participantes os agentes considerados ou indicados como protagonistas das experiências históricas de estruturação do campo, tais como professores, estudantes, gestores e coordenadores. Foram incluídas 23 pessoas que participaram da constituição histórica do campo. Utilizamos o conceito de amostragem teórica, que é o processo de coleta de dados com o objetivo de procurar lugares, pessoas ou acontecimentos que potencializem a descoberta de variações entre conceitos e o adensamento das categorias, suas propriedades e dimensões, conforme as necessidades de informações que surgem ao longo da pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2002). Ao longo das entrevistas, sentiu-se a necessidade de incluir pessoas que atualmente estivessem na

coordenação dos programas do estado (tanto da UFC como das outras Instituições de Ensino Superior) e pudessem falar, em uma atual perspectiva de gestão, sobre a constituição do campo. Foram, então, incluídas mais duas pessoas, totalizando 25.

A quantidade de participantes incluídos foi definida pelo ponto de saturação do sentido (GASKELL, 2008). Ou seja, as entrevistas não estruturadas foram iniciadas sem uma determinação do número de participantes e, à medida que as narrativas não traziam novos elementos que se incorporem ao corpus de dados, elas foram encerradas (LIMA, 2014).

As entrevistas foram realizadas na perspectiva de narrativas de história de vida, focada na história de vida institucional, onde o pesquisador pode buscar, em documentos e outras fontes, informações sobre o participante que vai entrevistar. O currículo, a biografia, um memorial ou mesmo as produções técnicas e científicas desses participantes foram acessadas previamente para munir a pesquisadora de conhecimentos para a entrevista. A partir desse conhecimento prévio, a pesquisadora partiu para a entrevista (MOTTA, 2009; SANTOS, 2016). O objetivo da análise prévia desses documentos foi identificar e organizar um sistema de categorias, que guiaram a entrevista.

A entrevista não estruturada foi a principal estratégia utilizada para o trabalho de campo. A entrevista é uma conversa com finalidade (MINAYO, 2010). Diante do objeto do presente estudo, optamos pela modalidade aberta de entrevista, na qual o informante é solicitado a falar mais livremente sobre o assunto e a pesquisadora realizava apenas perguntas que direcionavam o discurso em busca de maior profundidade. Segundo Minayo (MINAYO, 2010), *“a entrevista aberta e não diretiva parece ser a melhor forma de começar a interação visando à narrativa de vida”* (p. 159).

A entrevista é um ato social e político que envolve duas ou mais pessoas. Para a realização das entrevistas, na pesquisa qualitativa, acredita-se que a interação positiva entre entrevistado e entrevistador é condição expressa do sucesso dessa técnica. Por isso, as entrevistas foram iniciadas com uma etapa de aquecimento, onde a pesquisadora buscava essa aproximação informal com o entrevistado, tornando o ambiente fluido, dialógico e afetivo. Muitas vezes a conversa foi iniciada por outra temática, reforçando os pontos em comum e as subjetividades envolvidas na entrevista. Em muitas situações, pude conhecer as casas, bibliotecas e locais de trabalho, em uma interessante jornada pela história da SC. Mas, antes da entrevista propriamente dita, era também compartilhado o objetivo da pesquisa e as similitudes que envolvem pesquisador e entrevistado no campo

da Saúde Coletiva, esclarecendo que ali se pretendia um momento de construção coletiva e, não apenas de simples extração de informações (MINAYO, 2010; MOTTA, 2009).

Motta (MOTTA, 2009), tomando como referencial as teorias de Walter Benjamin e Jacob Levy Moreno, descreve um modelo de entrevista que pode subsidiar a postura de investigação que aqui se adotou e o denomina de entrevista dialogal. Esta é uma conversa para a construção de uma narrativa que leva em consideração o fato de que rememorar perpassa uma reanálise da situação permeada pelas relações de força e poder existentes, bem como entende que a memória é sempre relacional, produzindo uma história da história e não a história em si.

Desta forma, na entrevista dialogal (MOTTA, 2009), assume-se o princípio de que não há um detentor do saber e um depositário, mas duas pessoas que estabelecem um diálogo para a construção de uma narrativa. Sendo assim, quem entrevista deve estudar sobre o tema, buscar informações sobre o entrevistado, reconhecer os critérios de escolha desse participante, ter clareza sobre o plano de pesquisa e ser capaz de dirigir a situação, demonstrando sempre interesse pelo tema e pelo outro. Ao mesmo tempo, o entrevistado é alguém que participou da história e tem algo que o outro precisa saber. Nesse cenário, a narrativa se constrói dessa relação dialética perpassada por saberes e poderes que não podem ser negados, mas podem ser canalizados para a produção de micropolíticas que gerem a narrativa.

Durante a entrevista, a pesquisadora estabeleceu um posicionamento de “*escuta atenta, mas não passiva*” (MINAYO, 2010)p. 159). Desse modo, a pesquisadora permitia-se a fazer intervenções e perguntas quando necessárias para esclarecimentos de contradições ou para aprofundamento de certos aspectos. Até mesmo as certezas do pesquisador eram transformadas em perguntas que norteavam a entrevista (MOTTA, 2009; SANTOS, 2016). No presente trabalho, foram estruturadas entrevistas no modelo de entrevistas dialogais.

O foco da conversa com esses atores foi reconhecer, a partir das histórias de vida relatadas, a contribuição individual de cada participante na constituição do campo. Um direcionamento geral para a entrevista foi: *como você encontrou o campo?; o que você fez?; e o que você deixa/deixou para o campo da Saúde Coletiva?*. Esse esquema funcionou como um fio condutor da conversa, mas não a limitou diretamente, nem engessou em uma ordem temporal a fala do entrevistado (MINAYO, 2010).

As entrevistas, após consentimento dos participantes, foram gravadas em um dispositivo eletrônico de áudio. Um dos participantes não aceitou a gravação, então as principais informações emergentes de sua fala foram registradas por escrito pela pesquisadora. Totalizaram-se cerca de 30 horas de gravação, que foram transcritas e analisadas. A transcrição das entrevistas foi feita *pari passu* à realização das mesmas, pois, a partir das entrevistas já finalizadas, é possível ter fundamentos para a seleção de novos interlocutores, complementação ou modificação dos questionamentos a serem feitos e triangulação de visões (MINAYO, 2010). Dentre as gravações das conferências na Semana da Saúde Coletiva, foram mais cerca de 7 horas de gravações, todavia essas não foram transcritas na íntegra, dada a repetição de informações.

Análise documental

Foi procedida também a análise documental (PIMENTEL, 2001). Foram levados em consideração documentos de registro das iniciativas empreitadas no campo, atas de reuniões, memoriais, biografias, currículos, pareceres, reportagens, conferências gravadas, documentários, etc. Pontua-se como importante o evento Semana da Saúde Coletiva, realizado pela UFC, em comemoração aos 25 anos do programa, em dezembro de 2019. Todas as conferências sobre a dimensão histórica do programa foram gravadas, transcritas e utilizadas na análise aqui proposta enquanto fontes documentais.

Também foram utilizadas como fonte de informações a transcrição das 12 entrevistas realizadas pelo pesquisador Francisco das Chagas Dias Monteiro em sua dissertação (MONTEIRO, 1997) que investigou a história do IMEP. Ele entrevistou protagonistas da história de constituição desse instituto que foi precursor do Departamento de Saúde Comunitária na UFC e, conseqüentemente, precursor do programa de Pós-graduação em Saúde Pública dessa instituição. A maioria dos entrevistados por Francisco Monteiro já faleceram ou, pelo processo próprio do envelhecimento e adoecimento, não tem mais condições de responder a uma entrevista. Entretanto, visto que todas as suas entrevistas estão publicadas nos anexos de sua dissertação, estas foram acessadas e analisadas, compondo o corpus desse trabalho e sendo incorporadas como fonte documental⁶.

⁶ A transcrição das entrevistas conta em um volume anexo da dissertação disponível no acervo da biblioteca do Centro de Ciências de Saúde da UFC, estando disponível para consulta pública. Além disso, foi solicitada e concedida, pela viúva do autor, autorização para utilizar tal material como fonte documental.

Na apresentação das narrativas, distinguiremos com o prefixo “e-” o que for entrevista, “c-” o que for originário de uma conferência proferida pelo informante, e “d-” o que for fonte documental relacionada a um determinado participante da pesquisa. Desse modo, acompanhadas dos prefixos, os informantes serão identificados por códigos aleatórios (INF 1, INF 2, INF 3, e assim sucessivamente). Já os demais documentos serão referenciados bibliograficamente conforme padrão ABNT.

Destaca-se a análise de alguns documentos: a) parecer elaborado pela coordenação do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da UFC como recurso à avaliação da CAPES, que resultou na mudança de nota para quesito 5; b) Relatórios Coleta CAPES 2018 da UFC; c) Histórico do programa de mestrado da UECE (enviado por e-mail); d) Carta de Dona Maristela à sociedade sobre a prisão de Professor Alencar; e) Memorial Professor Alencar; f) Memorial Francisco Monteiro (anexo à sua dissertação); g) Relatório do NESC, ano 1994; h) Documento de vinculação do NESC à reitoria; i) Documento de implementação do NESC; j) Memorial Professora Auxiliadora; k) Reportagens sobre Professora Auxiliadora; l) dissertação Inês Amaral.

Período do estudo

A coleta das informações qualitativas por meio das entrevistas aconteceu no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2020. A coleta das informações documentais aconteceu de setembro de 2018 a março de 2020.

Técnica de construção de informações

Os dados qualitativos tiveram a organização do processo interpretativo mediante três etapas: primeira, preparação e reunião dos dados; segunda, avaliação de sua qualidade e; terceira, elaboração de categorias de análise.

Para a análise, as entrevistas foram lidas e relidas tantas vezes quanto necessário, buscando reconstruir a trajetória individual de cada participante. Após leitura exaustiva, as informações foram classificadas entre experiências vividas, enfatizando quem, quando, onde e porque; e reflexões, que expressam os juízos e valores (LIMA, 2014). Nesta fase do estudo, as entrevistas foram sendo codificadas, considerado tanto o conteúdo manifesto quanto latente do material, uma vez que é necessário que a análise

não seja delimitada ao que está explícito, mas busque ir mais a fundo, com o intuito de desvelar mensagens implícitas, aspectos contraditórios e temas “silenciados”. Por isso, acredita-se que as entrelinhas das narrativas também tem muito a revelar sobre os acontecimentos investigados e, aqui, foram consideradas com atenção e relevância.

Após a codificação de todas as fontes de dados, foram construídas categorias teóricas, de acordo com os conceitos emergentes. A análise das informações, de modo triangulado entre análise das entrevistas, análise documental e pesquisa bibliográfica, foi ancorada no referencial teórico de Bourdieu.

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à plataforma Brasil para análise de seus aspectos éticos, tendo sido direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CEP-UFC) e aprovado sob parecer nº 3.172.908. Apenas após análise e aprovação pelo CEP, foram iniciadas as atividades de coleta de informações envolvendo seres humanos.

Além da aprovação do CEP-UFC, todo o processo de coleta de informação foi pactuado previamente com os atores chave selecionados e/ou indicados. Esse contato da pesquisadora teve o objetivo de explicar a pesquisa e verificar a disponibilidade dos mesmos aderirem à proposta. Após o consentimento verbal em participar da coleta dos dados, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). O preenchimento de tal termo garante a preservação dos aspectos éticos de pesquisa. Sendo assim, sua assinatura foi condição essencial para tomar parte do estudo. Duas entrevistas foram realizadas por chamada de vídeo e o TCLE foi enviado por correio eletrônico.

A pesquisa seguiu conforme os preceitos da Resolução n.º466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012): Autonomia – por meio do termo de consentimento livre e esclarecido que os participantes da pesquisa deverão assinar como garantia do cumprimento de todas as normas dessa resolução; Beneficência – uma vez que a pesquisa não oferecerá riscos aos participantes e, ao contrário, poderá contribuir para melhorias quanto à sua atuação profissional; Não-maleficência – todos os danos que possam ser evitados serão prevenidos; Justiça e

equidade – que se caracteriza por levar adiante uma investigação que tenha relevância para sociedade.

A pesquisa não trouxe diretamente nenhum risco, prejuízo, dano ou transtorno direto à saúde daqueles que dela participarem. Entretanto os participantes poderiam estar sujeitos a risco de constrangimentos ao relatarem suas experiências durante as entrevistas ou por estar sendo observados, constituindo-se riscos mínimos desta investigação. Todavia, garante-se que todas as informações obtidas foram utilizadas apenas para os fins da pesquisa. Vale ressaltar ainda que a participação foi voluntária e o participante poderia desistir a qualquer momento de sua participação e solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Outra possibilidade é que o participante optasse por omitir informações que possam lhe parecer constrangedoras informar. Essas escolhas dos participantes foram absolutamente respeitadas pela pesquisadora.

Por outro lado, devem-se ser ressaltados os benefícios dessa pesquisa. Acredita-se que a participação na pesquisa possibilitou melhor e mais ampla compreensão do processo social, histórico e acadêmico de construção político-institucional do campo da Saúde Coletiva na UFC. Os participantes da pesquisa são agentes que constituem esse campo, por isso, acredita-se que esse benefício, mesmo que indiretamente, será destinado também a eles.

CAPÍTULO 2: A CATEGORIA CAPITAL CIENTÍFICO E HABITUS EM BOURDIEU

Campo científico

Bourdieu (BOURDIEU, 2004) considera que a origem de um campo científico está na emergência de uma prática institucionalizada por meio da universidade, com a “*constituição de um grupo reconhecido como socialmente distinto e de uma identidade social, quer disciplinar, através da criação de associações científicas, quer profissional, através da criação de uma corporação*” (p. 73).

Uma característica de qualquer campo científico é o seu grau de autonomia, que tem que ver com a capacidade de as tensões internas serem relativamente independentes das forças externas (pressões). A autonomia tem relação com a liberdade para desenvolver sua própria necessidade, sua própria lógica, o seu próprio novo. Dessa feita, já se assume o campo científico e esse processo de autonomização como um espaço de construção social atravessado por relações de força que determinam monopólios, lutas, construção de estratégias, recompensas e busca da acumulação de “capital” (BOURDIEU, 2004).

Nesse aspecto, tudo giraria em torno da acumulação de capital científico e simbólico, sendo o autêntico campo científico uma estrutura própria e relativamente autônoma (GARCIA, 1996).

No campo científico, segundo Bourdieu (BOURDIEU, 2003), o monopólio do saber estaria revestido pela “*couraça da autoridade*” ou da competência científica, que se constitui no próprio capital⁷ social nesse campo.

Numa primeira aproximação, poderíamos atrelar a competência científica exclusivamente à competência técnica. Entretanto, no campo científico, não seria factível concretizar o reconhecimento da competência técnico-científica sem influências das complexas hierarquias atribuídas aos agentes ou às instituições inscritas no campo

⁷ Quando o autor se refere ao capital não restringe sua análise ao capital financeiro, mas ao capital simbólico, atrelado a status, poder, reconhecimento, títulos, etc. Todavia, vale ressaltar que em muitas situações esse capital simbólico também tem nuances monetárias, uma vez que o capital simbólico tem relação com disponibilidade/vantagem/aquisição de bolsas de estudos, financiamentos em pesquisas, etc. Mas não há uma supremacia desse ideal de lucro financeiro individual.

(BOURDIEU, 2003; 2004), por isso a análise de competência ficaria “influenciada” pela percepção social:

uma análise que tentasse isolar uma dimensão puramente ‘política’ nos conflitos pela dominação do campo científico seria tão falsa quanto o *parti pris* inverso, mais frequente, de somente considerar as determinações ‘puras’ e puramente intelectuais dos conflitos científicos (p. 124) (BOURDIEU, 2003).

Além disso, “*a estrutura do campo científico é sempre definida pelo estado da relação de forças entre os protagonistas das disputas, ou seja, pela estrutura de distribuição do capital específico (nas suas diferentes espécies) que puderem acumular ao longo das lutas anteriores*” (p. 84) (BOURDIEU, 2004).

Uma evidência disso é que aquele que tem autoridade científica e preocupa-se com a consolidação da estrutura do campo ocupa uma posição hierárquica que lhe permite definir a forma conveniente de jogar e as regras do jogo. Ou seja, detém os meios de produção e de valoração dentro do campo (BOURDIEU, 2003; 2004).

Quem possui reconhecida competência científica determina o valor dos produtos e dos produtores, engendrando um jogo de forças que busca definir o que é ciência. Definir ciência implica estabelecer quais objetos de estudo, problemas, métodos e teorias serão aceitos dentro do campo. Os dominantes

estão em posição de impor, geralmente sem nada fazer para isso, a representação da ciência mais favorável aos seus interesses, ou seja, uma forma conveniente, legítima, de jogar e as regras do jogo, portanto da participação no jogo. Estão comprometidos com a estrutura consolidada do campo e são os defensores habituais da ‘ciência norma’ do momento. Detém vantagens decisivas na competição, entre outras razões, porque constituem um ponto de referência reconhecido pelos seus concorrentes que, seja qual for o que façam ou queiram, são obrigados a tomar posições relativamente a eles, ativa ou passivamente (p. 55) (BOURDIEU, 2004).

O poder instituído atribui cientificidade a objetos desconhecidos ou a métodos diferentes daqueles que já se tem costume e expertise em utilizar na ciência “normal” (KUHN, 2011). Nas palavras de Bourdieu (BOURDIEU, 2003): “*os dominantes são aqueles que conseguem impor uma definição de ciência segundo a qual a realização mais perfeita consiste em ter, ser e fazer aquilo que eles têm, são e fazem*” (p. 128).

Ou seja, seria interesse do poder instituído a perpetuação de um modelo que lhes é favorável. Entretanto, é preciso compreender que muitas vezes essa intervenção do poder instituído no campo acontece “*mesmo sem nada fazer*” (BOURDIEU, 2004)(p. 63),

afinal “*o verdadeiro princípio das práticas científicas é um sistema de disposições base, em grande parte inconscientes, transponíveis, que tendem a generalizar-se*” (p. 63) (BOURDIEU, 2004). Há, mesmo na ciência, uma dimensão implícita, tácita, comunicada muito mais pelo exemplo que por preceitos detalhadamente claros.

Essa reprodução social, mesmo que não intencional, tem relação direta com a reflexão que aqui propomos sobre capital científico (BOURDIEU, 2004).

No que tange à competência científica, Bourdieu encontrou em seus estudos empíricos que qualquer pesquisador dependeria do grau de competência científica que lhe é atribuído pelos seus pares, inclusive para receber auxílio às suas investidas científicas. Afinal, o “*capital científico é produto do reconhecimento dos concorrentes*” (p. 80) (BOURDIEU, 2004).

A aceitação ou rejeição de uma experiência depende tanto do crédito atribuído à competência do cientista, como da força e do significado das provas de fundamentação científica. Nesse sentido, “*a circulação e o processo de consagração e de universalização dos trabalhos dependem das posições ocupadas na estrutura do campo pelos cientistas que fizeram esse trabalho*” (BOURDIEU, 2004) (p. 84).

Esse processo depende também do grau de reconhecimento do agente que lhe confere tal aclamação, bem como o capital temporal (ligado a cargos e instituições) influencia na distribuição do capital científico. Seja bolsa de estudos, financiamento de pesquisa ou a adesão de bons alunos, tudo isso depende da reputação do pesquisador (BOURDIEU, 2003; 2004). Dada essa configuração, “*o capital simbólico atrai capital simbólico: o campo científico dá crédito aos que já tem*” (p. 81) (BOURDIEU, 2004).

Todo esse cenário iria configurando diferentes parâmetros de distribuição do capital científico (BOURDIEU, 2003). O direcionamento que os pesquisadores assumem depende também da posição que eles ocupam. As forças constitutivas do campo científico são definidas pela distribuição de duas espécies de capital: o temporal (relacionado a cargos, burocracias e departamentos) e o científico (puramente baseado na produção intelectual). E até “*os juízos sobre as obras científicas são afetados pelo conhecimento da posição ocupada nas hierarquias sociais*” (p. 82) (BOURDIEU, 2004).

Aqueles que estão na condição de dominadores tendem a operacionalizar estratégias de conservação por meio da dominação dos meios de produção, do controle sobre a circulação de bens, da influência sobre os consumidores de bens (os estudantes) e da definição dos critérios de ingresso, pertença e veiculação de produtos no campo.

Dada tal posição dos dominantes, os dominados teriam duas opções a seguir: adotam estratégias de subversão ou de sucessão.

Para serem sucessores, os “novatos” inovadores no campo devem levar a cabo “*invenções segundo uma arte de inventar já inventada*” (p. 139) (BOURDIEU, 2003), ou seja, que só resolve o que pode colocar e só coloca o que pode resolver, em um ciclo de manutenção da hegemonia onde não haveria inovação.

A falta de inovação não seria um problema quando o objetivo principal seja acumular capital de modo a almejar pertença legítima e reconhecida ao campo. É modelando-se a linhas de pesquisas, metodologias estabelecidas e fatias de grandes projetos guarda-chuvas que se ingressa em campo científico estruturado.

Existe, sim, a possibilidade de não submissão a esses padrões. Entretanto, pesquisadores recém-chegados que não aceitam o ciclo de trocas de reconhecimento e abrem-se à possibilidade de crítica da ordem científica estabelecida e a elaboração de uma invenção herética não obtém lucro a curto prazo. Outrossim, para pelo menos iniciar uma prática científica subversiva, é preciso ter ingressado no campo com um mínimo de capital acumulado que permita a esse pesquisador ter acesso aos problemas e ao instrumental de produção de ciência. Em suma, “*a revolução científica não interessa aos mais desprovidos, mas aos que são, ao contrário, entre os novatos, os mais ricos cientificamente*” (p. 143) (BOURDIEU, 2003).

Existe um ciclo de rupturas cujo fim último é a continuidade, pois quem rompe já é parte do campo. Ou seja, até mesmo para ser inovador revolucionário dentro da ciência, tem que se dominar muito da tradição. “*Revolucionário é necessariamente alguém que tem capita [simbólico]!*” (p. 31) (BOURDIEU, 2004).

“*Os revolucionários [inovadores], em vez de se limitarem a jogar dentro dos limites do jogo tal como ele é [...] transformam o jogo e seus princípios*” (p. 90) (BOURDIEU, 2004). Mas é preciso estar no jogo e tomar posições capazes de mudar as rotinas estabelecidas.

As rupturas epistemológicas (BACHELARD, 1996) tem como efeito a transformação da hierarquia, uma mudança de ordem sobre o que é importante. “*As lutas no interior do campo são lutas para ser ou permanecer atual [...] aquele que introduz uma nova maneira legítima de fazer ciência subverte as relações de força e introduz o tempo*” (p. 91) (BOURDIEU, 2004).

Estando, pois, claro que os cientistas dependem de recursos científicos e financeiros para se estabelecerem no campo, parece evidente que

os critérios de avaliação estão permanentemente em jogo no campo e há sempre desentendimentos a propósito dos critérios que permitem regular os conflitos (controvérsias). O poder que os administradores científicos exercem sobre os campos, apesar de ser regulado por considerações científicas, está longe de ser regido estritamente por elas (sobretudo quando se trata de ciências sociais) e pode sempre apoiar-se nas divisões internas do campo (p. 83) (BOURDIEU, 2004).

Afinal, *“a verdade social é objetivo da prova de força e, portanto, é preciso estar em posição de força, nas revistas, editoras, etc., para ter socialmente razão sobre os adversários”* (p. 105) (BOURDIEU, 2004).

Desse modo, *“o conhecimento assenta não na evidência subjetiva de um indivíduo isolado, mas na experiência coletiva, regulada por norma de comunicação e argumentação”* (p. 102) (BOURDIEU, 2004). Essa dimensão coletiva configura o campo e este se estabelece, pois, um cenário onde o pesquisador (recém-chegado ou veterano, dominante ou dominado, em condições de vantagem ou desvantagem) sempre tem interesses simbólicos (BOURDIEU, 2004; GARCIA, 1996); e ele, *“consciente dos seus interesses simbólicos seria o expoente máximo do empresário capitalista, cujas ações são orientadas para a procura da maximização dos lucros”* (p. 46) (BOURDIEU, 2003).

Ou seja, o cientista investe em determinado objeto, método ou estratégia em vistas do que receberia como recompensa e essa busca incessante por visibilidade ultrapassaria, em muito, o interesse real em contribuição científica (BOURDIEU, 2004). Assim, para cada estratégia adotada no campo, haveria uma função científica, mas também uma função social, tantas vezes relacionada com o capital simbólico.

Ao mesmo tempo, evidencia-se que todo ingresso ou tensão dentro do campo derivaria desse câmbio de capital científico e simbólico. Entretanto, a quase invisibilidade dessa centralidade do capital simbólico reside no fato de que, na ciência, o próprio funcionamento do campo induziria a crença coletiva nos seus fundamentos.

Afinal, para se constituir enquanto campo, seria preciso firmar certos acordos sociais que abrem grande espaço ao previsível e fecham-se, quase que completamente, ao impensado, ao novo. Ou seja, existiria uma censura radical e invisível porque constitutiva do próprio campo (BOSI, 2012; BOURDIEU, 2003; 2004). Tudo isso tem que ver com o *habitus*.

A Categoria Habitus

Segundo Bourdieu define-se um *habitus* para cada campo, sendo ele o “sistema de disposições duráveis e socialmente constituídas que, incorporadas por um agente ou um conjunto de agentes, orientam e dão significado às suas ações e representações” (p. 65) (GARCIA, 1996). Adquirir esse *habitus* é consequência do conjunto de vivências e, especialmente, é fruto da enculturação gerada para entrada no campo.

A própria admissão de um agente no campo pressupõe alguns requisitos, explícitos ou implícitos, que estão relacionados à competência - já possuir certo “*capital científico incorporado*” (p. 74) - e à apetência - “*crença não só naquilo que está em jogo, mas também no próprio jogo, ou seja, no fato de o jogo valer a pena ser jogado*” (p. 74) (BOURDIEU, 2004)

De acordo com a *illusio* (apetência para pertencer ao campo), existe uma disposição parcialmente hereditária pautada no desinteresse pelo lucro. O modo de operar dentro do campo ultrapassa, tantas vezes, os níveis de consciência de seus agentes (BOURDIEU, 2004), portanto nem sempre o cálculo de lucro potencial e o interesse no acúmulo de capital são consciente ou objetivamente propositais.

Há uma espécie de ambiguidade estrutural do campo científico (e do capital simbólico), que poderia ser o princípio objetivo da ambivalência dos cientistas [...] a instituição que valoriza a prioridade (ou seja, a apropriação simbólica), valoriza também o desinteresse e a ‘dedicação desinteressada ao avanço do conhecimento’ (p. 77) (BOURDIEU, 2004).

No campo científico, a aquisição do reconhecimento e lucro aconteceria na perspectiva do modelo de dádivas, como um ato generoso sem interesse em contrapartidas.

Como afirma Bourdieu (BOURDIEU, 2004), “*a procura do reconhecimento é sempre, categoricamente, em nome do ideal do desinteresse lucrativo*” (p. 78). Dessa forma, a procura dos lucros muitas vezes é um processo inconsciente. Desta feita, essa primazia de motivações entre um aspecto ou outro não se expressa conscientemente nos agentes do campo. E “*a ciência avança, em grande parte, porque se acredita e se faz acreditar que ela avança como dizemos que avança*” (p. 108) (BOURDIEU, 2004).

Sendo assim, pautados no *habitus*, na *illusio* e buscando alcançar seus interesses, os pesquisadores desenvolvem estratégias com base no cálculo da taxa média de lucro (BOURDIEU, 2003; 2004). “*De forma geral, a competência do cientista é, em*

grande parte, composta por uma série de rotinas, a maioria delas manuais – [...] – que exigem destreza e envolvem instrumentos delicados” (p. 60) (BOURDIEU, 2004).

O sociólogo francês continua, no mesmo texto, afirmando que

não se age de acordo com um método, tal como não se segue uma regra, por um ato psicológico de adesão consciente, mas essencialmente deixando-se levar por um sentido do científico que se adquire pela experiência prolongada do jogo científico tanto com suas regularidades como com suas regras (p. 62) (BOURDIEU, 2004).

Por outro lado, o que se espera de lucro tem a ver com as estruturas do campo e com a concorrência estabelecida. Por isso, as estratégias não são apenas científicas, mas essencialmente, sociais, sendo definidas e redefinidas ao passo que se configuram e reconfiguram as relações de força e dominação entre os agentes da luta interna ao campo.

As consequências da luta vão determinando diferentes parâmetros de distribuição do capital científico (BOURDIEU, 2003). Todavia todo esse processo seria permeado pela noção de “*dedicação desinteressada ao avanço do conhecimento*” (p.77) (BOURDIEU, 2004), sem que haja uma intencionalidade perversa nessas opções. Faz parte da apetência ao campo a crença nesses fundamentos e acordos sociais internos, tornando tensões ocasionadas pela busca de capital quase que invisíveis.

Esses acordos iniciam-se desde a seleção social e escolar dos pesquisadores, e alcançam também o processo formativo dos mesmos, que é, em tudo, atravessado pelas exigências de visibilidade, que estão imputadas ao acesso a instrumentos de pesquisa e publicação, cujo controle é extremamente dominado pela perspectiva hegemônica (BOURDIEU, 2003).

Por outro lado, Bourdieu (BOURDIEU, 2004) afirma que a teorização sobre campo científico “*opõe-se à visão muito parcial de vida científica como guerra*” (p. 68), assim “*os investigadores, tal como artistas e escritores, estão unidos pelas lutas que os opõem*” (p. 68). Nesse sentido, campos mais antigos, com mais recursos acumulados, tendem à homogeneidade; enquanto que campos mais recentes, com ainda poucos recursos reunidos, caracterizam-se predominantemente como heterogêneos (BOURDIEU, 2003).

Diante de tudo isso, sobressai o entendimento da Saúde Coletiva como um campo heterogêneo.

Esse trabalho abre-nos a uma importante reflexão que só pode ser levada a cabo por agentes do próprio campo científico em uma postura de criticar o próprio *habitus* (BOURDIEU, 2004).

Para Bourdieu et al (BOURDIEU; PASSERON; CHAMBOREDON, 1973), uma legítima investigação do campo deve se propor a analisar o campo da obra, o campo dos produtores e, especialmente, as relações intercampos.

Acreditamos que isso somente será operacionalizado com a revisita às práticas, atitudes e aos conceitos, bem como retomando sempre os princípios originários e constituintes desse campo.

CAPÍTULO 3: UMA BREVE REVISÃO DA HISTÓRIA DE CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

A Saúde Coletiva (SC), no Brasil, teve seus movimentos precursores próprios nos anos 1950, mas, oficialmente, esse termo foi consagrado apenas na década de 70, especialmente com a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) - hoje denominada Associação Brasileira de Saúde Coletiva, depois da criação da graduação em SC e da ampliação do ensino em SC para além da área de pós-graduação (ABRASCO, 2017; MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018; OSMO; SCHRAIBER, 2015).

A SC é considerada uma “formação discursiva” originariamente brasileira, constituindo-se, inclusive, um neologismo sem equivalentes internacionais. (NUNES, 2009; VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014)

As influências que a antecedem remontam a movimentos de crítica ao modelo de formação e assistência médica originados nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa, em meados do século XX, trazidos ao Brasil por acordos financiados por organismos internacionais (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018; VIEIRA-DA-SILVA, 2015; VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014). Posteriormente, tais movimentos e acordos foram revisitados criticamente pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2017), sendo estabelecida uma releitura a partir dos referencial teórico do materialismo histórico (ANDRADE, 2013).

Esses movimentos internacionais encontraram no Brasil uma estrutura de serviços de assistência médico-sanitária já consolidados em alguma medida, que constituíam a Saúde Pública brasileira, caracterizada pelo modelo de dependência e subordinação ao desenvolvimento científico e econômico nacional.

Alguns autores defendem que a constituição da SC enquanto campo apresenta três raízes principais, mais ou menos articuladas entre si, que denominaremos raízes discursivas, quais sejam, a raiz discursiva preventivista, a raiz discursiva da medicina comunitária/saúde comunitária e a raiz discursiva da Medicina Social (OSMO; SCHRAIBER, 2015; VIEIRA-DA-SILVA, 2015; VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Medicina Preventiva

Arouca (AROUCA, 2003), um dos brasileiro que protagonizou a produção intelectual no campo da SC, definia Medicina Preventiva como

o estudo da dinâmica do processo saúde-doença nas populações, suas relações com a estrutura da atenção médica, bem como das relações de ambas com o sistema social global, visando a transformação dessas relações para a obtenção dentro dos conhecimentos atuais, de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar das populações (p. 149).

O preventivismo origina-se com a crise do modelo médico vigente nos EUA na primeira metade do século XX. A assistência extremamente especializada e fragmentada, cuja operacionalização é atribuída, por alguns autores, às diretrizes propostas por Flexner para a medicina científica moderna, estava gerando altos custos ao sistema e baixa resolutividade, sobretudo frente ao aumento da prevalência de doenças crônicas e degenerativas na população (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018; VIEIRA-DASILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014)).

A partir de tais premissas, surgiram novas propostas de mudança no ensino em Medicina, incorporando a prevenção como via de atuação dos futuros médicos. Criava-se a doutrina preventivista, que passou a orientar os currículos norte-americanos e foi trazida ao Brasil e a outros países da América Latina sob financiamento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (OSMO; SCHRAIBER, 2015; VIEIRA-DASILVA, 2015) na segunda metade da década de 1950.

O desenvolvimento da Medicina Preventiva aconteceu em 2 fases. Inicialmente, logo após a primeira guerra mundial, com a reforma dos currículos médicos. Sendo a segunda fase estabelecida com a realização dos Seminários Internacionais sobre Medicina Preventiva (AROUCA, 2003).

Segundo Mota e colaboradores (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2017), ficou conhecido como Medicina Integral o movimento que fomentou a inclusão da Medicina Preventiva no currículo básico do curso de graduação para médicos. Eram propostas desse movimento:

uma maior coordenação horizontal e vertical das disciplinas já existentes no currículo médico, enquanto forma de ‘integração’ dos campos parcelares do conhecimento médico; e a introdução, ou destaque, para disciplinas consideradas estratégicas nesse sentido: as Ciências Sociais, entendidas, sobretudo, como Ciências do Comportamento; a Epidemiologia, e a Bioestatística. Esses

direcionamentos e conteúdos disciplinares, acrescidos de novas estratégias pedagógicas (como ensino fora do espaço hospitalar, contato precoce com os pacientes em seu ambiente comunitário, trabalho com indivíduos sãos, entre outras), foram apontadas como formas de prática educativa capazes de auxiliar a conformação de uma visão global do indivíduo (p. 6) (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2017).

Essas ideias se espalharam nos EUA e Canadá e, posteriormente, chegaram também à América Latina, incluindo o Brasil. Para tanto, foram criados os Departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas, sendo estes os responsáveis acadêmico-institucionais pela adição e condução de disciplinas que ampliavam a noção de saúde e pela promoção do ensino e da atuação para além do ambiente hospitalar (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018; NUNES, 2009; VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014). Segundo os mesmos autores, em meados dos anos 1960, o projeto preventivista já era realidade em muitas escolas médicas brasileiras. Por sua vez, a Reforma Universitária, em 1968, intensificou essa expansão também por meio da pós-graduação (NOVAES; WERNECK; CESSÉ; GOLDBAUM *et al.*, 2018; VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Os Departamentos de Medicina Preventiva incorporaram, além da Medicina Preventiva, disciplinas como Epidemiologia, medicina quantitativa, organização e administração dos serviços de saúde, ciências da conduta (incluindo Sociologia, Antropologia e Psicologia Social) no ensino médico, buscando uma aproximação da saúde com o social e a diversificação dos cenários de práticas, proporcionando aos estudantes contato não apenas com indivíduos doentes, mas também com pessoas saudáveis e inseridas em seu contexto cotidiano de vida (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014). Todo esse processo foi financiado pela OPAS, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e pelas fundações Kellogg, Rockefeller e Milbank (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018; VIEIRA-DA-SILVA, 2015)

A “*Medicina Preventiva funcionou como um centro polarizador de disciplinas não tradicionais dentro da escola médica*” (p. 22) (AROUCA, 2003). Por isso, não pode ser confundida simplesmente com a adoção de uma conduta preventiva. Trata-se de um “*lugar institucional que gera um novo discurso no interior da Medicina, visando a transformação de sua prática [...] através da transformação do ensino médico*” (p. 22) (AROUCA, 2003).

Tecnicamente, poderíamos pensar Medicina Preventiva como a ciência de prevenir doenças no homem, mas, na escola médica, representa mais que profilaxia,

envolve o desenvolvimento de uma atitude que permeia todo trabalho médico, originando, pois, também novo espaço de produção de conhecimento (AROUCA, 2003).

Ao passo em que não se trata de uma ação puramente técnica, instaura processos de reflexão e crítica a depender do contexto de sua inserção. “*A medicina Preventiva assume assim a forma de movimento social que, a partir dos seminários e congressos espraia-se em uma rede*” (p. 93) (AROUCA, 2003).

Todavia, a medida em que se organiza como uma “reforma do ensino” a ser exportada, evidencia uma “*contradição entre as representações preventivista sobre o real e as reais condições de existência das populações latino-americanas e de seus serviços de saúde*” (p. 99) (AROUCA, 2003). Criada no contexto dos EUA, a Medicina Preventiva se universaliza para outras realidades sociais, mas exporta seus limites internos. Ou, nas palavras de Arouca:

a Medicina Preventiva caracterizou-se como um movimento ideológico que procurava transformar as representações sobre a prática médica, sem, contudo, procurar ser um movimento político que realmente transformasse essa prática. Desta forma, seu discurso mantinha uma relação de organicidade com o movimento histórico vivido pela sociedade norte-americana, representando uma leitura civil e liberal dos problemas de saúde (p. 97) (AROUCA, 2003).

Na América Latina, ao institucionalizar-se, em aproximação com o Estado em moldes apologéticos e tecnocráticos, enfrenta, pois, muitas críticas e demonstra suas fragilidades em responder às necessidades de saúde da população e à precária e tradicional organização dos serviços de saúde.

Medicina Comunitária

A segunda raiz discursiva constitui-se como a Medicina Comunitária. Com surgimento nos EUA na década 1960, as concepções e práticas da Medicina Comunitária foram introduzidas também na América Latina.

Esta formação discursiva dirigia-se, sobretudo, a responder à situação de baixa cobertura dos serviços de saúde, principalmente em regiões rurais ou periféricas. Ela estava envolvida com as discussões sobre direitos humanos e sociais, ampliando o objeto de intervenção, extrapolando a educação médica e atingindo a prática médica. O que representou uma maior intervenção estatal (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

Um dos saldos da chegada da Medicina Comunitária ao Brasil foi a implantação de Centros comunitários de saúde que ofertavam cuidados básicos e

viabilizavam, na prática profissional, a sua articulação com o ideário preventivista (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2017; OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Tanto a Medicina Preventiva como a Medicina Comunitária chegaram ao Brasil quase que contemporaneamente, incentivadas e promovidas ambas pelos organismos sanitários internacionais, como movimentos de renovação da prática médica e sanitária, especialmente incentivando e financiado a formação de lideranças dentro do campo, a partir da concessão de bolsas de estudo a brasileiros para cursar especialização no exterior, voltadas para a temática preventivista ou comunitária (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2017; 2018; OSMO; SCHRAIBER, 2015; VIEIRA-DA-SILVA, 2015).

Crítico dessas formações discursivas importadas, particularmente do ideário preventivista, Arouca considera que modelos ideológicos originários dos EUA, através dessas reforma internas ao ensino ou às práticas assistências médicas de forma restrita, mantinham os ideais liberais e individualistas, típicos desse país, sem possibilidades de alterações estruturais profundas no Brasil (AROUCA, 2003).

Ou seja, implantava-se uma prática preventivista e ou comunitária , *“porém deixando intocada a hegemonia social da assistência médica convencional”* (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2017).

Por consequência, a simples inclusão de uma disciplina ou a criação de um serviço de extensão de cobertura, sem uma mudança mais ampla no modelo de ensino e na perspectiva de atuação profissional, não promoveria as transformações necessárias à mudança global do sistema de ensino ou de saúde no país (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Medicina Social

A terceira raiz discursiva fundadora da Saúde Coletiva constitui-se na denominada Medicina Social, enraizada na valorização da dimensão social do processo saúde-doença-cuidado. Apesar do cenário desfavorável, no final dos anos 1960 e início dos anos 1970, emergiu na América Latina uma corrente de crítica ao modelo biomédico reducionista hegemônico, constituindo o que se denominou de raiz da Medicina Social (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2017; 2018; OSMO; SCHRAIBER, 2015; SCHRAIBER, 2017; VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Apesar da raiz da medicina social ter chegado com força ao Brasil somente nesse período, segundo Foucault, as origens da Medicina Social na Europa datam do século XIX, onde o processo de industrialização concebeu a “saúde” dos trabalhadores como essencial ao enriquecimento do Estado e conferiu à gestão estatal a manutenção da força de trabalho ativa e não doente. No modelo europeu analisado por Foucault, por conta dos interesses econômicos do desenvolvimento industrial, o processo saúde-doença passou a ser alvo da intervenção pública. Na Alemanha, constituiu-se a denominada polícia médica, que se caracteriza como uma Medicina de Estado. Na França, o processo de urbanização demandou a criação de uma denominada Medicina Urbana. Na Inglaterra, a Aritmética Médica, denominada por Foucault como Medicina da força de trabalho, culminou com o relatório Chadwick e várias proposições para estruturação de uma Saúde Pública (FOUCAULT, 2016; VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

A noção de medicina social surge, portanto, com as contradições próprias do capitalismo. Ou seja, foi com o capitalismo que abriram-se as exigências por uma medicina coletiva (FOUCAULT, 2016; NOGUEIRA; BOSI, 2017; NUNES, 2009).

Rosen, percorrendo outra linha de análise própria, também considera que as mudanças sociais e econômicas europeias, especialmente devidas à industrialização e à urbanização, demandaram atenção estatal às questões sanitárias no século XIX. O aprofundamento destas perspectivas abriu espaço para a emergência da Medicina Social, concebendo a ciência médica como uma ciência social, dado seu objeto de trabalho e sua intervenção serem essencialmente sociais (ROSEN, 1994).

Entretanto, com a revolução científica gerada pelas descobertas bacteriológicas de Pasteur e Robert Koch entre outros, a ênfase biomédica na compreensão da doença e nas intervenções técnicas e farmacológicas curativa prevaleceu como modelo dominante até o final do século XIX, tornando o revolucionário da Medicina Social um ideário secundário. Até porque, com a derrota dos movimentos políticos revolucionários da segunda metade do século XIX, a Medicina Social, que compunha sua visão de mundo no que se refere aos determinantes sociais do processo saúde-doença, tornou-se um movimento residual e limitado a poucos seguidores (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

O ressurgimento do ideário da Medicina Social na segunda metade do século XX, a partir do agitado período político dos anos 60 nas américas (a guerra fria e a Revolução Cubana), recolocou em pauta, com força, a discussão sobre a determinação social do processo saúde doença e o objetivo de acesso universal aos serviços de saúde.

Posteriormente, nos anos 70, por meio da Organização Mundial da Saúde, foram incorporados e ampliados muitos dos princípios da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária/Saúde Comunitária, nos documentos proponentes do Plano “Saúde para todos no ano 2000”, destinados à Conferência Internacional de Saúde, realizada em Alma-Ata, 1979 (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2017).

O Brasil, por sua vez, nesse período, vivia a crise do projeto de saúde pública desenvolvimentista⁸ concomitante a um momento político marcado pela repressão política. Nos anos 1970, se expandiram as produtivas discussões sobre os princípios da Medicina Social no Brasil (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Nesse contexto, os departamentos de Medicina Preventiva, as Escolas de Saúde Pública e os cursos de Pós-graduação em Saúde Pública, Medicina Preventiva, Comunitária ou Social foram palco da produção científica da Medicina Social brasileira, bem como do engajamento de seus protagonistas em movimentos sociais (VIEIRA-DASILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Um marco importante foi a conferência de Michel Foucault sobre as origens da Medicina Social no Rio de Janeiro (FRAZÃO, 2015; OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Em 1974, houve a criação do primeiro curso de pós-graduação em Medicina Social no Rio de Janeiro, formando recursos humanos especializados nessa corrente.

Os referenciais de Donnangelo, Juan Cezar Garcia, Laurell, Breilh e Arouca, por exemplo, passaram a ser estudados e difundidos nos departamentos de Medicina Preventiva e Social (NOVAES; WERNECK; CESSE; GOLDBAUM *et al.*, 2018; NUNES, 2009).

O processo histórico aqui estudado, sobre as raízes da Saúde Coletiva, situa o nascimento desse campo científico articulado às instituições acadêmicas vinculadas à graduação e à pós-graduação em Medicina, uma vez que suas raízes discursivas surgiram e se constituíram, tanto acadêmica como politicamente, no interior das escolas médicas, articuladas às lideranças e aos intelectuais orgânicos nucleados nestas instituições. Com o correr da história, ocorreu a ampliação e difusão dessa formação, princípios e militância

⁸ Segundo Osmo e Schraiber (OSMO; SCHRAIBER, 2015)), nesse período “*assistia-se à crise do modelo de saúde pública desenvolvimentista, que havia postulado que um dos efeitos do crescimento econômico seria a melhora das condições de saúde. Isso é particularmente válido para o Brasil do período, que, apesar de passar por um momento de crescimento econômico, não via resultados disso refletidos nas condições de vida de sua população*” (p. 211).

para todas as demais áreas e categorias em saúde. A compreensão dessa origem e do movimento social processual a ele inerente nos ajudará a compreender historicamente os caminhos seguidos por esse movimento constitutivo da Saúde Coletiva Brasileira, na direção da Reforma Sanitária Brasileira.

Saúde Coletiva e a Reforma Sanitária Brasileira

Em 1976, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), cujo principal propósito era a luta pela democratização da saúde e do país, tendo papel fundamental na socialização da produção científica e técnica do que viria a se constituir no campo da Saúde Coletiva. Some-se a isso o fato de que, em 1978, também se propagou mundialmente a noção de direito à saúde e de Cuidados Primários em Saúde por meio da Conferência de Alma-Ata. Em 1979, foi criada a ABRASCO, que reuniu docentes, pesquisadores e trabalhadores da saúde, instituindo formalmente o Campo da Saúde Coletiva. Todo esse processo veio a compor e impulsionar diretamente o movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Os departamentos de Medicina Preventiva e Social, as escolas de saúde pública (ou equivalentes) e os intelectuais do CEBES e da ABRASCO foram fundamentais para formulação dos princípios da Reforma Sanitária ao passo em que promoveram a reorganização do modelo assistencial e também constituíram na militância política a Saúde Coletiva enquanto campo de reflexão e ação (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2017; NUNES, 2009; OSMO; SCHRAIBER, 2015; VIEIRA-DA-SILVA, 2015).

É importante salientar que o ideário da Medicina Social rompia também, segundo alguns autores, com a concepção da Saúde Pública tradicional - que estava muito embasada em uma assistência individual e biologicista – delimitando mais ainda a abrangência do campo (NOGUEIRA; BOSI, 2017).

Nesse período, as lideranças do Movimento Sanitário assumem legitimamente as influências da Medicina Social, autorizando algumas críticas à Medicina Preventiva, à Medicina Comunitária e à Saúde Pública institucionalizada (OSMO; SCHRAIBER, 2015; VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Há uma ruptura epistemológica (BACHELARD, 1996), sendo uma das evidências dessa relação (NUNES, 2009) a retomada que o movimento de RSB fez dos

três princípios fundantes da Medicina Social durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que foi marco histórico e político desse processo:

- 1) a saúde das pessoas como um assunto de interesse societário e a obrigação da sociedade de proteger e assegurar a saúde de seus membros; 2) que as condições sociais e econômicas tem um impacto crucial sobre a saúde e a doença e estas devem ser estudadas cientificamente; 3) que as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais quanto médicas (p. 20).

Considera-se que a constituição do campo de conhecimento da SC e a luta pela democratização do Brasil foram movimentos articulados, segundo Osmo e Scharaiber (OSMO; SCHRAIBER, 2015). Os mesmos autores afirmam que “*se gesta o campo em plena década de turbulências sociais e movimentos reivindicatórios*” (p. 212).

“*Nos anos 70, a abordagem teórica do materialismo histórico configura-se como referencial teórico dentro da produção de ciências sociais em saúde dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva/Medicina Social das universidades brasileiras*” (p. 6) (ANDRADE, 2013). Ou seja, nessa década houve a consolidação de um eixo discursivo sobre democracia e saúde no Brasil, não apenas importando modelos estadunidenses ou europeus, mas tratando da relação entre medicina e sociedade a partir das categorias de classe social. Todo esse processo, foi ainda articulado com o que acontecia no país em termos políticos e paradigmáticos (ANDRADE, 2013).

Nesse processo, havia convergência para uma proposta de mudança, mas também não havia pleno alinhamento em relação a essa proposta. Segundo Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014), haviam 3 tendências da RSB que conviveram nos anos 1980: a preventivista (baseada na Medicina Preventiva), a racionalizadora (pautada no referencial da Saúde Pública – além da Medicina Preventiva e Medicina Comunitária) e a teórico-crítica (mobilizada pelos princípios da Medicina Social).

Ou seja, desde o início haviam diferentes concepções que até hoje, sob outras nomenclaturas, reverberam nas tensões de constituição do campo da SC (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018).

De todo modo, pode-se afirmar que o campo da SC se constitui a partir da RSB, que foi concebida como reforma geral da sociedade, mas, por conta de filtros ideológicos e políticos, implantada apenas de forma parcial. Assim, não se pode negar a organicidade da RSB, no entanto há de se reconhecer que essa é uma reforma em processo, que torna o campo da SC um campo vivo, ainda em conformação a partir das

tensões que o mantém aberto a inovações e novas construções (NOGUEIRA; BOSI, 2017; SCHRAIBER, 2008; VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Alguns autores apontam que, nacionalmente, existiram condições de possibilidade históricas para a construção da SC, quais foram: a modernização do ensino da Medicina (pautada no relatório Flexner e financiada pela Fundação Rockefeller), que proporcionou a estruturação de algumas faculdades de Medicina no Brasil; a introdução da Medicina Preventiva no país pela OPAS sob financiamento da fundação Kellong, que ofertou bolsas de estudos para médicos brasileiros que, pós-graduados na perspectiva preventivista, trouxeram seus ideários ao Brasil; o financiamento da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) ao II Plano Nacional de Desenvolvimento que incluía financiamento à pesquisa social e estimulou três programas contra hegemônicos no período da Ditadura Militar e que culminaram com a RSB; a conjuntura política; e a situação militante dos intelectuais e médicos brasileiros (VIEIRA-DA-SILVA, 2015; VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Todavia, uma característica importante desse movimento de constituição da SC no Brasil é que ele foi contra hegemônico ao projeto financiado pelos organismos internacionais, tecendo críticas à Medicina Preventiva e Comunitária. Esse paradoxo aponta, em parte, certa autonomia do campo que amadureceu em vias de produção do conhecimento científico e construção de um projeto de reforma social (VIEIRA-DA-SILVA, 2015).

Afinal, “*a autonomia [do campo] não é um dado, mas uma conquista histórica*” (p. 70) (BOURDIEU, 2004).

CAPÍTULO 4: UMA BREVE HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO CEARÁ

A colonização cearense foi tardia em relação ao processo de ocupação brasileira pelos europeus e apenas em meados do século XVIII a pecuária foi estabelecida como atividade econômica na província (MONTESUMA; FÉ; GOMES; FERNANDES *et al.*, 2006). Esse contexto impactou também no cenário sanitário e na organização da Saúde Pública cearense.

Epidemiologicamente, o Ceará enfrentou, desde o período colonial, grande expansão de doenças infectocontagiosas (como varíola, sífilis, malária, sarampo, febres tíficas, doenças diarreicas, hanseníase, tubérculos e escorbuto) associadas a duros períodos de secas. Os hospitais caritativos eram precários e mesmo as Santas Casas ainda não estavam instaladas na região. Não existia serviço público de saúde organizado e o primeiro hospital da província foi inaugurado apenas em 1723, em Viçosa (MONTESUMA; FÉ; GOMES; FERNANDES *et al.*, 2006).

O século XIX também foi marcado por grandes epidemias. Diante do avanço de casos de varíola, febre amarela e cólera com altas taxas de mortalidade, houve a construção de instituições de isolamento. E a Santa Casa de Fortaleza foi inaugurada em 1861 (BARBOSA, 2017; MONTESUMA; FÉ; GOMES; FERNANDES *et al.*, 2006).

Até o final do século XIX, “*a estrutura de saúde era muito deficiente e o modelo básico era o da resposta tardia a eventos dramáticos, de massa, com alta mortalidade*” (p. 11) (MONTESUMA; FÉ; GOMES; FERNANDES *et al.*, 2006).

Nesse período, é importante ressaltar a atuação de Rodolfo Teófilo, um farmacêutico que assistiu muitos doentes durante a epidemia de varíola de 1877/9 e, sensibilizado pelo volume de mortos, criou suas próprias vacinas contra varíola. Não recebendo apoio público a sua iniciativa, fundou um vacinogênio em sua própria casa e vacinou gratuitamente muitas pessoas no início do século XX. Com essa vacinação liderada por Rodolfo Teófilo, as taxas de infecção por varíola diminuíram consideravelmente na província cearense. Em 1930, foi criado o vacinogênio Rodolfo Teófilo, que teve como primeiro diretor o médico Antônio Justa, sobrinho do próprio Rodolfo Teófilo, e intelectual que muito escreveu sobre a varíola no Ceará (PINHEIRO, 2016; REIS, 2001).

Antonio Justa também foi uma figura importante na saúde pública cearense, tanto por sua assistência clínica junto aos doentes, como também por seus discursos e escritos sobre a varíola e a lepra. Em meados dos anos 1930, Antonio Justa assumiu a direção do Leprosário Antônio Diogo, primeira instituição de isolamento para leprosos no Ceará, localizada em Redenção, no distrito de Canafístula.

Durante o período getulista, com a criação do Ministério da Educação e da Saúde, “o governo federal financia as ações através do fundo de serviços de assistência e saúde pública e os estados complementavam as despesas” (p. 13) (MONTESUMA; FÉ; GOMES; FERNANDES *et al.*, 2006).

Em 1931, foi criado o Serviço Sanitário do Estado, que ficou sob direção do Dr. Antonio Justa. Em 1933, esse órgão converteu-se na Diretoria de Saúde Pública, cujo primeiro diretor foi Amílcar Barca Pellon. Essa transição no órgão de gestão da Saúde Pública cearense, gerou certos conflitos entre Justa e Pellon, todavia, a maioria dos médicos apoiaram Pellon, que montou uma equipe de médicos sanitaristas e liderou uma reforma, conhecida como “Reforma Pellon”. Essa reforma ficou marcada pela divisão distrital e descentralização da execução dos serviços nos centros de saúde, postos e subpostos de higiene. Essa reforma situou, portanto, a “*existência real e organizada das atividades de medicina preventiva e de higiene do Ceará*” (p. 90) (Lima e Alencar, 1953 apud (BARBOSA, 2017). Um dos elementos que favorecia esse modelo de atenção foi o estabelecimento de trabalho integral para os médicos e a construção de um plano de recursos humanos em saúde, com um eixo que hoje seria denominado plano de cargos e carreiras. O estado foi dividido em 5 distritos sanitários, um na capital e 4 no interior – Sobral, Quixadá, Aracati e Juazeiro (BARBOSA, 2017).

Como fruto da Reforma Pellon, o Centro de Saúde de Fortaleza, que “foi o primeiro estabelecimento de saúde deste tipo no Nordeste e representou um considerável avanço da saúde pública no Ceará” (p. 92) (BARBOSA, 2017), contava com serviços de administração, epidemiologia, polícia sanitária, educação sanitária, além de assistência para faixas etárias e patologias específicas, a saber: pré-natal, pré-escolar, infantil, sífilis, venéreas, boubas e tuberculose (BARBOSA, 2017).

A proposta de Pellon tinha inspiração norte-americana, pautada em princípios de direção centralizada, descentralização dos serviços, hierarquização das estratégias e efetivação de serviços de vigilância e imunização (MONTESUMA; FÉ; GOMES; FERNANDES *et al.*, 2006).

Entretanto, em 1939, quando nacionalmente vigorava o Estado Novo e houve, num esforço centralizador, uma padronização das estruturas de saúde dos estados, a saúde no Ceará passou por uma nova reforma, a “Reforma Uzêda” liderada por Virgílio Uzêda, que transformou a Diretoria de Saúde Pública em Departamento de Saúde Pública. Esse departamento organizou-se em uma estrutura bastante rígida e centralizada e “*não houve solução de continuidade em relação às atividades desenvolvidas pela Diretoria de Saúde Pública*” (p. 96) (BARBOSA, 2017).

Houve ampliação dos serviços, todavia muito mais no sentido de expansão da assistência ambulatorial que da prevenção de doenças. Exemplos de serviços criados nessa expansão são seções de Lepra, Higiene Mental e Tuberculose nos centros de saúde; o serviço de profilaxia de Lepra e dois leprosários; o Laboratório Central; o serviço de malária do Nordeste. Ao mesmo tempo, crescia a assistência médica previdenciária e investimentos em assistência médico-hospitalar. No final dos anos 1940, já havia uma descaracterização quase total do movimento promovido pela Reforma Pellon (BARBOSA, 2017).

Nesse período, os serviços de saúde pública cearenses também não desenvolviam atividade médico hospitalar, mas apenas serviços ambulatoriais restritos. A assistência hospitalar aos não trabalhadores acontecia apenas na Santa Casa de Misericórdia, onde se ofertava serviço precário, porém valorizado uma vez que considerado caridade e benesse para com os mais pobres. Ao passo que houve o avanço dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) no cenário nacional, também o arcabouço da Medicina Previdenciária se expandiu no Ceará. “*Assim, já em 1946, existiam no Ceará treze dessas instituições [IAP], sendo nove em Fortaleza e quatro no interior*” (p. 120) (BARBOSA, 2017).

A partir de 1945, fortaleceu-se o modelo previdenciário de assistência médica. Ao mesmo tempo, havia o crescimento e valorização da indústria farmacêutica e dos procedimentos médicos de alta densidade tecnológica, centrando bastante a assistência nos hospitais. A dupla carga de doenças e o ideário individual e tecnicista da assistência médica previdenciária, levaram ao aumento dos gastos do sistema previdenciário e tornavam insustentável para o Estado a manutenção dessa estrutura, demandando a consolidação e uma política nacional de saúde diferente, que diminuísse os gastos orçamentários e melhorasse a qualidade e resolutividade da atenção (BARBOSA, 2017).

“No Ceará, a criação do curso de medicina aconteceu em 1947, sendo federalizado em 1954” (c-INF 20). Nesse contexto, o fazer médico estava estabelecido, prioritariamente, como profissão liberal e com trabalho individual. “Os IAPs tornaram-se maiores empregadores de médicos em Fortaleza, segundo estudo feito em 1949, pelos Drs. Washington Barata e Joaquim Eduardo de Alencar” (p. 121) (BARBOSA, 2017). Ou seja, observa-se aí qual o perfil do mundo do trabalho encontrado pelos primeiros docentes e graduados do curso de Medicina, o que acaba por determinar o perfil de formação que foi se estabelecendo.

Outro marco importante foi a criação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza:

Em 1948, foi criada a segunda secretaria municipal de saúde do Brasil. A primeira foi em São Paulo, em 1947. E, logo depois, nós criamos aqui em Fortaleza a primeira secretaria municipal de saúde. Eu queria um pequeno parêntese. [...] Fortaleza é muito diferente do estado do Ceará. Porque, no começo do século XX, Fortaleza foi um local de exportação de algodão. A ferrovia Cariri-Fortaleza transformou Fortaleza em um local de exportação. Então, nós passamos a ter um contato direto com os grandes centros, com Europa, Inglaterra, França... A exportação do algodão através de Fortaleza criou uma burguesia urbana aqui no Nordeste, uma burguesia intelectualizada, avançada, que no setor da saúde falava da medicina preventiva... enfim... que no século XX fez grandes coisas em termos de Saúde Pública (c-INF 20).

C-INF 20, em sua conferência, cujo trecho foi transcrito acima, cita inclusive que Fortaleza criou o primeiro conselho municipal de saúde do Brasil, sendo pioneira nessa institucionalização da participação social nas políticas públicas de saúde. Além disso, ele cita que, ainda em 1957, houve uma experiência de implantação de serviços cooperativos entre a Fundação SESP e a secretaria de saúde, onde a gestão era responsabilidade da Fundação SESP e o estado fornecia a estrutura física e o pessoal. Essas ações davam atenção especial às endemias cearenses e iam construindo no Ceará, especialmente em Fortaleza, um arcabouço estrutural e intelectual que alicerçou os movimentos, fundações e estratégias que foram se desenvolvendo depois.

CAPÍTULO 5: UMA HISTÓRIA DA CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – PERÍODO 1960-1970

O Instituto de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Ceará – IMEP

Historicamente, a estruturação e institucionalização das atividades voltadas para o Campo da Saúde Coletiva - em suas diversas configurações discursivas, como os sub-campos da Medicina Preventiva, da Saúde Pública, da Saúde Comunitária, entre outras desenvolvidas no âmbito da UFC - ocorreram a partir da criação do Instituto de Medicina Preventiva (IMEP) da UFC, instituição precursora do Departamento de Saúde Comunitária, onde se desenvolveu e se concentra, na Faculdade de Medicina da UFC, o “locus” acadêmico do campo científico em estudo, qual seja, a Saúde Coletiva (UFC, 2017a).

O instituto – o IMEP - foi concebido porque *“era necessário ensinar ao estudante de Medicina não apenas os processos biológicos das doenças, mas dar aos mesmos a visão de seus determinantes sociais, principalmente em se tratando do Ceará”* (d-INF 23).

Esse processo, inicialmente, insere-se no contexto nacional e internacional do movimento preventivista ocorrido nos anos 1950/1960, sob o patrocínio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A operacionalização do movimento preventivista no Brasil, buscando promover a mudança do ensino médico, superar a medicina terapêutica e desenvolver uma nova atitude, aconteceu por meio dos Departamentos de Medicina Preventiva (e equivalentes) nas escolas médicas (AROUCA, 2003; MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2017; 2018; OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Nesse movimento, o primeiro departamento acadêmico de medicina preventiva criado no Brasil foi em 1955, pelo professor Pedreira de Freitas⁹, na então

⁹ Em 1952, Professor José Lima Pedreira de Freitas, mais conhecido pelos seus dois últimos sobrenomes e originário do Departamento de Parasitologia da USP (chefiado por Samuel Pessoa), onde dedicava-se, especialmente ao estudo da Doença de Chagas, teve a oportunidade de concluir o curso de Saúde Pública na Universidade de John Hopkins, nos EUA. Depois disso, em 1953, Pedreira de Freitas se transferiu para o Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina Ribeirão Preto (FMRP) e, logo em seguida (1954), inaugurou o Departamento de Higiene e Medicina Preventiva desta instituição, que atualmente é denominado Departamento de Medicina Social. Segundo Samuel Pessoa, é atribuído à Pedreira de Freitas a fundação da Medicina Preventiva no Brasil: *“tornou-se a maior autoridade mundial em Doença de Chagas e foi*

recém instituída Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP, 2020).

Registra-se, como motivação para a criação desse departamento a

necessidade de ensinar Higiene não como uma disciplina isolada mas como um ponto de vista que deveria permear a formação do futuro médico... tornava absolutamente necessário fazer o ensino da cadeira... junto ao setor clínico e em estreita colaboração com outras cadeiras (USP, 2020).

Nesse contexto¹⁰, a epidemiologia foi encarada como principal elemento para compreensão da história natural da doença, iniciou-se articulação com serviços de saúde, havia interação entre departamentos distintos, além da introdução de uma nova visão sobre saúde-doença, bem como da interação ensino-pesquisa (USP, 2020).

Apesar de Ribeirão Preto ter sediado o primeiro departamento, esse não foi o único no estado. Em São Paulo, em meados do século XX, houve a expansão do ensino médico com criação de faculdades de medicina no interior paulista. Esse movimento, apoiado pelas elites, pela Igreja e pelo poder político, justificava-se pelas condições econômicas favoráveis no estado, pelo desejo de interiorização da formação e fixação dos profissionais no interior, bem como pela falta de vagas na faculdade de medicina da capital. Nesse sentido, São Paulo congregou vários polos formadores em Medicina Preventiva, cada um com suas peculiaridades diante do contexto local, do perfil docente, das influências, das resistências e do perfil sanitário-assistencial de cada cidade (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018).

Na faculdade de Medicina da USP (FMUSP), desde a sua fundação, o ensino da higiene foi apoiado pela Fundação Rockefeller através do professor norte-americano William Darling que formou dois auxiliares: Geraldo Horário de Paula Souza e Samuel Bransley Pessoa¹¹. Essa geração estabeleceu o centro de saúde como núcleo central da

fundador, no Brasil, da disciplina de Medicina Preventiva, para isso revolucionando os métodos clássicos de ensino da cadeira de Higiene” (USP, 2020).

¹⁰ Além da bolsa para obter grau de mestre nos EUA, ao longo de sua liderança no Departamento de Higiene e Medicina Preventiva, Pedreira de Freiras, visitou Porto Rico e EUA quando obteve o “travel grant” da Fundação Rockefeller e, sob custeio da OMS/OPAS, participou do emblemático 1º Seminário sobre Ensino da Medicina Preventiva, em Vina del Mar, em 1957, no Chile. Essas oportunidades subsidiaram ainda mais enfaticamente a operacionalização de suas ideias sobre Medicina Preventiva (USP, 2020). Expressa-se, pois, o papel de Pedreira de Freitas como protagonista da institucionalização dos ideários da Medicina Preventiva no Brasil.

¹¹ Samuel Pessoa teve um papel importante mesmo antes da criação oficial do Departamento de Medicina Preventiva, uma vez que assumiu a chefia do primeiro Centro de Saúde, inspirado na filosofia preventivista. Além disso, como professor de Parasitologia, onde permaneceu vinculado

Saúde Pública de forma pioneira no Brasil. Em 1957, tinha um representante da FMUSP no Seminário de Vina del Mar, Prof. João de Aguiar Pupo. Mas, somente 10 anos depois – *“em 1967, foi reinstalada a cadeira de Higiene e Medicina Preventiva, a qual foi, em 1969, com a reforma universitária transformada no atual Departamento de Medicina Preventiva”* (p.25) (SILVA, 2002).

Antes do Departamento, o ensino da higiene estava limitado a poucas aulas básicas e a uma cadeira vaga vinculada à Faculdade de Saúde Pública. Ou seja, mesmo sendo uma universidade com vínculos internacionais e grande importância nacional, *“havia uma discrepância muito grande entre o que pensavam os dirigentes da Faculdade da época sobre a dimensão que o programa de ensino deveria ter e a ideia praticamente consensual no ambiente internacional de ensino médico”* (p. 25) (SILVA, 2002).

Nas demais faculdades do estado de São Paulo, observamos que mesmo com criação mais tardia e menos visibilidade que a FMUSP, os departamentos de Medicina Preventiva se instalam antes que na FMUSP.

Na Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), já existiam algumas oportunidade de ensino da higiene e da prevenção, mas, foi sob a influência das ideias de Vina del Mar que essa formação se expandiu ao longo de todo o curso, criando o Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina em 1961 (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018).

Em 1963, foram criadas duas unidades estaduais de formação em medicina (sem direção da USP): a escola de Campinas e a escola de Botucatu (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018).

Logo em 1965, na Universidade de Campinas (UNICAMP), foi fundado o Departamento de Medicina Preventiva (hoje denominado Saúde Coletiva) por Miguel Ignacio Tobar Acosta aliado a uma equipe multiprofissional que, apesar da precária infraestrutura, quis alinhar o currículo médico ao modelo preventivista. Dessa escola, advieram grandes lideranças do campo da Saúde Coletiva, como Sérgio Arouca, Everardo Duarte Nunes, Ana Maria Canesqui, Gastão Wagner de Souza Campos, dentre outros, que fizeram um interessante movimento intelectual de criticar as próprias bases ideológicas que constituíram seu departamento e resistiram, mesmo em momentos de

até meados da década de 1960, atuou na pesquisa e do ensino, formando vários pupilos que depois destacaram-se no campo da SC, como o próprio Pedreira de Freitas (SILVA, 2002).

crise institucional para resguardar os princípios da Medicina Social e inserí-los na reforma político-administrativo-sanitária do país (CANESQUI, 1990).

Em Botucatu, o ensino da Medicina Preventiva iniciou logo em 1965, uma vez que o professor Nagib Haddad, procedente do pioneiro Departamento de Medicina Preventiva da FMRP, assumiu a disciplina de estatística no Departamento de Clínica. Todavia, o departamento específico para articular a formação em Medicina Preventiva só foi criado oficialmente em 1969, com o nome de Departamento de Medicina Preventiva, Social e Saúde Pública. Foram líderes nesse departamento o professor Nelson de Souza, a professora Cecília Magaldi¹², o professor Eurivaldo Sampaio de Almeida e a professora Maria Iraci Cabianca (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018; UNESP, 2017).

A Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (FCMSCSP) foi a última escola a ser fundada em São Paulo, apenas em 1963. Sob a direção de Emílio Athié, esta escola buscou construir o currículo inicial já pautado nas ideias internacionais da época. Para isso, criaram 9 departamentos, dentre eles o de Medicina Social. São Paulo tinha essa efervescência preventivista, com muitos professores formados nesse ideário e que tinham ligações acadêmicas, científicas e amistosas, a FCMSCSP recebeu toda essa influência e convergência. O Departamento de Medicina Social desta faculdade iniciou suas atividades em 1966 com liderança de Diogo Pupo Nogueira, Ítalo Martinari, Bernardo Bedrikow, Airosa Galvão e José da Silva Guedes (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018).

Além de São Paulo, é bastante relevante, atualmente, a formação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, por meio do Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ) e no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Todavia, esses institutos, apesar de terem iniciado precocemente seus programas de pós-graduação *stricto sensu* dentro do campo, em 1973 (ISC/UFBA) e em 1974 (no IMS/UERJ) (NUNES; FERRETO; BARROS, 2010), começaram suas atividades gerais enquanto departamento estruturado apenas no final da década de 1960 e início de 1970 (CORDEIRO, 2004; UFBA, 1995). É certo que houve a influência dos ideários preventivista, mas surge muito mais no período de efervescência da Medicina Social e não se enquadra no cenário que aqui nos propomos analisar.

Portanto, é nesse contexto internacional e nacional do denominado movimento preventivista, que o IMEP/UFC foi criado em 1959, sendo cronologicamente

¹² Professora Cecília Magaldi é considerada a fundadora desse departamento.

o segundo do tipo no Brasil, estrutural-administrativamente como um dos institutos aplicados da UFC, com o objetivo de desenvolver o ensino e a pesquisa no campo da Medicina Preventiva, Saúde Pública e disciplinas afins no âmbito da Universidade Federal do Ceará (DSC, 2019). Essa análise cronológica (mais didaticamente apresentada na Figura 1), demonstra a importância do resgate dessa história diante do pioneirismo do IMEP, especialmente em um período de concentração dessas iniciativas no Sudeste, especialmente em São Paulo.

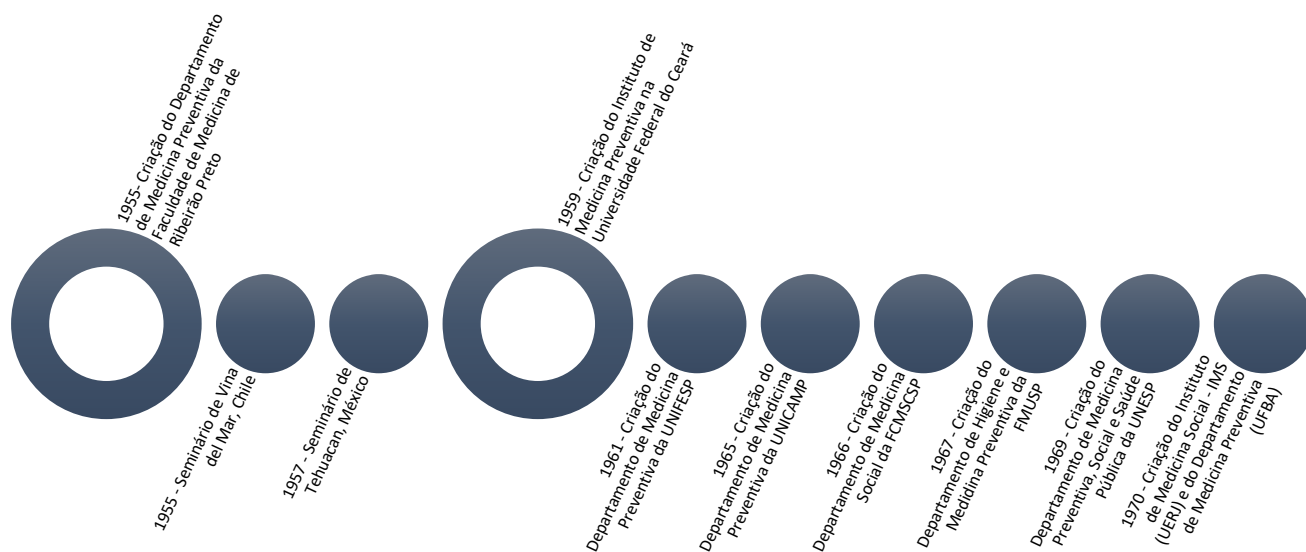


Figura 1 - Sequência cronológica da implantação dos primeiros Departamentos de Medicina Preventiva/Social/Comunitária no Brasil, com ênfase para os departamentos de Ribeirão Preto/SP e do Ceará.

Retomando as particularidades da experiência cearense, observa-se que “na Universidade [UFC], [o ensino de Medicina Preventiva] começou pelo IMEP” (e-INF 33). E como liderança para essa iniciativa, “foi escolhido o professor Joaquim Eduardo de Alencar pelos trabalhos que ele tinha, muito grande... de pesquisa na área, por ter viajado, ser um homem de renome nacional” (d-INF 21).

O IMEP foi criado com recursos da OPAS e das fundações internacionais, articulado ao movimento preventivista internacional e nacional. Em um período em que vários médicos e docentes brasileiros receberam financiamentos e bolsas de estudo para aprofundar-se na Medicina Preventiva e aplicar essas ideias no contexto nacional, o próprio organizador do IMEP - professor Joaquim Eduardo de Alencar, mais conhecido como Alencar – em 1958, foi contemplado com bolsa de estudos da OPAS, por meio da qual fez estágio em instituições de pesquisa em diversos países: Portugal, Inglaterra,

Itália, Israel e Quênia. Retornando ao Brasil, constituiu uma equipe de médicos, docentes e gestores que conceberam a criação da IMEP, e foi por meio dele, que o ideário preventivista ingressou na faculdade de medicina da UFC (MONTEIRO, 1997; OLIVEIRA; TOMÉ, 2012; SILVA, 2012; SOUSA, 2009; SOUSA, s/d).

E, assim, Alencar é lembrado como protagonista de um momento importante para a formação médica no estado:

[...] outro grande momento aqui no Ceará, agora pensando na vida acadêmica, é lá pelos anos 60: o departamento de medicina preventiva da UFC. A história ... do professor Alencar ... que foi a grande liderança deste processo de discussão da medicina preventiva (e-INF 22).

O Alencar realmente foi a figura mais importante dessa década de 40, 50 até 70 ... Ele formou-se na Bahia. Naquele tempo o pessoal do Ceará formava no Rio ou na Bahia e alguns em Recife. Ele recebeu em seguida uma orientação do professor Samuel Pessoa, que foi realmente quem fez uma grande escola de saúde pública do Brasil, principalmente na área da Parasitologia. Então formou gente do Brasil todo [...] o Alencar então pegou essa experiência do professor Samuel Pessoa e ... desenvolveu no Ceará esse estudo de doenças parasitárias. Se destacou o calazar, foi uma doença que ele estudou muito, depois doença de Chagas. Foi realmente um homem de maior destaque na saúde pública (e-INF 36).

Observa-se que as influências de Alencar são as mesmas que deram origem ao primeiro Departamento de Medicina Preventiva, em Ribeirão Preto. E pode-se associar a efervescência das ideias preventivista no Brasil a um movimento originário da Parasitologia, de onde eram Samuel Pessoa, Pedreira de Freitas e Alencar. *“Na realidade, eram professores da Medicina, que também eram da Saúde Pública e que notavam deficiência no ensino na parte de saúde pública no curso médico. E aí criaram essa entidade, esse instituto [...]”* (d-INF 2). *“O IMEP foi uma instituição que albergou um bocado de pessoas que gostavam desse tipo de trabalho”* (e-INF 33).

O trabalho com as endemias rurais, a necessidade de utilização da epidemiologia e o avanço de pesquisas na área destacam esses pesquisadores/professores que ampliaram sua formação nas experiências internacionais e implantaram essa nova atitude médica por meio da institucionalização de um novo modelo de ensino. O IMEP surgiu *“para suprir essa falha, a parte epidemiológica das doenças. O estudo de certas doenças importantes, que eram relegadas a segundo plano, a descoberta de outras, é isso aí minha visão do IMEP”* (d-INF 2).

No entanto, mais do que uma mudança acadêmica, observa-se na concretização do IMEP um processo de institucionalização de equipamentos de Saúde Pública no estado.

O Dr. Alencar era uma espécie de visionário... Quer dizer: aquela pessoa que parece que está fora do contexto porque pensava muito alto, e aí queria trazer recursos para o Ceará e começou trazendo o DNERu, que hoje passou a ser SUCAM e que posteriormente se integrou na Fundação Nacional de Saúde. Com a vinda da SUCAM, do antigo DNRu, ele foi se espalhando naquele departamento, e ficou tão grande que o departamento ficou um pedacinho (d-INF 6).

Foi a partir desse instituto que foram criadas as disciplinas de Medicina Preventiva, Higiene e Estatística para a graduação na UFC (UFC, 2017a). Por meio do IMEP, os estudantes tinham contato com a temática e as vivências da Medicina Preventiva do primeiro ao último ano do curso médico. O IMEP tinha “*uma finalidade: ensinar os alunos como tratar preventivamente os doentes, as pessoas, para que não adquirissem doenças ... porque a medicina é mais prevenir que curar*” (e-MJC).

Contemporâneo histórico da criação dos primeiros departamentos de medicina preventiva no Brasil, como visto, embora em geral ausente das historiografias sobre o tema, o IMEP foi criado oficialmente pela resolução nº 62 do Conselho Universitário da Universidade Federal do Ceará, em 1959 (MONTEIRO, 1997).

Nesse momento de criação do IMEP, a UFC entendia a expansão e a formação de suas novas áreas estratégicas por meio dos institutos que congregassem várias áreas do conhecimento, representadas então pelas cadeiras disciplinares que se concentravam em torno dos professores catedráticos e de referência da Instituição: “[a criação do IMEP objetivava] *reunir várias pessoas em torno do governo estadual, do governo federal e da própria universidade tendo como objetivo principal o estudo da medicina preventiva*” (d-INF 16).

Naquele tempo, a medicina preventiva era praticamente esquecida. Então, realmente, o Joaquim Eduardo de Alencar teve a grande ideia de criar o instituto. E o instituto se tornou importante porque ele passou a ter contato com a Organização Mundial da Saúde, com a Organização Panamericana de Saúde, e com diversas instituições do Ministério da Saúde que aqui vinham colaborar (d-INF 16).

O IMEP, em seus primórdios, era um instituto de “cadeiras básicas” que, como todos os outros institutos, estava sob jurisdição da reitoria, mas foi vinculado à Faculdade de Medicina da UFC. “*Ao invés de criar um instituto para cada cadeira, dependendo do prestígio do professor, resolveu[-se] criar um instituto que abrangesse*

várias cadeiras” (d-INF 21). O IMEP teve “*como base física e intelectual*” o Instituto Evandro Chagas, onde “*já fazíamos muitas pesquisas, apesar de muito superficiais e sem suporte*” (c-INF 1).

Naquela época já... isso é muito importante, cada cadeira queria ter sua verba, então, quando você fazia um instituto, significava que pelo menos cinco cadeiras tinham verbas extras [...] eu sei que outros departamentos diziam que achavam um absurdo, como é que aqueles catedráticos permitissem que um assistente fosse diretor (d-INF 21).

O IMEP objetivava ser cenário de muitas pesquisas e disciplinas, tendo como meta a integração das disciplinas; promover cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação; ofertar cursos; e realizar trabalhos de saúde pública (MONTEIRO, 1997).

E, de fato, “*IMEP representa realmente uma revolução para a época [...] era um projeto, dentro desse ponto de vista múltiplo, muito arrojado*” (d-INF 26).

Por ser revolucionário em suas proposições pedagógicas para o ensino médico de então, houve certa resistência à implantação do IMEP. Não necessariamente, se tratava de uma resistência individualizada, mas uma descrença quanto à ideia que acabava gerando uma espécie de resistência dentro da universidade:

eu não diria que era resistência. Era não crer que aquilo realmente pudesse ter uma coisa concreta e que chegasse realmente a um objetivo determinado, isso é o que se sentia. E isso não deixava de ser uma forma de oferecer resistência. Era uma atitude negativista (d-INF 26).

A partir dessa perspectiva de certa resistência institucional, também evidenciado na história dos outros departamentos de Medicina Preventiva (SILVA, 2002; USP, 2020), evidenciam-se os mecanismos de subversão, apoio e rivalidade que se desenharam na Faculdade de Medicina da UFC em relação ao IMEP.

Seguindo a trilha de Bourdieu (BOURDIEU, 2003), na discussão apresentada em capítulo anterior sobre as características do capital simbólico no meio acadêmico e científico, constata-se sempre existirem disputas internas reguladas por status, poder e interesses entre os pares institucionais.

As regras de autoridade no campo acadêmico, construído em torno da figura do professor catedrático, vigente à época, não autorizariam a princípio, pacificamente, em sua hierarquia implícita, a indicação de um auxiliar como diretor do IMEP, instância acadêmica a coordenar várias cadeiras sob responsabilidade de diversas cátedras. “*Mas o Alencar tinha tanto prestígio internacional e tanto prestígio nacional que...*

pessoalmente, eu achava que dava direito ao Alencar ser diretor. Era um homem conhecido no estrangeiro” (d-INF 21).

O Alencar não era o catedrático. Mas nem por isso eles reagiram contra o Alencar ser o diretor do instituto. Ele era um adjunto. Tinha feito a livre docência... alguns catedráticos que não pertenciam ao departamento ajudaram. [Outros professores] ficaram admirados com isso. Mas ele foi... (d-INF 21).

O instituto requeria também maior dinheiro, maior verba, maior facilidade. Ora, toda cadeira sempre sonhava em ter verba prá maior facilidade, e nesse ponto, o Alencar fez e recebia verba, ele era diretor do DNERu [Departamento Nacional de Endemias Rurais], então, tudo aquilo fazia verba e facilitava para fazer pesquisa e desenvolver [...] era uma vantagem, porque ajudava quatro, cinco, seis disciplinas [...] a medicina preventiva incluía várias disciplinas... puericultura, parasitologia, microbiologia, higiene, então com várias pessoas titulares [catedráticas] (d-INF 21).

Nem sempre a regulação do campo é necessariamente por titulação em sentido estrito, mas pelos méritos e projeção deles decorrentes, e por poderes e status outros – o capital simbólico, conferidos por diferentes mecanismos de admissão e liderança a seus agentes (BOURDIEU, 2004).

Deter respeitado capital simbólico, nacional e internacionalmente, por suas pesquisas científicas no campo da saúde pública, estabeleceu as condições de possibilidade para a indicação, como diretor do IMEP¹³, de um agente científico fora dos marcos acadêmicos estabelecidos pela estratificação do poder institucional e também simbólico, representado pelas cátedras. O capital simbólico era reconhecido também, como decorrência do capital científico, como a possibilidade de acesso a recursos de financiamento da pesquisa, que seriam demandados pelo instituto (IMEP).

Inclusive as ideias ditas revolucionárias sobre o ensino médico defendidas pelo movimento preventivista, fonte de descrença ou mesmo oposição em vários setores acadêmicos, cederam ao capital simbólico da direção do IMEP, justificando sua indicação ao cargo, o que acabava por lhe conferir ainda mais capital.

É certo que esse processo não aconteceu sem disputas, mas aqui é possível perceber as dimensões de análise do campo científico operando e o reconhecimento não

¹³ Além de Joaquim Eduardo de Alencar, integravam o Conselho Consultivo do IMEP: “*Dr. Fernando Leite, parasitologista; Dr. Murilo Martins (Clínica Médica); Dr. Francisco Araújo (dedicou-se às doenças infecciosas); e Dr. Cajati (trabalhou também com doenças infecciosas)*”. (c-INF 1).

estando estrito à hierarquia formal no qual se embasava o poder universitário dos catedráticos, mas antes a aspectos científicos, políticos, sociais e financeiros (BOURDIEU, 2004).

Centro de saúde: modelo e formação articulada universidade–serviços-comunidade

Uma das principais experiências desenvolvidas pelo IMEP, logo após sua fundação, constituiu-se na criação de um Centro de Saúde Modelo, constituindo um Distrito Sanitário Modelo, como espaço para a realização de ações integradas de ensino, extensão e pesquisa em territórios, para alunos de diferentes cursos de graduação em saúde da UFC (inicialmente), expandindo-se posteriormente para outras instituições acadêmicas do estado (MONTEIRO, 1997).

Nesse período, de forma pioneira, já eram mobilizados agentes comunitários de saúde no suporte às atividades do IMEP, representados por moradores da região de Porangabussu, onde se localizam o campus que congregava os cursos da área da saúde da instituição.

Assim é que em 1961, através de uma parceria com a Secretaria de Saúde, foi criado o Centro de Saúde do IMEP, que dava assistência a cinco bairros e constituía-se em um Distrito de Saúde. Foi o primeiro distrito de saúde do estado do Ceará e era considerado distrito modelo para as outras iniciativas (MONTEIRO, 1997).

“O IMEP não surgiu somente como ajuda da medicina. Teve necessidade de ajuda da organização médica do estado. Então, fazia que uma parte do estado fosse cedida para a direção do IMEP. Foi o Centro de Saúde...” (d-INF 23)

“O IMEP [articulou] ... uma coisa extremamente importante... [conseguiu junto à secretaria de] saúde, que ficasse sob [sua] responsabilidade ... um plano piloto... uma área piloto... essa área piloto constituía-se de cinco bairros” (d-INF 21).

Esse centro de saúde desenvolvia um cuidado de base territorial, conduzido por uma equipe multiprofissional (composta por funcionários médicos, enfermeiros, guardas sanitários e líderes comunitárias), focado na promoção, proteção e recuperação da saúde (MONTEIRO, 1997) :

Uma das características do distrito é que ele tinha 5% da população de Fortaleza. [...] Esse distrito era distribuído em zonas. Era zona 1, 2, 3, 4 e 5. Essas zonas com famílias. Iam de 700 a quase 1000 famílias. (d-INF 13).

Esse Centro de Saúde tinha três funções básicas: promoção da saúde através da educação sanitária; proteção da saúde, que era feita pela equipe de pediatria com a vacinação – muitas vacinas, não essas todas de hoje, mas algumas vacinas já eram feitas pelo IMEP, mas só em crianças; e a recuperação da saúde através do tratamento. Esse trabalho era realizado por médicos, estudantes de medicina, estudantes de várias áreas da saúde e técnicos de instituições como a OPAS, a SESP, o DNERu... (c-INF 1).

A interprofissionalidade, apesar de esse ainda não ser um conceito constituído ou mesmo uma organização intencional da formação à época, era reforçada pela presença de estudantes das diversas áreas, em companhia de seus professores, atraindo, inclusive, cursos que não eram da saúde, mas poderiam desenvolver um trabalho capaz de promover saúde da população adscrita ao Centro de Saúde do IMEP, num arranjo intersetorial. Essas iniciativas nos dão uma dimensão da importância e do pioneirismo desse trabalho, que reverberava na formação dos estudantes.

[...] Cada zona tinha uma equipe de saúde: era um médico, uma enfermeira, um auxiliar de saneamento e as agentes de saúde, que naquela época eram chamadas de líderes do quarteirão. [...] As famílias eram numeradas. Então nós dividíamos a semana de segunda a sexta-feira; cada família visita o centro de saúde [em um dia específico]. [...] contanto que desse uma oportunidade a todas as famílias terem cobertura, e isso também correspondia a visita de enfermagem; a enfermeira fazia visita domiciliar. [...] E também era muito interessante a gente observar também as famílias que não frequentavam. Por exemplo: nós tínhamos um dia lá que normalmente a assistência estava vazia, então chamava a atenção de todo mundo. Por que está vazio? Isso significa dizer que as famílias não estão comparecendo. Então era preciso fazer um trabalho para que elas venham aqui. Isso era um trabalho muito integrado (d-INF 13).

A equipe era multidisciplinar, formada por médicos, estudantes de medicina, estudantes de outras áreas como Farmácia, Odontologia, Enfermagem. [...] Realizava exames simples, mas que ajudavam muito os médicos clínicos: hemograma, parasitológico de fezes, sumário de urina, depois passou a fazer glicemia. Além da assistência médica para adultos e crianças (principalmente crianças) eram doados medicamentos e leite em pó para os menores de 2 anos. [...] Dr. Alencar tinha muito acesso às organizações, não só nacionais, como estrangeiras. [...] Ele conseguia muita ajuda. Conseguiu, por exemplo, várias fossas sépticas. [...] Por isso as equipes multidisciplinares incluíam até engenheiros e estudantes de engenharia para instalar as fossas nas casas ao redor do Centro de Saúde (c-INF 1).

A colaboração interprofissional é um dos aspectos da atuação nos serviços de saúde que tem se apresentado como importante desafio no século XXI (BATISTA; BATISTA, 2016; FRENK; CHEN; BHUTTA; COHEN *et al.*, 2010; REEVES ; PELONE; HARRISON; GOLDMAN *et al.*, 2017).

Estudiosos e pesquisadores do campo da formação profissional em saúde propõem que aconteça uma educação interprofissional pautada na educação pelo trabalho, conduzida de modo integrado e buscando responder às reais necessidades de saúde da população, ou seja, que se configure como usuário-centrada (COSTA, 2016; D'AMOUR; OANDASAN, 2005; PEDUZZI; NORMAN; GERMANI; SILVA *et al.*, 2013; SOARES, 2015). Os relatos sobre o que acontecia no IMEP nos indicam formação-atuação nessa direção:

Eu lembro que eles até podiam pedir, por exemplo, que um caso que ele tinha visto em uma residência, ele podia pedir se pudesse para ser visto por um interno e depois ser pedido um internamento e medidas desse tipo. [...] (d-INF 26).

E cada um tinha uma área daquela. Então nós montamos um programa de controle de tuberculose, que foi importante porque pode introduzir muitas das estratégias, que na época eram recentes estratégias que a Organização Mundial de Saúde estava realmente propondo (d-INF 26).

Agora o estudante acompanhava também as enfermeiras nesta mesma questão da visita. Por exemplo: a enfermeira da zona um ficava com x estudantes. Outra coisa muito interessante: na volta das visitas [...] nos reuníamos com o professor, a enfermeira, os estudantes e, muitas vezes, o agente de saúde para discutir a dinâmica (d-INF 13).

A Concepção Pedagógica aplicada pelo IMEP possibilitava ao estudante ter uma formação estritamente integrada aos serviços de saúde, vivenciando a Saúde Pública tanto a nível assistencial, quanto gerencial.

O estudante de sexto ano, ele era chefe do Centro de Saúde naquele dia. Mesmo que tivesse o médico chefe eu então não respondia, quem respondia era o estudante. Ele só nos procurava em caso de alguma emergência que ele não soubesse, mas ele era o chefe, inclusive ele assinava como chefe. Isso para cobrir a parte de administração e saúde pública. (d-INF 13)

Esse modelo de ensino corresponde às contemporâneas recomendações sobre formação de profissionais de saúde, especialmente porque aconteciam desde os semestres/anos iniciais da formação, em busca de se construir um ideário colaborativo que ia amadurecendo com o avançar do curso e da aquisição de conhecimento técnico (CARVALHO; CECCIM, 2009; FRENK; CHEN; BHUTTA; COHEN *et al.*, 2010; REEVES ; PELONE; HARRISON; GOLDMAN *et al.*, 2017).

[Quando o estudante] ingressava nas primeiras disciplinas do IMEP, tinha para si um trabalho de famílias, quer dizer, não me lembro se eram três ou cinco famílias, às quais ele visitava num primeiro momento e, a partir dali, ele ficava sendo o indivíduo que acompanhava aquela família até ele terminar o curso dele [...] naquele tempo o IMEP desenvolveu algumas inovações com relação à atuação do estudante e

a atuação da comunidade num processo de saúde e de doença. Então, se desenvolveu obviamente com muita resistência (d-INF 19).

Era sumamente importante porque os alunos começavam o contato, quer dizer, se dava a oportunidade ao aluno, no 2º ano de medicina. Não é que ele atuasse como clínico dessa forma. Ele atuava como capaz de visitar uma família, atuava como um visitador. E acompanhava, por exemplo, os internos que já estavam em 4º, 5º ou 6º anos de medicina. (d-INF 26)

O IMEP também se tornou referência porque desenvolveu diversas ações em parceria da Universidade com a Superintendência da Campanhas (SUCAM) da Fundação Nacional de Saúde e com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) (UFC, 2019c). Ou seja, o IMEP parecia responder aos impulsos de reformulações da formação e, ao mesmo tempo, de integração ensino-serviço, o que poderia ser considerado como uma posição pedagógica de vanguarda para a educação médica na época, uma vez que esses conceitos e intenções formativas não estavam de todo instituídos.

Essa ideia da integração era o eixo do método. E era o grande projeto, a grande ambição. O mais que tem que vê nisso aí na história do IMEP, é que ele foi um prenúncio daquilo tudo que se anunciava. Então, era um grupo avançado, um grupo ambicioso. Tinha ambição, mas realmente eram ideias modernas e que despontavam para uma medicina social (d-INF 26).

E na época do IMEP a gente estava até com a Universidade Estadual, que naquela época não era ainda universidade, mas tinha o curso de enfermagem (d-INF 32).

Além da integração com outras instituições, o IMEP promovia uma integração entre as diferentes categorias profissionais desde o início da graduação. Isso é o que, atualmente, é considerado Educação Interprofissional em Saúde (EIP) (ARRUDA; BARRETO; PONTES; LOIOLA, 2017; BARR, 2015; CAIPE, 2002; CÂMARA; CYRINO; CYRINO; AZEVEDO *et al.*, 2016; D'AMOUR; OANDASAN, 2005), cuja implantação é um desafio e uma meta mundial, mas parecia ter seus primeiros passos de concretização já no IMEP. A EIP promove e necessita da formação baseada no trabalho e inserção nos serviços de saúde, tendo como meta a formação de um profissional capaz de atuar no cenário de práticas e integrar-se com demais categorias profissionais, ressaltando a importância dessa integração:

Através dos convênios que o IMEP tinha com a Escola de Serviço Social, Escola de Enfermagem, Faculdade de Farmácia e Odontologia¹⁴, eles inventavam o conjunto, era aquela equipe. Muito interessante. Muitas vezes eu dei aula de medicina preventiva na época

¹⁴ Na época, cada curso constituía uma faculdade. Não havia a estrutura de departamentos ou centros específicos.

lá, epidemiologia com os alunos da medicina na sala, farmácia, toda gente... [...] e discutindo o que realmente preocupa agora, porque, afinal de contas o objetivo é um só, não é? É o bem-estar da pessoa... Então, discutia sobre isso. Vários profissionais discutindo um objetivo só. Mas agora não. Agora tudo departamentalizado é difícil... (d-INF 13).

O pessoal daquela época saiu muita gente formado médico. Hoje quando sai da faculdade, 12º semestre, o sujeito vai ter que ir para uma coisa, tem que ir para uma residência. Tem que ir para qualquer coisa, porque ele não tem condições de assumir uma clínica no interior. Naquele tempo, quando se preparava um médico, ele saía podendo assumir. [...] Quando ia para o interior já tinha condições de atender e hoje não tem. Ele sai muito sabido de coisa teórica, mas a prática médica mesmo ele não tem não (d-INF 32).

Olha, resgatando, era o espírito de integração. É a interdisciplinaridade, se pudesse se fazer isso, porque as disciplinas elas eram estanques e sempre foram e continuaram estanques... Até hoje e mesma na época ... elas eram estanques... [o IMEP] integrava o serviço, ... conseguia integrar... mas... não conseguia chegar no âmago das cadeiras, por causa do poder catedrático... (d-INF 6).

um fato marcante que acharia que deveria ser resgatado era realmente o ensino integrado das várias áreas da formação do profissional de saúde. Porque eu sinto, pelo menos nos últimos anos que passei na universidade, uma total desinformação. Nos textos você encontra o ensino integrado, mas na verdade, na prática, isso não acontece. [...] o estudante participava realmente (d-INF 19).

Você sentia que o indivíduo se tornava mais responsável pelo que fazia, porque ele não via a sua atividade profissional somente como o clínico e o paciente. Ele via o indivíduo num contexto mais [geral]. Ele via que o problema do doente não era só efeito, o problema biológico do paciente, existia um contexto social que ele concebia, o sujeito participava, conhecia a família (d-INF 19).

Observa-se que essa integração também era fomentadora de novas inventividades e criações a nível de serviços de saúde. A partir dessa experiência do ensino em campo, em 1962, criou-se o Clube das mães. Esse clube surgiu porque a Faculdade de Medicina foi presenteada com uma cozinha dietética equipada para aulas práticas por uma empresa multinacional do ramo de alimentos. Formou-se então um grupo de práticas culinárias e orientação sanitária voltado para as mães, com o objetivo de melhor cuidarem de seus filhos por meio da alimentação (MONTEIRO, 1997).

Além disso, faziam-se orientações gerais já que a mortalidade infantil era um dos graves problemas de saúde pública e essa mortalidade, em sua maior parte, acontecia por doenças preveníveis e tratáveis.

Em 1964, o chefe do Centro de Saúde do IMEP, reconhecendo dentre as integrantes do clube das mães algumas lideranças, criou as líderes do quarteirão.

Graciliano Muniz, “*que foi chefe do Centro de Saúde e, posteriormente, foi secretário de saúde de Fortaleza [criou as líderes do quarteirão] [...] trouxe a experiência que já existia no Pará. Ele era paraense e trouxe essa experiência de líder do quarteirão*”. (d-INF 13).

As mulheres mais dinâmicas do clube das mães receberam o papel de líderes em seu quarteirão. Para isso, eram treinadas e deveriam repassar as informações em todas as casas de seu quarteirão. Elas, que conheciam a realidade das famílias, eram porta de entrada dessas famílias no Centro de Saúde e gozavam de certo prestígio junto à equipe (MONTEIRO, 1997).

A atuação das líderes de quarteirão constituía-se como um trabalho voluntário, mas pode-se considerar que representam uma inovação que contemporaneamente seriam consideradas como os/as atuais agentes de Saúde: “*o líder do quarteirão é o atual agente de saúde*” (d-INF 6).

A líder do quarteirão tinha um perfil mais ou menos semelhante ao perfil que tem a agente de saúde, com uma única diferença: ela era voluntária. E a outra coisa: com um prestígio muito grande no serviço. Esse prestígio, que era, vamos dizer traduzido em prestígio junto à equipe. (d-INF 13)

Na farmácia também ela tinha prioridade. Nos atendimentos da família dela, ela tinha prioridade. Mas era prioridade mesmo, era prestígio a agente de saúde. (d-INF 13)

Ela tinha um sistema de referência em que as obrigações dela eram as notificações sobre gravidez, nascimento, doenças transmissíveis e óbitos, porque naquela época era época da varíola, tinha muita varíola, tifo também. Ela trazia aquela notificação, entregava ao médico daquela área e o médico visitava nas próximas três ou quatro horas, indo com ela. [...] pacientes que ela trazia tinham prioridade no atendimento. (d-INF 13)

Ela se sentia membro da equipe, participava das reuniões com estudantes. [...] O perfil era preferencialmente uma senhora com residência fixa no quarteirão, sócia do clube de mães, com capacidade de compreender os esclarecimentos sobre o assunto saúde. Tinha o dever de colaborar. [...] Ela conhecia tudo o que estava acontecendo no seu quarteirão (d-INF 13).

Diante de todo esse contexto de intervenção junto à comunidade, constata-se que o Centro de Saúde do IMEP destacou-se em relação aos outros serviços de saúde do estado, sendo por muitos considerado precursor do modelo de medicina de família. Pela descrição das atividades, pode-se concluir que de fato no Centro de Saúde eram desenvolvidas muitas ações semelhantes ao que se preconiza tradicionalmente como Estratégia Saúde da Família (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

passou a fazer uma coisa diferente dos outros, em vez de você ter uma ficha individual, a ficha era familiar. Então, você estudava a família. Criou-se as líderes do quarteirão, que hoje são as agentes de saúde... esse pessoal ia lá, de casa em casa, começava falar do Instituto da preventiva, eles iam para o IMEP, a família era atendida... enquanto esperava tinha aula de higiene e saúde pública... [...] era realmente uma área que você fazia o que a assistência fazia agora, a medicina de família. Aquilo que querem fazer agora, foi praticado na década de 60 (d-INF 21).

Hoje se fala muito em médico de família, em voltar o médico de família. O IMEP fabricava médico de família. Porque você vê a Mazé falando aqui, ela assistiu de ginecologia a geriatria, pediatria, porque era um médico da família. [...] Tinha um problema maior: orientava com o especialista. Mas quem era que fazia a coordenação da doença? Era o clínico do IMEP (d-INF 1).

Os esboços daquilo que seria posteriormente definido como estratégia saúde da família foram sendo implantados no Ceará no início da década de 1980. Posteriormente foi adotada como uma política nacional pelo Ministério da Saúde. Todavia, a semelhança da proposta com o que se vivenciava no IMEP faz-nos afirmar o pioneirismo da estruturação dos serviços imepianos.

Essa mistura já tinha características muito importantes e extremamente avançadas para a época. Primeiro, porque esse departamento foi percussor da chamada Medicina de Família e Comunidade, porque o IMEP assim atuava. O IMEP fazia visita domiciliar, cadastrava as famílias, tinha os líderes do quarteirão, e as pessoas eram atendidas em uma visão integral. Naquele tempo, já se falava em atenção integral de saúde e era vista a família como um todo. [...] (c-INF 25).

... se buscava solução para aqueles determinantes sociais que desafiavam. [...] Então, uma visão extremamente moderna... e um ensino feito na comunidade, para a comunidade e com a comunidade. [...] (c-INF 25).

Então, isso já era metodologia ativa. Havia pouquíssimas aulas transmissivas. Era a formação dentro de um contexto. E formação sem contexto não é educação. Então, era formação no mundo real. Os alunos eram levados para o mundo real. E havia também uma oportunidade marcante para você fazer sua iniciação científica, para você aprender a fazer sua pesquisa. Porque você tinha que fazer pelo menos um trabalho (c-INF 25).

O trabalho desenvolvido no IMEP foi ainda mais importante porque, a partir da experiência vivenciada, outros cursos passaram a ministrar essas disciplinas, tais como as faculdades de Farmácia e Odontologia, a escola de enfermagem São Vicente de Paulo

e a Escola de Serviço Social (UFC, 2017a)¹⁵. Era o embrião da prática colaborativa desenvolvendo-se no instituto.

O Centro de Saúde e o IMEP proporcionavam a aproximação dos estudantes com a temática da Saúde Pública e Medicina Preventiva, sendo cenário de ensino, extensão e pesquisa nessa área (MONTEIRO, 1997). Os centros de saúde foram uma realidade prescrita pelo ideário preventivista e a maioria dos departamentos implantaram esse tipo de serviço, como no pioneiro departamento de Ribeirão Preto e nas demais realidades paulistas (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018; SILVA, 2002; USP, 2020). Essas experiências são pouco exploradas na historiografia tradicional, especialmente na história do Ceará, onde o IMEP nem chega muitas vezes a ser citado. Entretanto, percebe-se que muitos desses centros de saúde iniciais, como o de Cassia dos Coqueiros (vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva de Ribeirão Preto), eram mais voltados para ações pontuais em relação às endemias rurais, mas não desenvolviam ações de assistência nos moldes aqui descritos. Além disso, muitas escolas paulistas só implantaram seus centros de saúde nos anos 1970. O IMEP inaugura a lógica do Centro de Saúde quase que concomitante a fundação “departamento”, de forma pioneira e inovadora ainda no início dos anos 1960.

O Departamento de Higiene e Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFC: Reforma Curricular da Faculdade de Medicina da UFC - 1960

Como uma das consequências institucionais das atividades do IMEP foi criada, na então Faculdade de Medicina da UFC, a disciplina de Medicina Preventiva, que juntamente com a cadeira de higiene e estatística já existentes, formaria o Departamento de Higiene e Medicina Preventiva, ainda na década dos sessenta.

Com a consolidação e expansão gradativa desse Departamento, a partir da experiência de trabalho do IMEP, diversas outras Unidades passaram a ministrar o ensino de Higiene, Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social, como a Faculdade de Farmácia,

¹⁵ Note-se que, na UFC, a formação era organizada, institucionalmente por faculdades com certa autonomia de gestão.

a Faculdade de Odontologia, a então Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo (depois incorporada à UFC através do Departamento de Enfermagem) e a Escola de Serviço Social (MONTEIRO, 1997).

Conforme vimos, o IMEP foi instituído em 1959 e uma reforma curricular da Faculdade de Medicina ocorreu no ano seguinte. O IMEP é considerado, portanto, um dos grandes impulsionadores da reforma do currículo da Faculdade de Medicina da UFC, em 1960: *“quando houve a reforma, em 60 mais ou menos, o Alencar conseguiu botar em todo o currículo da medicina preventiva [...] nós conseguimos botar em todo o currículo da medicina, do primeiro ao sexto ano, medicina preventiva”* (d-INF 21).

Essa presença da Medicina Preventiva ao longo de todo o curso estava em consonância com as recomendações dos seminários sobre a importância de expansão e institucionalização da Medicina Preventiva, liderados pela OPAS (OMS, 1957), na segunda metade dos anos 1950, em Viña del Mar, Chile (1955) e Tehuacan, México (1956).

[...] Era do primeiro ao sexto ano indo desde a estatística, antropologia, epidemiologia, saneamento básico, administração e organização. Contanto que no sexto ano era administração geral e administração em saúde pública, com estágio no centro de saúde (d-INF 13).

Já no primeiro ano começava-se a ir ao IMEP para se ter aulas de Estatística, no segundo ano via-se Antropologia, no terceiro era uma família que cada aluno tinha de visitar. A que me foi designada, lembro, vivia por trás do Campo do Ceará Sporting Club (d-INF 30¹⁶).

Para que chegasse a essa organização do ensino da Medicina Preventiva ao longo do curso, ocorreu a participação dos organismos internacionais fazendo uma consultoria sobre esse processo de Reforma Curricular:

Nós tivemos um convênio com a Organização Mundial de Saúde e esteve aqui uma enfermeira que era consultora e trabalhou ... nessa questão do ensino. Era senhora Ernestina Nazário. Em seguida, veio o professor, também de medicina preventiva que nos ajudou a preparar os objetivos do ensino, como era que esse ensino ia funcionar dentro do curso de medicina, que foi o Dr. Guilherme Restrepo (d-INF 13).

¹⁶ As falas de d-INF 30 foram extraídas do memorial que o autor elaborou em sua dissertação de Mestrado. Por seu um breve relato de sua trajetória profissional, aqui a tomamos como equivalente a uma entrevista de história de vida. Salienta-se, todavia, que se leva em consideração o tempo histórico da escrita desse memorial.

Essa articulação nacional e internacional tornou-se permanente no IMEP. Em 1962, o Diretor do Instituto, mais uma vez sob patrocínio da OPAS, fez um estágio de observação sobre o ensino em Medicina Preventiva em diversos países, entre eles, Porto Rico, EUA, México, Panamá, El Salvador e Colômbia (OLIVEIRA; TOMÉ, 2012; SILVA, 2012; SOUSA, 2009; SOUSA, s/d).

Esse relacionamento científico com pesquisadores do Brasil e do exterior prevaleceu ao longo de toda existência do IMEP, favorecendo o intercâmbio científico, a concessão e bolsas de estudos, o compartilhamento de materiais e resultados de pesquisa, além de uma política de suporte e incentivo para a publicação em periódicos científicos:

imagine que o diretor do Instituto de Medicina Tropical de Londres esteve aqui e ficou se correspondendo comigo... Dois professores de São Paulo vieram para Sobral [...] tivemos curso com Samuel Pessoa [...] era muito bom. A gente trabalhava e trabalhava com gosto. Fazia trabalho e publicava. Apresentava trabalho nos congressos (e-INF 1).

O IMEP publicava muito na revista O HOSPITAL, na Revista Brasileira de Biologia, na Revista Brasileira de Malariologia e Medicina Tropical, nos arquivos de Manguinhos e várias outras revistas, inclusive internacionais. (d-INF 16)

... o IMEP tinha estruturas. Estrutura de fotografia, tinha uma estrutura... laboratorial para pesquisas parasitológicas em toda área residencial do distrito sanitário do Porangabussu, tinha o laboratório de bioquímica, tinha o laboratório de imunologia e microbiologia (d-INF 16).

Fazia parte dos objetivos do IMEP estabelecer uma política de formação permanente de pessoal, por isso era muito frequente a presença de professores internacionais e nacionais fazendo conferências no IMEP. Era um local de bastante efervescência científica e política, projetando o IMEP como referencial da formação em Medicina Preventiva nacionalmente. Muitos líderes da Parasitologia e da Medicina Preventiva no cenário nacional desenvolveram atividades de cooperação e formação junto IMEP no período:

Foi um trabalho muito bem feito pelo Alencar ... ele teve uma preocupação de formar pessoal... [...] O Alencar, desde que eu cheguei aqui, ele dizia para mim: 'Murilo, só tem uma coisa importante no Ceará, é formar pessoal. Quanto mais gente nós formarmos, mais você cria ideias, mais você desenvolve essa área'. (d-INF 21)

... nós formávamos as enfermeiras, nós formávamos as vacinadoras, nós tínhamos estudantes que tinham bolsa no IMEP, nós tínhamos professores, nós tínhamos visitantes da área... (d-INF 21).

Como aluno, eu dou esse depoimento de grandes conferencistas que também tivemos a oportunidade de assistir naquela instituição, como de pessoas que ali conviveram, como Raimundo Vieira da Cunha, que aqui eu destaco bem, fazendo trabalhos de imunologia de campo para diagnóstico de doenças tropicais [...] como Samuel Pessoa, grandes conferencistas internacionais, como o Zigman Brenner e eu poderia citar muitos outros, Nelson Chaves, dentro da nutrição, Manoel Mateus Ventura, essas pessoas todas vinham dar palestra no IMEP. O IMEP era assim uma espécie de efervescência da cultura médica naquela época (d-INF 16).

O Alencar trazia muita gente boa para cá, para fazer palestras, para a gente ter contato com esse pessoal. A gente não podia sair, todo mundo para ir lá, eles vinham aqui. Faziam palestras, seminários... (d-INF 32).

eu tive a sorte de acompanhar o desenvolvimento do IMEP... figuras importantes [chamadas] para fazer palestras... Samuel Pessoa, Frederico Simões Barbosa, cientistas ilustres da saúde pública brasileira [eram convidados] e davam cursos de medicina preventiva e de estatística. ... eu acompanhei aquilo e me interessei por essa coisa chamada medicina preventiva, foi aí onde eu tomei conhecimento do que era medicina preventiva. Fiz microbiologia em seguida no Rio (e-INF 36).

A opção pedagógica do IMEP e seu Projeto de Estudo-Intervenção-Pesquisa provocava e, ao mesmo tempo, demandava por uma ampla e permanente vinculação aos serviços de saúde, constituindo-se como umas das características essenciais do IMEP: “... este Centro de Saúde instalou-se *“nas salas posteriores ao antigo Instituto Evandro Chagas”* (c-INF 1); e *“havia uma perfeita integração entre o ensino, o serviço de saúde e a comunidade”* (c-INF 1).

Esse grande intercâmbio, em um período onde a tecnologia, a comunicação, a cotidianidade do transporte aéreo e a globalização ainda não eram tão difundidas e acessíveis, representava uma grande inovação e abria um amplo campo de possibilidades para a consolidação da excelência científica no campo da Saúde Pública na Universidade Federal do Ceará e no próprio estado do Ceará, através do Instituto de Medicina Preventiva.

A formação de quadros qualificados destinados à academia, a formação em medicina integral própria do ideário do movimento preventivista, a compreensão do processo saúde-doença como um fenômeno social, a formação dos estudantes em campo na realidade social onde atuariam de forma horizontal em todo o currículo das profissões da saúde nas instituições universitárias do estado, representam importantes diferenciais decorrentes do movimento iniciado no IMEP, incrementando o capital simbólico do Instituto e de seus componentes para além da esfera acadêmica estrita.

Esse movimento reverberava também no poder político do estado como um todo. Nas imagens fotográficas registradas à época, é comum encontrar o diretor do IMEP ladeado por líderes políticos da capital e do interior do estado¹⁷.

O IMEP inovou também no processo de iniciação científica, que não era uma prática na universidade ou no curso de Medicina à época, mas desponta com a experiência imepiana. Tal incentivo de vínculo precoce à pesquisa atraía muitos profissionais e estudantes para os projetos desenvolvidos no Instituto. Estudantes desde o primeiro ano da graduação em Medicina, por meio do contato que mantiveram com o IMEP, tiveram sua dedicação à pesquisa reconhecida e foram convidados para colaborar com o IMEP, lá permanecendo até o fim da graduação. Havia uma grande abertura de oportunizar às pessoas ingresso no serviço e nas pesquisas, fossem estudantes, professores ou profissionais do serviço. Vários quadros de excelência que posteriormente vieram a implementar ou consolidar áreas de excelência em pesquisa na UFC, foram egressos, em algum momento, do IMEP:

todas as pesquisas lá tinham o envolvimento do estudante, que era, àquela época, chamado à iniciação à pesquisa [...] e também o IMEP, como ele tinha convênios, ele às vezes conseguia recurso para ajudar os alunos que eram colaboradores (d-INF 19).

No quarto ano, quando eu terminei a disciplina de microbiologia, me candidatei [a bolsa de estudos] e do quarto ano ao sexto ano fui bolsista. E o instituto de medicina preventiva era quem dava essas bolsas (e-INF 36)

o Joaquim Eduardo Alencar, no primeiro ano de medicina, teve a visão de verificar minha dedicação ao método científico. E eu, sendo estudante e não havendo pesquisa na faculdade, nem na fisiologia, nem na farmacologia, nem nas outras áreas a não ser no IMEP, ele me ofereceu uma sala no biotério da instituição, onde eu comecei a fazer trabalho em câncer experimental. [...] E eu não tinha bolsa, trabalhava como voluntário (d-INF 16).

Trouxe os primeiros tumores experimentais e fiz os primeiros transplantes experimentais dentro desse pequeno laboratório que o Joaquim Eduardo Alencar locou para mim. [...] (d-INF 16)

ele foi um organizador acima de tudo, homem extremamente ligado às verdades científicas. Então, eu posso dizer o seguinte: o Dr. Alencar foi um verdadeiro catalisador na minha formação. Que ninguém aceitava que estudante começasse a fazer pesquisa. Eu fui o primeiro estudante realmente a fazer pesquisa e publicar na época (d-INF 16).

¹⁷ Inclusive em 1963, o governador do estado do Ceará (Valdemar de Alcântara) convidou o Diretor do IMEP para assumir a Secretaria de Saúde do Estado, sendo este convite recusado pela justificativa da importância da permanência à frente do Instituto (OLIVEIRA; TOMÉ, 2012).

Essa inserção precoce na pesquisa, inclusive, influenciou nas escolhas profissionais e acadêmicas posteriores dos futuros médicos. Estudantes do período também relatam a importância das experiências vivenciadas no IMEP para a definição de suas escolhas profissionais. O IMEP renunciou várias ações que, futuramente, desenvolveriam como médicos e gestores: o contato mais próximo com a comunidade, o respeito à cultura local, a educação em saúde, a visão generalista, a articulação da comunidade, a municipalização, a regionalização, o foco na prevenção e promoção da saúde:

esse tipo de formação básica dá a devida dimensão para se tratar as pessoas, os seres humanos e não apenas as doenças, ao contrário da maneira clássica como os livros e os compêndios, em sua maioria estrangeiros, ensinam. Mostra a doença como um acontecimento na vida de uma pessoa humana. É gente de carne e osso que adocece. Não é o 'caso' do edema agudo de pulmão, é o Sr. José da Silva que, por uma circunstância de sua existência, está acometido de edema agudo de pulmão (d-INF 30).

A precoce experiência com a prevenção, com a atuação fora do espaço hospitalar, parecia revolucionar o processo formativo do médico, contrapondo-se ao modelo flexneriano de educação médica dominante à época da criação do IMEP, quanto aos objetivos que os estudantes tinham de cumprir no período de formação. As práticas assistenciais-pedagógicas do IMEP aconteciam também à luz do que hoje reconhecemos como Humanização em saúde (BRASIL, 2013):

Os alunos integravam-se, em todo o correr do curso, com o tipo de trabalho a enfrentar quando se formasse, fora do ambiente hospitalar. Andavam em ruas sem calçamento, com esgoto fluindo pelo meio, conviviam com as condições de pouca higiene das moradias, tomavam conhecimento com o trivial simples da profissão, como atender pessoas afetadas por verminoses, diarreias, amigdalites, pneumonias, dismenorreias e não somente com complicações raras (também muito válidas de serem aprendidas), que se viam e se veem no Hospital das Clínicas e outros hospitais de ensino (d-INF 30¹⁸).

Como eu dizia: Olhem, olhem. Vocês tem olhos, vocês observem... estava mandando que eles olhassem, que eles vissem que aquilo era mais importante do que até exame de laboratório. [...] O IMEP tinha um valor extraordinário, porque abria os olhos dos [estudantes] para um problema social. [...] Qualquer pessoa da medicina tem que saber disso. [...] Um médico não pode ser indiferente... ensinava tudo isso na preventiva (e-MJC).

O IMEP aproximou do social, os estudantes faziam pesquisas não só de doença, mas também de condições econômicas e sociais (e-INF 1).

É certo que essa novidade, inventividade e integração não eram fáceis de se implantar e esbarravam em alguns desafios institucionais. O IMEP exigia dos professores e dos estudantes uma integração e disponibilidade mais integral, o que incomodava alguns grupos, mas, por outro lado, motivava o grupo envolvido, que conseguia acompanhar os resultados, sejam de sua atuação junto à comunidade, de sua própria formação ou mesmo da formação acadêmica:

[O IMEP] era uma unidade integrada [...] por isso não havia o interesse pecuniário da coisa, nós trabalhávamos lá, ganhávamos dinheiro, nós éramos da faculdade, mas nós não tínhamos aquela ganância de só fazer aquilo por dinheiro, nós trabalhávamos, não tinha nem horário para trabalhar, trabalhava de dia, trabalhava de noite, na hora que precisasse das coisas a gente fazia, viajava cada qual no seu carro. Eu sei que era um negócio bonito e que foi criando-se um bem e alguém achou de querer acabar (d-INF 32).

... os professores da faculdade de medicina é que se sobrecarregavam de alunos porque vieram todos os alunos, farmácia, odontologia e enfermagem para receberem a aula dos professores da faculdade de medicina. Os professores das outras faculdades não vieram... (d-INF 1).

A minha formação toda eu deixo por conta do IMEP [...] Foi uma base. Para mim, o IMEP foi uma escola. Foi muito interessante (d-INF 13).

Como seria de se esperar em processo de profundas mudanças institucionais, ademais no ambiente acadêmico de autonomia didático-pedagógico do corpo docente e de poder institucional concentrado nas cátedras, havia resistências de diversas ordens, originárias de certos setores universitários que nunca se integraram ao projeto político-pedagógico conduzido pelo IMEP:

Alguns professores que eram contrários a qualquer mudança por serem conservadores demais. Então tinha a mudança da medicina preventiva mudando todo o currículo da faculdade. Era essa a intenção. [...] eles não queriam mudanças que deveriam dar mais trabalho, maiores obrigações (d-INF 23).

[...] alguns professores fizeram objeção [...] a gente sabe que existem professores que gostariam de chegar aqui (ou nem chegar ...) e só receber. Então, acho que houve um período que isso travou muito o IMEP... (d-INF 1).

Eduardo de Alencar, organizador e líder político-científico do IMEP, parece ter tido um perfil de gestão rigoroso, pautado na exigência de muito trabalho, valorizando

e acompanhando o desenvolvimento de cada ação. Se esse perfil rígido abria espaços de resistências ao projeto do IMEP, e, sem dúvidas, incomodava professores e gestores que pautavam seu trabalho em outros valores, por outro lado motivava a equipe comprometida, fazendo permanecer apenas as pessoas mais dedicadas:

[O Alencar] era um camarada caxias, chato e exigia que o sujeito trabalhasse e não queria saber. A gente, se faltasse um dia, descontava do ordenado (d-INF 32).

[...] Teoricamente, foi o Dr. Alencar o realizador, eu digo sempre: briguei muito com o Dr. Alencar, mas que foi uma grande escola, foi. Até de administração... porque às vezes podia ser médico, podia ser administrador, porque fazia pacto para trabalhar. Eu acho que o administrador, o pacto dele é esse, botar o povo para trabalhar. [...] Aquele negócio: não faz e não quer que outros façam (d-INF 1).

Era um homem de visão, lutador, trabalhador [e] [...] como sabia colocar o povo para trabalhar”, [...] [foi então] “pioneiro na luta pela Saúde Pública” (c-INF 1).

Ele podia ter mil defeitos, mas tinha uma grande qualidade: capacidade de ir atrás das coisas e conseguir (e-INF 1).

Eu não sei se ali foram as pessoas escolhidas a dedo, porque só sendo. Era uma diferença tão grande que todo mundo dedicava-se às pessoas que participavam do IMEP (d-INF 1).

Apesar de toda as inovações promovidas durante a primeira metade da década de 1960 nos processos teórico-conceituais e práticos do ensino em saúde e de formação docente; nos processos de pesquisa e de formação de pesquisadores; nos processos didáticos-pedagógicos de integração ensino-serviço-pesquisa, entre outros, o IMEP teve uma breve existência - no tempo cronológico estrito. No ano de 1964, Alencar foi preso e o IMEP invadido, saqueado arbitrariamente e desarticulado por intervenção do regime político autoritário implantado no país:

É em 64, na hora que o golpe militar aconteceu, o Alencar foi preso. O Alencar visitou a China, tinha visitado a Rússia, então pensaram ‘eita, esse rapaz deve ser um super comunista’. Visitou a China, que era um dos dois grandes países comunistas do mundo... União Soviética e China e ele tinha visitado os dois. Então a polícia entendeu que ele era um dos comunistas importantes do Ceará e prendeu o Alencar. E aí ele teve que sair do Instituto. Ele foi pra Itália, depois voltou e foi pra Organização Pan-americana de Saúde, depois foi que se afastou. [Esse movimento preventivista] durou então de 59 a 64. O instituto ainda continuou algum tempo, não é, mas sem a cabeça, sem o defensor (e-INF 36).

Quando foi no tempo da revolução, a bendita, a gloriosa, a de 64, meteram o Alencar na cadeia. E tomaram o que ele tinha (risos), acabaram com o Instituto. Quando o Alencar foi preso, o diretor do DNERu, que era um safadista militante. Esse camarada avançou lá para

carregar as coisas. Rapaz, carregou birô, tudo o que tinha, tudo o que era do DNERu, ele levou. Foi um verdadeiro assalto. E esse camarada levou isso e jogou lá no depósito. Quer dizer, o que tava sendo utilizado com finalidade, passou a ser desutilizado num depósito. [...] E levaram tudo, acabaram com tudo por nada... (d-INF 32).

O ataque do estado autoritário ao IMEP, através do arbitrário acontecimento da prisão e exílio de Alencar, também foi marcado nas linhas da história pela apreensão ilegal de patrimônio público sob a guarda da UFC e do IMEP. Mas o acontecimento histórico também foi demarcado pela resistência de muitos dos estudantes, professores e profissionais que ali desenvolviam seus trabalhos. Bastante ilustrativo é o episódio em que uma professora da UFC vinculada ao IMEP, atendendo um paciente, teve seu consultório invadido por homens que queriam retirar tudo o que pertencesse ao DNERu - a professora, em sua obstinação e compreensão do trabalho desenvolvido pelo IMEP, continuou atendendo, mesmo sem mesas e cadeiras disponíveis. Uma ação de resistência corajosa ao arbítrio e à brutalidade - a chamada coragem moral:

[...] Nós tínhamos esse convênio, tínhamos também muito material permanente: era mobiliário, principalmente. [...] E chegou uma pessoa e disse: a mesa e a cadeira tem que sair porque é do DNERu. Então ficou o paciente, levaram a mesa e a cadeira. Daí começou o desconforto, até que então o Dr. Alencar foi realmente para a prisão e quase todos nós fomos (d-INF 13).

Queriam destruir mesmo. E destruíram, oficialmente. Mas nós é porque éramos um grupo muito coeso. Aí chegou uma turma lá, pediram licença e entraram e reviraram todos os móveis. Só ficou o que era do IMEP. Eu fiquei em pé atendendo o paciente porque não tinha mais onde sentar. Tudo o que não era do IMEP eles levaram. Aí eles foram embora, eu fiquei atendendo o paciente (d-INF 31).

Fiquei muito triste quando, em 1964, vi caminhões chegarem para levar os móveis e dismantelar o IMEP. Eu vou lhe falar que chorei. Na realidade, eu acho que a universidade falhou porque as pessoas que deram continuidade depois que o Joaquim Eduardo Alencar foi preso e depois deixou o país, as pessoas que deveriam ter mantido o IMEP não tiveram força política ou o desejo científico de fazê-lo (d-INF 16).

Sinto-me triste e decepcionado com o que fizeram os que trabalharam para desarticular e eliminar aquela valorosa instituição (d-INF 19).

Trinta dias após o golpe, Alencar recebe, tarde da noite, uma ordem de prisão em sua casa. Ele foi preso, por 18 dias, em situações precárias, sendo submetido a “*interrogatórios agressivos a ameaçadores*” que lhe perguntavam se ele era comunista e o intimidavam com frases do tipo “*Doutorzinho, você está vendo estes postes na rua? Eles serão poucos para pendurar cabeça de comunista*”. Segundo carta de sua esposa,

ele passou por muitas humilhações, apesar de ser um cientista reconhecido (ALENCAR, 2004).

Depois da prisão, Alencar e a esposa procuraram ir a um congresso na Itália, mas o passaporte deles não foi renovado. Enviaram, então, o trabalho para ser apresentado por um colega italiano no congresso. O fato de a comunidade científica ter tomado conhecimento da detenção de Alencar gerou inúmeros protestos de cientistas do mundo inteiro direcionados ao governo brasileiro e repercutiu em um convite para que Alencar realizasse, como bolsista do Instituto Superiori de Sanità da Itália, uma pesquisa. Alencar aceitou o convite, teve liberação para renovar os passaportes e ficou por dois anos na Itália. Ainda com receios de voltar para o Brasil, passou a ser representante oficial médico da OPAS por 3 anos. Somente depois de tudo isso, Alencar retornou para o Brasil (ALENCAR, 2004; SOUSA, s/d).

No ano de 1969, o IMEP foi finalmente extinto.

Após o AI-5 (Ato Institucional nº5) da Junta Militar, de 13 de dezembro de 1968, uma sexta feira, e com a implantação da Reforma Universitária, no ano seguinte, o de 1969, o IMEP foi desativado, tendo os professores, seu acervo e patrimônio cultural, quando não destruídos, dispersados pela Universidade ou alhures, já que o arbítrio instaurado tudo podia (d-INF 30).

Apesar da intervenção do governo militar no IMEP, e das acusações de ordem político-ideológicas dirigidas ao diretor, com seu posterior exílio, as narrativas dos contemporâneos do IMEP, mesmo atualmente e sem a repressão típica do regime militar, são unânimes em afirmar que o Instituto não era palco de movimentações políticas ou partidárias de qualquer ordem. O Instituto congregava muitos profissionais e estudantes e em sua atuação acadêmica e assistencial defendia um modelo de serviços de saúde, de ensino, de pesquisa, de ações integrais de saúde e de atuação comunitária próprias do movimento preventivista e da saúde pública nacional e internacional.

Entretanto, o contexto político do período desencadeou as ações repressivas contra o IMEP, pelas razões ideológicas historicamente conhecidas; e quem sabe, também, a partir, inclusive, de denúncias internas à academia, fruto talvez da inveja conforme referem alguns – por inveja pessoal em relação à projeção acadêmica alheia. Em respeito à história do IMEP e de seu idealizador, transcreveremos na sequência o conjunto das narrativas daqueles que participaram de perto desse momento histórico

inovador da UFC, o Instituto de Medicina Preventiva – IMEP, como um registro escrito de seus testemunhos sobre aquele acontecimento hoje condenado pela história:

... a coisa foi criando um vulto muito grande a ponto de crescer os olhos dos invejosos... Quando chegou a revolução de 64, nós ali dentro fazíamos só pesquisar. A nossa intenção era pesquisar, trabalhar, era um entusiasmo, a gente dava injeção em cachorro, pegava cachorro com calazar, fazíamos curvas de calazar... [...] aí então o pessoal teve inveja dele. Foi dizer que aquilo era um centro comunista. Não tinha nada a ver, entende? A gente tava ali para trabalhar e estudar... Ninguém tinha nada, eu nem entendia o que era comunismo, nunca tinha lido nada não, tá entendendo? (d-INF 6).

Em 1964, ocorreu a revolução... Aí então quem tava trabalhando, visando a participação em comunidade, todos se saíram mal... Porque nós tínhamos a participação em comunidade, tínhamos um discurso que esse discurso dizia que as pessoas que tinham direitos a adquirir seus direitos... E nós não podíamos falar de medicina preventiva se não falássemos isso. [...] A questão das doenças endêmicas era a moradia, não é? A gente sabe que era a moradia e ele (Dr. Alencar) dizia isso aos alunos, em sala de aula. E automaticamente nós formamos o mesmo discurso (d-INF 13).

Eu percebia que algumas pessoas tinham inveja do que se fazia ali. Alguns clínicos que nunca tinham pegado numa pipeta, que não sabiam o que era uma investigação médica, alguns indivíduos que eram mediocres. Porque havia uma coisa muito interessante dentro do IMEP, havia um senso de se cultivar a excelência (d-INF 16).

Eu acho que o IMEP não deveria nunca ter sido extinto porque ele tinha uma ação muito bonita. Basta que eu lhe diga que eram organizadas quatro mil famílias cadastradas (e-MJC).

Fazíamos um trabalho direito, decente, honesto, produtivo. Parece que passou um trator (d-INF 31)

Sabe o que é que o povo tinha? Medo. Que aquilo fosse usado politicamente. [...] Mas que o trabalho era bonito era. E que funcionava, funcionava (d-INF 1)

Com a revolução, tudo foi trancado. Eu cheguei a ver as salas com madeiras pregadas, pregos grandes e havia uma confusão muito grande do que era trabalho com a comunidade e comunismo (c-INF 28).

À época, essa perseguição política também chegou, direta ou indiretamente, a atingir alguns outros professores, com inquéritos, denúncias, constrangimentos, ameaças e interrogatórios no próprio espaço da Universidade e com sua colaboração institucional:

[comigo]... eles não fizeram nada... fizeram só o seguinte: me deduraram de que eu era comunista... mas o pessoal da comissão, antes de me chamar, fizeram um inquérito chamando três ou quatro professores, e um deles, que era o Lauro de Oliveira Lima, disse uma coisa muito interessante ... disseram assim: ‘Oh, a Dra. Zélia está aqui

arrolada nesse negócio, dizendo que ela é comunista'. Ele disse: 'comunista? Aquilo é... é chata' (risos) (d-INF 6).

... começou a surgir um certo, vamos dizer, desconforto. Foi quando eu fui chamada duas vezes no gabinete do diretor da faculdade de medicina em que ele pediu que eu tivesse cuidado com as palavras. [...] Aí passou algum tempo e já fui chamada outra vez, que eu tivesse muito cuidado porque nós estávamos sendo visados. [...] (d-INF 13).

Eu me recordo de uma enfermeira, que era consultora da Organização Mundial de Saúde, estava no IMEP a bastante tempo, teve que regressar. Ela voltou para o país dela sem nenhuma justificativa, certamente coisas do poder central (d-INF 19).

As narrativas contemporâneas aos fatos afirmam que, nem mesmo em sua vida pública de cidadão livre, atuando de modo externo ao seu trabalho no IMEP, o professor Alencar não tinha qualquer vinculação, inserção ou filiação partidária:

... apesar do Dr. Alencar ser um homem de formação socialista, ele não se utilizava de nenhum recurso para induzir as pessoas a adotar comportamento político [...] Nós tínhamos muito escrúpulo nessa coisa, não só pelo momento, mas porque na universidade esse não era o objetivo (d-INF 19).

o Dr. Alencar, esse sempre deu apoio cordial a essas pessoas [pessoas da oposição ao governo], mas no fundo, porque eu conversei com o Alencar, ele não entendia bulhufas de nada, de partido, de nada, ... então era um ignorante igual a mim nessas coisas... Mas a gente gostava era de trabalhar... Aí cresceu os olhos assim. [...] (d-INF 6).

... as histórias que eu tenho para contar para você ... se fosse puxar da minha memória... são histórias de pessoas altamente trabalhadoras, que não estavam nem ligando para o mundo, nem para almoço, nem para nada... nem para horário... E a coisa tomou muito vulto... chegou ao ponto da inveja... Assim, caíram em cima... Tentaram e conseguiram derrubar (d-INF 6).

Eu acho que houve um engano do governo militar que viu no IMEP um locus aonde toda a esquerda se reunia. E eu posso dizer que nunca vi proselitismo no IMEP sendo feito. Eu nunca vi o Dr. Alencar, Dr. Raimundo, nenhuma dessas pessoas, jamais vi qualquer conotação política. Eu vi muita conotação científica, epidemiológica e um grande desejo de melhorar o país do ponto de vista tecnológico, biotecnológico e ético (d-INF 16).

Tinha colega lá dentro que foi denunciado... que o Alencar estava fazendo proselitismo político. Eu trabalhei com o Dr. Alencar desde o primeiro dia de abril de 1957. Eu me formei em 56 e fui trabalhar com ele em 57 e nunca o Alencar trouxe... tratou de assunto político e eu era um camarada novo, bom de ser aproveitado, que eu vivia no mundo, viajando [por conta das campanhas das endemias rurais]. Nunca fui contatado para coisa nenhuma de política, nem coisa nenhuma (d-INF 32).

Forças retrógradas, internas e externas, tudo fizeram para denegrir o IMEP. À época da ditadura, o campo era fértil para tudo ser relacionado

com movimento de esquerda e as lideranças do IMEP incomodaram as [autoridades] de plantão. O trabalho de campo que o IMEP fazia e consolidara passou como pretexto para alguns se prestarem a divulgar, entre setores militares, dos perigos que tal trabalho poderia vir a influir em movimento populacional, porque o objetivo imediato dos militares era evitar ou inibir reuniões de todos os níveis (d-INF 19).

O que aconteceu foi o seguinte... veja o trabalho do IMEP incomodava na época porque você sabe que naquela época vivíamos um estado de exceção e muita gente que não gostava do IMEP passou a fazer um trabalho junto às autoridades... eu não sei se militares ou governamentais, ou somente militares. Mas foi minando as atividades do IMEP como atividades que envolviam liderança e envolvendo liderança da população [...] uma das coisas que os militares fizeram foi justamente usar todos os mecanismos possíveis para evitar aglomerações, tanto é que modificaram até nossas casas [...]então, tudo fazia com que o IMEP realmente não fosse bem visto (d-INF 19).

Em resumo, o fim do instituto se iniciou com sua desarticulação a partir de 1964, agravou-se com o AI-5 em 1968 e concretizou-se em 1969, como consequência da Reforma Universitária, quando os professores remanescentes do IMEP foram dispersados por vários outros departamentos acadêmicos da UFC, inclusive para o Departamento de Saúde Comunitária, que agregou as disciplinas com perfil de atuação comunitária (medicina preventiva, doenças infecciosas, pediatria e ginecologia-obstetrícia):

a curta existência do IMEP reflete o obscurantismo instalado no país, com a ditadura militar após o golpe de 1964, e que recrudescer com o Ato Institucional nº5... acabando por levá-lo à destruição, dispersão de seus professores e pesquisadores, circunstância causadora de grande prejuízo, não só para o ensino médico mas também para o de todas as outras áreas da saúde, feito ali de forma integrada, e ainda da população atendida no Centro de Saúde, parte integrante da sua estrutura de funcionamento (MONTEIRO, 1997).

O balanço final sobre os interesses envolvidos na desarticulação do IMEP nos permite compreender que a grande perda com o fim do IMEP foi para os estudantes, a comunidade, a Universidade e para a pesquisa. Percebe-se grande pesar pelo fim do IMEP e pelas perdas advindas da finalização daquele modelo pedagógico. O sentimento de pertença ao período vivenciado do IMEP se expressa nas narrativas dos entrevistados e pode-se identificar nas atitudes de alguns profissionais que, apesar do tempo, nunca deixaram de empenhar-se ao máximo para manutenção da memória e da filosofia de trabalho de instituto:

a extinção do IMEP ..., [representou] perda irreparável para o ensino, a pesquisa e a extensão. Perda maior foi para a população e para a formação dos profissionais da saúde, que passaram a ter uma formação acadêmica sem uma visão real dos aspectos sociais e culturais no contexto da saúde e da doença [...] basta ver o pessoal formado naquela época, tinha essa visão, e a influência foi tão forte que hoje você tem oftalmologista fazendo trabalho de epidemiologista [Dr. Fernando Monte é um, Dr. Luciano Xavier Ribeiro é outro, que tem uma monografia feita com relação a hanseníase] (d-INF 19).

[Acho que quem menos perdeu] foi o Dr. Alencar, porque o jogaram para os lugares mais avançados do mundo, quando ele trabalhou na Europa, trabalhou na Itália, vendo o calazar no mediterrâneo. Trabalhou no México durante muito tempo em saúde pública. Projetou-se internacionalmente. Ele já era projetado, mas foi aí que ele se projetou mais. E depois até em Cuba, onde ele passou como um dos conselheiros da Organização Panamericana de Saúde. Perdeu a Universidade, perderam os alunos, perderam os grupos. E nós tivemos um atraso de 10 anos no reinício da pesquisa na universidade (d-INF 16).

... o fator desagregador da reforma universitária foi extremamente prejudicial. [...] se você já não tem ensino integrado e não tem uma formação de colegas, integralmente, aí cada vez fica mais desagregador, quer dizer a competição passa a ser como um mundo cão, ninguém confia em ninguém. Aí, salve-se quem puder. [...] Então, se você olhar a equipe de um hospital trabalhando. Então, você vê que não existe equipe, cada um quer mostrar serviço, o doutor não leva em conta o trabalho do enfermeiro, o enfermeiro não leva em conta o trabalho de auxiliar e por aí vai (d-INF 19).

[Se alguém lucrou] foram aquelas pessoas retrógradas que participaram do processo [de desarticulação do IMEP] Esses podem ter lucrado porque eles podem ter satisfeito o ego da irresponsabilidade [...] porque era um trabalho meritório, um trabalho acadêmico acima de tudo, não tinha conotação político-partidária, (d-INF 19)

O grande entusiasmo que eu teria era no dia que eu visse a UFC recompondo os institutos. [...] Havia um senso de corpo, de união, havia um senso de propósito. [...] (d-INF 16).

Esse sentimento pelo IMEP também se reflete na impressão que a grande maioria dos entrevistados tem em relação ao professor Alencar, que encabeçou esse trabalho tão inovador. As origens da SC apresentam-se ligadas à parasitologia, área na qual era inevitável perceber a interface existente entre as condições sociais e os aspectos sanitários. Era impossível estudar endemias rurais e doenças parasitárias sem fazer um paralelo com os determinantes sociais. Junte-se essa visão com as oportunidades de estudo no exterior, estavam plantadas as raízes da SC no Ceará. Talvez o professor Alencar nunca se reconheceu como sanitarista, mas sim como parasitologista. Contudo, os médicos que lidavam com doenças parasitárias e infecciosas foram compreendendo cada vez mais sobre a ampliação do cuidado e a determinação social da saúde. Esse foi

um movimento nacional que pôde ser identificado também no Ceará. Foi essa a grande herança do IMEP, que depois se refletiu, mesmo que indiretamente, na construção e atuação do próprio DSC:

... Alencar é um homem que devia ter nome bem alto na saúde pública do Ceará [...] o Alencar deveria estar num patamar muito mais elevado dentro da saúde pública no Estado do Ceará, porque foi um sujeito que viveu a saúde pública, que fabricou sanitaristas, quase todos nós sanitaristas saímos daqui. [...] uma série de médicos que foram alunos dele e que trabalharam com ele no IMEP saíram por aí fazendo Saúde Pública (d-INF 32).

O IMEP foi pioneiro na integração ensino-serviço-comunidade de forma interprofissional, incluindo isso desde os semestres iniciais da graduação. Além disso, promovia uma articulação com os serviços de saúde e a parceria ciência-política pública. O IMEP deu passos em responder às inquietação da formação de ensino superior que ainda são desafios no século XXI (FRENK; CHEN; BHUTTA; COHEN *et al.*, 2010), bem como implantou modelos de atenção à saúde mais focados na Atenção Primária à Saúde que, até hoje, são pautas das diretrizes curriculares nacionais (HADDAD; MORITA; PIERANTONI; BRENELLI *et al.*, 2010).

Podemos considerar o IMEP como um acontecimento histórico precursor do atual momento de constituição do campo da Saúde Coletiva na Universidade Federal do Ceará. O estudo de sua história institucional torna-se essencial na compreensão da história e do presente do Campo da Saúde Coletiva na UFC, uma vez que foi por meio do IMEP que se introduziu no Ceará um processo que estava sendo vivenciado em outros centros de formação – o movimento preventivista – que no transcurso histórico veio a construir a SC do país (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2017; OSMO; SCHRAIBER, 2015).

CAPÍTULO 6: CONSTITUIÇÃO HISTÓRICO-INSTITUCIONAL DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA NA UFC – PERÍODO 1970-1990

A Reforma Universitária¹⁹ ocorreu ainda na ditadura militar e pouco tempo depois do fim do IMEP, em 1969. Com essa reforma, as graduações em saúde, que eram conduzidas pelas escolas específicas, foram incorporadas pelo Centro de Ciências da Saúde (CCS). Vários departamentos também foram fundidos.

Nesse processo, o Departamento de Saúde Comunitária (DSC) passou a incorporar os departamentos (ou cadeiras em alguns casos - as antigas cátedras) de Higiene e Medicina Preventiva; de Pediatria; de Ginecologia e Obstetrícia; e o de Doenças infecciosas e parasitárias.

Consideramos, como consequência, o Departamento de Higiene e Medicina Preventiva - onde estava situado operacionalmente o IMEP - como um dos precursores institucionais do DSC. O transcurso da história institucional da UFC, a partir das fontes documentais e das narrativas dos informantes chave entrevistados, como veremos, justifica considerarmos o IMEP e seu sucedâneo, o DSC, como momentos processuais da constituição do Campo da Saúde Coletiva na Universidade Federal do Ceará - UFC.

Afinal, até início da década de 1990, quando o Campo da Saúde Coletiva, através do PPGSP-UFC, começou a ser consolidado enquanto tal, o DSC ainda era composto pelos professores da área de pediatria, ginecologia – obstetrícia, além de sanitaristas ou com formação em Saúde Pública remanescentes do antigo IMEP ou incorporados ao Departamento de Saúde Comunitária recentemente (UFC, 2017a; 2019c).

Com a Reforma Universitária, o DSC assumiu todas as disciplinas que haviam sido estruturadas pelo antigo Departamento de Higiene e Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina em articulação com o IMEP, e que estavam presentes no currículo do primeiro ao quinto período, quais sejam: Estatística (1º semestre); Antropologia cultural e educação sanitária (2º semestre); Epidemiologia geral, e Higiene do Meio (ambas no 3º semestre); Epidemiologia especial, e Higiene do trabalho (as duas no 4º

¹⁹ Reforma universitária trata-se de um processo de modificação da organização curricular e de organograma da universidade, o que impacta na formação. Essa formação foi muito importante porque reorganizou administrativamente a UFC, realocando a formação em Saúde Pública/Comunitária/Social, aqui tomada como objeto.

semestre); e Administração sanitária (5º semestre) (DSC, 2019). Além dessas, também aquelas vinculadas à clínica em pediatria, obstetrícia e ginecologia.

As disciplinas mantiveram-se, mas tal Reforma, e a departamentalização que a implementou, além de uma mudança de rumo político-institucional, promoveram modelos didático-pedagógicos e organizacionais que concorreram para a desintegração da unidade entre os professores ou os estudantes em relação a suas respectivas categorias:

Eles conseguiram derrubar o IMEP [não só] tirando, pegando as cadeiras, [mas] fazendo o seguinte: como os alunos eram muito ligados uns aos outros, por causa das turmas, [a Reforma desarticulou] as turmas, estabelecendo um sistema de créditos e dissolveu aquela harmonia que havia entre os professores [...] (d-INF 6).

até que veio a desintegração, que acabou com o curso de medicina, que era o curso que era unificado [e implantado o sistema de créditos]... (d-INF 32).

A Reforma Universitária tinha, dentre seus objetivos expressos, a intenção de modernizar o ensino e fomentar a articulação entre ensino, pesquisa e extensão nos moldes americanos (MARTINS, 2009).

Na área da saúde, fortalecer o ensino da prevenção também acabou sendo uma das metas possíveis por meio da criação dos departamentos. Para a grande maioria das instituições de ensino, a criação dos departamentos de Medicina Preventiva foi o recurso para a institucionalização desse campo do conhecimento, possibilitando posteriormente o ensino de pós-graduação em Saúde Pública e áreas afins (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2017; 2018; OSMO; SCHRAIBER, 2015; SCHRAIBER, 2008).

Todavia, a sua execução no Ceará gerou certas anomalias, uma vez que a implantação da reforma, em plena ditadura militar, também tinha o intuito de promover a desarticulação dos estudantes diante do novo regime de carga horária baseada em créditos (ROTHEN, 2008).

A experiência anterior, o IMEP, buscava promover tanto a integração da turma, quanto um processo de vinculação entre ensino, pesquisa e extensão de forma articulada com o serviço de saúde e a realidade social. Desarticular o IMEP fez perder as duas metas, que a reforma parece não ter conseguido suprir. E, diante desse cenário, a reforma no Ceará, não alcançou o mesmo perfil de transformação que é citado como alcançado em outros estados. Sendo, do ponto de vista da Medicina Preventiva, um

retrocesso (conforme narrativa dos entrevistados do capítulo anterior), uma vez que as disciplinas já existiam e estavam entre as mais articuladas.

O sucessor de Alencar na gestão do IMEP²⁰, e que depois assumiu a Universidade, era amigo pessoal de Alencar, mas não tinha afinidades acadêmico-profissionais com a área de Medicina Preventiva. Na qualidade então de catedrático (titular depois da Reforma Universitária) e mantendo relações pessoais de amizade com o professor Alencar, participou, entretanto, de todas as ações, publicações e projetos do antigo IMEP.

A Reforma Universitária implantou uma das pautas contra as quais o movimento estudantil lutava em 1968. A reforma promoveu uma dispersão dos estudantes e professores, dificultando qualquer atividade política na Universidade. No novo tempo, também havia segmentação do aprendizado e matérias por disciplinas cada vez mais específicas (MONTEIRO, 1997).

A desarticulação política e pedagógica aqui citada pode ser ilustrada pelos exemplos enumerados por d-INF 30 em seu memorial:

Não havia mais o DA, restou apenas a Associação Atlética, que anteriormente era um departamento do DA, como única forma de agregação dos estudantes. O DA só foi reativado em 1978, dez anos depois de ter sido fechado. Havia também a “Representação Estudantil” nos Departamentos e Conselhos de Centro da Universidade, constituída através de eleição. Para concorrer, vinham listas prontas da Universidade com os nomes dos alunos, escolhidos pelo critério de ter as melhores notas. As conversas agora versavam sobre futebol, as dicas de provas e outras futilidades menores. Todos tinham medo quando alguém falava de política. Logo pensava-se que podia ser um dedo duro fazendo provocação. E eles estavam em todos os lugares. A paranoia era necessidade diária para a sobrevivência. Não mais a matrícula era feita por semestre, mas por matérias oferecidas com número de vagas limitado. Cadeiras como Clínica Médica foram diluídas em múltiplas especialidades, perdia-se a visão de conjunto, ficava-se na visão segmentada do corpo humano e da realidade. Este era o rumo oposto ao proposto pelo IMEP, a integração. Tanta era a dispersão que, mesmo marido e mulher podiam não conseguir cursar as mesmas matérias os dois juntos.

Durante a Ditadura Militar, houve investimento em um modelo de assistência privado, curativista e superespecializado, cujo locus prioritário de atuação-formação era

²⁰ Esse sucessor era Walter Cantídio, conforme narrativa de Maria Zélia Rouquayrol, uma das poucas docentes do IMEP que participou das etapas posteriores da construção do campo da Saúde Coletiva na UFC, após a extinção do IMEP, nas décadas entre 1970 – 2000.

o hospital e a lógica de funcionamento pautada na compra de bens e serviços de saúde. Em 1967, com a unificação de todos os IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a cobertura previdenciária tornou-se ainda mais abrangente do que era na década de 1950 e início dos anos 1960, atingindo, então, praticamente toda a população das zonas urbanas e rurais (BARBOSA, 2017).

O Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, instituição vinculada à UFC, em documento elaborado diz que:

[Durante a Ditadura Militar,] a Saúde Pública passou a privilegiar a medicina curativa, baseada na medicalização e na hospitalização, objetivando unicamente a manutenção da força de trabalho. Grupos econômicos, como: a indústria farmacêutica, de materiais hospitalares e as prestadoras de serviços de saúde, tiveram um crescimento extraordinário. O Estado, com verbas do sistema previdenciário, passou a financiar esses setores. A medicina preventiva é secundarizada e a estrutura pública estatal totalmente sucateada (p. 1) (NESC, 1995).

A formação universitária pós-reforma podia até conter alguns conteúdos teóricos sobre Medicina Preventiva, mas, quando esses estudantes iam aos serviços públicos de saúde, identificavam uma realidade totalmente distante do ideário preventivista. Dada a desarticulação entre as disciplinas, gerava-se certa precariedade no ensino em Saúde Pública/Coletiva. Além disso, os estudantes não conseguiam perceber a real finalidade e utilidade daqueles conceitos trabalhados pelas disciplinas do campo da saúde pública/coletiva do DSC. Em suma, prevalecia uma formação prioritariamente teórica, desarticulada, sem vinculação com a prática profissional futura e desvalorizada pelos estudantes discentes. Essas conclusões estão impressas nas narrativas de vários entrevistados que foram estudantes nesse período.

Entre 1978 e 1983, em uma tentativa de retomar e novamente implementar a formação a nível de pós-graduação em Saúde Pública na UFC, o DSC passou a sediar também especializações em Saúde Pública, das quais antigos professores do IMEP também participavam do corpo docente. O DSC fez então convênios com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde do Ceará para obter condições de oferecer cursos de pós-graduação *latu sensu*, em nível de especialização (DSC, 2019).

O Chefe do DSC no período²¹, reconstrói em sua narrativa, os desafios e necessidades de parceria para desenvolver essa modalidade de formação de pós-graduação *latu sensu*:

Nós fizemos o primeiro curso em 78. Às expensas mesmo do departamento sem ter recurso, nem coisa nenhuma, mas nós fizemos o primeiro curso em 1978, depois nós fizemos um convênio com a Fundação Oswaldo Cruz, e daí para cá [até 1983] nós fizemos 5 cursos de Saúde Pública. Cursos que foram bem aceitos e saiu muita gente boa desses cursos [...] Depois quiseram retomar o curso de Saúde Pública e criaram o NESC [...] mas não conseguiram mais fazer o curso de Saúde Pública... (d-INF 32).

O fim dessas iniciativas vincula-se com o encerramento do papel do referido Chefe do DSC, porque ele tinha ligação com a FIOCRUZ/ENSP. Como o DSC estava também muito vinculado às questões da graduação, a consolidação de uma formação de pós-graduação somente será retomada em meados dos anos 90, como veremos a seguir. Dado a inexistência de mecanismos formais regulares de financiamento da pós-graduação à época, percebe-se que muitas iniciativas ficavam a mercê da rede de relacionamentos e das articulações institucionais ou pessoais dos líderes da saúde comunitária em atrair investimentos, recursos humanos e colaborações acadêmicas.

Outra vertente de atuação acadêmica do DSC nas décadas de 70-80, consistiu em projetos acadêmicos de extensão, que proporcionavam aos estudantes experiência no modelo denominado, no Campo da Saúde Coletiva, como “Medicina Comunitária/Saúde Comunitária” (OSMO; SCHRAIBER, 2015), depois articulada com a proposta Atenção Primária à Saúde. Apesar de não se tratar de algo curricular e vivenciado obrigatoriamente por todos os estudantes, esses projetos conduziam a formação e geravam produtos científicos, assistenciais e integração com a comunidade seguindo os passos do IMEP.

Os protagonistas desse processo eram os professores oriundos ou de algum modo vinculados ao IMEP, os denominados “*órfãos do IMEP*”²². Participavam também antigos estudantes influenciados pelas histórias vividas e ouvidas sobre o IMEP, que depois se tornaram professores. Havia o reconhecimento histórico das contribuições de vanguarda pedagógica do IMEP e um desejo de dar continuidade àquele modelo integral de formação, embora vinculados mais ao campo assistencial de extensão de cobertura,

²¹ Professor Ernesto Pinho Pessoa, que foi chefe do DSC no período e posteriormente Diretor do Centro de Ciências da Saúde.

²² Segundo e-INF 3.

característico da medicina comunitária, que em suas origens e princípios tinham uma certa convergência e articulação com a medicina preventiva:

o pessoal que gostava desses assuntos do IMEP veio trabalhar com professor Galba nos projetos de atenção primária... Não surge nada do nada não, não existe isso (e-INF 3).

[fui] ligado a Dr. Alencar que foi um dos fundadores do IMEP. Trabalhei muito tempo com ele como monitor, monitor oficial remunerado e com a professora d-INF 13... a gente chamava monitor voluntário, estagiário e aprendi muito com ela. Ela foi a pessoa que mais influenciou minha vida. E tinha diversos níveis de trabalho, de pesquisa. Tinham muitas coisas que a gente fazia extra à graduação. [...] Aí depois de ser professor, recém concursado, comecei a me interessar pela história do IMEP. Vendo a necessidade... porque nós não tínhamos dado nenhum passo a mais [depois do IMEP], que foi fechado pela revolução como uma atividade comunista. (e-INF 28).

Destacaremos, neste particular, a Professora Maria Auxiliadora de Sousa²³, que representou, na Universidade Federal do Ceará, uma referência em todo esse período histórico do IMEP e na primeira década de atuação do Departamento de Saúde Comunitária, por seus compromissos e história de vida pessoal e acadêmica: *“pobre, negra e mulher, sempre busquei qualificar-me para alcançar meus objetivos”* (UFC, 2017c). *“Dra. Auxiliadora era uma figurona dentro do IMEP”* (e-INF 33).

Uma das pessoas mais belas que eu conheci aqui nessa existência, foi a professora Auxiliadora. Uma mulher muito pobre de origem, mulher, que era discriminada para fazer medicina e muito pobre, muito pobre. Negra, pobre e mulher. A história dela é belíssima (e-INF 28).

A Dra. Auxiliadora ela já vinha de uma experiência em outros países, na África, na Amazônia também. E depois veio uma professora visitante, uma antropóloga, a Marilyn Nations. Que foram duas pessoas que eu trabalhei muito próximas na época da minha formação. [...] Foram pessoas que tinham uma certa sensibilidade. Então nós começamos inclusive a fazer um trabalho na época, na favela

²³ Filha única de uma família maranhense e mudou-se para Fortaleza para estudar. Trabalhou durante cinco anos para reunir as condições necessárias para estudar. Foi balconista, caixa e depois gerente em uma lavanderia na cidade, depois atuou como escriturária em uma indústria de castanha. Aos 25 anos, ingressou na faculdade de Medicina da UFC, formando-se em 1961. cursou mestrado em Saúde Pública pelo Instituto de Medicina Tropical de Antwerpen (Bélgica). Retornando para Fortaleza mestre e com vasto conhecimento acumulado na área, era a única pessoa na capital com esse título, sendo então contratada pela UFC para ensinar Medicina Social. Por conta da aposentadoria, abandonou a docência e passou para a assistência. Trabalhou como médica de família e comunidade em Morada Nova (1998-2000) e Viçosa do Ceará (2001 e 2006-07). Por questões de saúde, deixou o exercício da medicina. Dra. Auxiliadora também publicou muitos trabalhos, fez conferências e escreveu livros. Ela foi reconhecida nacional e internacionalmente por sua militância, atuação e produção científica (UFC, 2017b; c; d).

Gonçalves Dias, que fica próximo ali à faculdade de medicina, enfermagem. (e-INF 14).

... Isso era contado por ela a mim. E ela dizendo que todo ser humano, mas principalmente pele escura tem um odor mais forte, que ela não tinha dinheiro naquela época pra comprar desodorante, ela colocava álcool que era mais barato e o álcool e o álcool ressecava a pele, abria a pele. Ela quando botava ficava se abanando e ela já sofria e essa mulher chegou a fazer medicina, chegou a ter mestrado, teve docência, teve livros publicados em mais de um país fora do Brasil, ser uma referência nacional em estado nutricional, em pesquisa de estado nutricional, de avaliação da nutrição. E essa mulher me levou mundo afora, através de trabalhos que ela publicava, através de trabalho publicado por outros que ela trazia pra nós (e-INF 28).

Inicialmente, a Professora Auxiliadora, como era conhecida, foi auxiliar de ensino no Departamento de Medicina Preventiva e Social (1963-65) e diretora do Centro de Saúde do IMEP ainda na gestão do Dr. Alencar (1963-64); e novamente em 1966, como diretora substituta. Depois assumiu como professora assistente de Medicina Preventiva no DSC (1966-1980), consagrando-se professora titular nos anos 1980.

A Professora Auxiliadora também ensinou em outros cursos de graduação e especialização da UFC; exerceu funções de gestão na instituição, como chefe do DSC (1986-88) e chefe do ambulatório de Medicina Social (1970-75); e atuou como consultora e líder de projetos de extensão voltados à assistência em saúde da comunidade (UFC, 2017b; c):

Foi "*a primeira professora a levar os alunos de Medicina para conhecer a realidade das favelas*", tendo reconhecido trabalho junto às comunidades mais pobres e desenvolvendo estratégias de promoção da saúde desse público (UFC, 2017d):

Como estudante ela nos levava pra favela de Gonçalves Dias. Levava a gente pra lá, pra fazer avaliação de estado nutricional. Ela conseguiu alugar uma casa lá mesmo in loco, nessa época não tinha droga, crack, não tinha esse risco todo e nós ficávamos parte de dias por lá, vendo essa saúde preventiva e a saúde coletiva (e-INF 28).

[Quando ingressei como estudante na UFC, início dos anos 1980] estava havendo já um movimento de mudanças, principalmente nas questões materno infantis. Estava se começando a discutir essa coisa da nutrição, de como trabalhar um pouco mais as questões do saneamento e foi daí que eu comecei a trabalhar com algumas professoras que eu acho que foram muito referenciais. Uma delas: a professora Auxiliadora... (e-INF 14).

... E ali já se começou a se fazer um trabalho que hoje existe uma sistematização, que é o trabalho de ACS, o trabalho de visita domiciliar, o trabalho de equipes ... E aí eu fui me interessando, tinha um

movimento na época de trabalhar as questões do aleitamento materno e aí foi quando eu conheci o doutor Galba Araújo, ele ainda era vivo na época. E eu comecei a fazer um trabalho com ele e com essas professoras. Tinha o trabalho do projeto Pacatuba, aqui no Ceará (e-INF 14).

Neste período, com a participação dos “órfãos do IMEP”²⁴, vários Projetos de atuação comunitária nasceram dentro do Departamento de Saúde Comunitária, uns mais vinculados à obstetrícia, outros mais vinculados à pediatria, outros à medicina preventiva\Saúde Pública, dando de algum modo continuidade institucional, tanto pelas concepções e ações, como pelo projeto de vida de seus docentes, aos princípios e fundamentos iniciados e difundidos pelo IMEP.

Para caracterizar melhor esse período histórico, apresentaremos em mais detalhes alguns dos projetos desenvolvidos ao longo desses anos, destacados pelos informantes-chave entrevistados, de modo a evidenciar as contribuições do DSC em termos institucionais e de participação comunitária, no período aproximado entre 1970-1980. Em resumo, parece-nos que as ações antes desenvolvidas no IMEP foram continuadas em dois eixos principais na perspectiva da medicina/saúde comunitária: a ações comunitárias que eram do escopo das doenças endêmicas, pesquisa no laboratório em parasitologia, estruturaram-se em torno do Projeto Pacatuba; as ações comunitárias que era pertinentes ao centro de saúde tornaram-se projetos de medicina comunitária (em torno do Projeto das parceiras Leigas/PROAIS, entre outros).

O DSC e os projetos de Medicina/Saúde comunitária

O Projeto Pacatuba

Um dos projetos de extensão que buscou dar certa continuidade às ações do IMEP foi o Projeto Pacatuba, que teve origem da iniciativa de professores e estudantes influenciados pela experiência de participação anterior em atividades do IMEP:

“o Projeto Pacatuba saiu de dentro [do DSC], o Projeto Pacatuba foi criado por nós, dentro da cadeira de estatística... Foi na cadeira de estatística. Fomos nós que criamos com o Henry, com o Pessoa, o Frota” (d-INF 32).

²⁴ Segundo e-INF 3.

Agora não havia mais o IMEP. Alguns professores remanescentes, Dra. Zélia Rouquayrol, Dra. Auxiliadora Souza, Dr. Júlio Maria, um grupo de alunos, entre os quais Henry Campos ... desenvolveram um projeto que levava os estudantes até a zona rural, próxima a Fortaleza, nos dias de sábado, o Projeto Pacatuba (cidade vizinha a Fortaleza) (d-INF 30).

O projeto Pacatuba surgiu do protagonismo de alguns estudantes associado ao desejo de alguns professores em fortalecerem o ensino da dimensão preventiva/comunitária da assistência diante da situação epidemiológica do município de Pacatuba:

Em Pacatuba tinha muita Leishmaniose tegumentar. A gente pegava os doentes, examinava e tratava os doentes. Tudo misturado com o DNERu, mas o nome era projeto Pacatuba, porque quem financiava e custeava os meios de cultura, tudo era o dinheiro de Pacatuba. Fazíamos os exames e tratávamos os doentes tudo através do DNERu (e-INF 1).

O projeto Pacatuba foi o Henry, que hoje é da nefrologia e o Zé Galba, e ... o Elcias Camurça Filho. Esses três [estudantes] vieram falar comigo para ver se a gente conseguia... Por que Pacatuba? Porque o Henry tinha o prefeito que era tio dele, e que oferecia uma casa para esses [alunos] e comida, que era só o que a gente queria. Aí, o que é que eu fiz? Eu consegui um ônibus, às vezes era um ônibus da universidade, que a gente saía empurrando, porque ele era velho e tinha um problema (d-INF 6).

Meu monitor era Henry, que além de estudioso e trabalhador, era sobrinho do prefeito ... Com isso, nós conseguimos verbas para colocar o trabalho para frente. E esse trabalho rendeu um trabalho científico muito bom (c-INF 1).

Eu fui coordenador do projeto Pacatuba por vários anos. Eu posso dizer que, em determinada medida, eu segurei o Projeto Pacatuba porque eu me dedicava, eu não queria que ele deixasse de existir, tanto é que fui eu quem, com as amigas e com as coisas que estavam continuamente acontecendo, consegui que a pró-reitoria de extensão adotasse o Projeto Pacatuba... Isso na gestão do Dr. Raimundo Holanda. (d-INF 19).

Então, nós íamos para Pacatuba todos os sábados, eu ia no meu carro de manhã, levava os estudantes, coordenadores de área e ficávamos lá durante todo o dia... Preparando de manhã tudo, para quando os estudantes chegassem ao meio dia, uma hora, eles já tivessem as coisas já, os agendamentos, os laboratórios já em ponto de funcionar tudo, inclusive até a merenda, que era a única coisa que a prefeitura nos dava... (d-INF 19).

O Projeto não contava com apoio institucional da UFC, mas viabilizou-se por meio de arranjos e ligações interpessoais dos participantes, que garantiam as suas necessidades materiais e organizativas básicas. O interesse docente e discente, bem como a abnegação e o senso de responsabilidade social dos participantes, favorecia a condução

do projeto na perspectiva do voluntariado. Na concepção do projeto se mantiveram muitos dos fundamentos imbianos, tanto da Medicina Preventiva que o orientou, como da Medicina Comunitária, movimento internacional que de certa forma sucedeu o movimento preventivista: integração, interprofissionalidade, articulação com os serviços, prevenção, extensão de cobertura para áreas rurais, reconhecimento da realidade social, participação comunitária, voluntariado, relação horizontal professor-estudante, entre outros:

Havia discussão de casos, havia discussões de situações, havia, por exemplo, no Projeto Pacatuba todo semestre havia uma apresentação de resultados, onde a comunidade participava e as autoridades locais também. Era feita uma apresentação por todos os coordenadores de área, porque no projeto Pacatuba, para você ver o nível de integração, havia até agrônomo, estudante de agronomia, estudante de ciências sociais, estudante de odontologia e farmácia. E, no finalzinho, até tinha uma assessoriazinha da área de direito (d-INF 19).

Eu convidei o Prata para ficar coordenando o projeto, pois tinha medo que ele fosse extinto pela falta de quem tomasse conta dele. Porque nenhum professor, aqui não vai acusação a nenhum colega, mas é que os professores não viam muito o porquê de ir para o Projeto Pacatuba. Porque tudo era feito com despesas próprias. Por exemplo: eu ia no meu carro, com minha gasolina, ninguém me dava, eu ia porque queria levar o pessoal de manhã. Isso precisava ter muito desprendimento. Eu ia porque gostava do trabalho lá. Eu achava que era importante, achava que era a forma de eu dar minha contribuição [...] às vezes minguava ônibus para ir, e eu pedindo favores para colegas que eram donos de empresas de ônibus [...] porque às vezes o ônibus da universidade não tinha condições, às vezes ficava no prego no meio da estrada, saía todo mundo andando, a maior esculhambação (d-INF 19).

Tratava-se de um projeto mais voltado para a parasitologia que para a assistência comunitária geral. Mesmo essa assistência e discussão de casos que são referidos estão relacionados a casos de doenças endêmicas, parasitárias. Funcionava nos moldes do hoje seria um programa de extensão com atividades práticas de assistência e coleta de dados: “*Pacatuba foi um pouquinho antes do ... [Projeto das Parteiras Leigas] PROAIS, mas ficou mais com a parasitologia, e o PROAIS com a assistência comunitária*” (e-INF 3).

A dimensão de ensino, prática e integração comunitária proposta pelo Projeto Pacatuba não fazia parte da estrutura curricular, não se configurando como atividade obrigatória. Além disso, esse tipo de atividade exigia competências e atividades, tanto dos docentes quanto dos discentes, que extrapolavam a dimensão técnica tradicional da formação e da docência em Medicina.

Algumas indagações poderiam ser colocadas. Seria o desafio técnico e organizacional que não atraia outros docentes para essas ações? Seria a pequena valorização desse tipo de intervenção na instituição que conferia baixo status a esse tipo de esforço de extensão universitária (ainda não institucionalizado na época)?

Na perspectiva do referencial teórico de campo científico (BOURDIEU, 2003; 2004) que vimos adotando, particularmente no que se remete ao cálculo de lucro potencial simbólico, não valia a pena dedicar-se a esse tipo de atividade acadêmica. Toda essa falta de interesse, por parte de outros professores, em dar continuidade ao projeto, parece lembrar em menor dimensão, o que acontecia no IMEP, diante do quadro docente da Faculdade de Medicina. Agora, em outro contexto social-institucional, e em maior proporção, era o projeto Pacatuba que do mesmo modo experimentava a falta de apoio institucional. Entretanto, parecia continuar existindo um processo de encantamento e transformação no modelo da formação médica, por parte de poucos docentes e estudantes, quando da participação nestes projetos:

Era um ambiente extremamente rico e era difícil a gente não se contaminar por aquele ambiente e pelo tipo de educação que se fazia. As relações professor-aluno, ao contrário dos outros locais, eram muito mais horizontais. Eram relações de amizade, de abertura, de muita... havia muita oportunidade, tanto que algumas pessoas passaram e fizeram carreira. [...] Esse departamento foi importantíssimo para minha formação e para toda a minha carreira (c-INF 25).

Destacamos que o projeto Pacatuba foi citado quase 30 anos depois de sua existência, por um estudante participante do projeto, Prof. Henry Campos, então Reitor da UFC, em um discurso proferido em 2017, quando da homenagem prestada à professora Maria Auxiliadora de Sousa, por ocasião da cerimônia de entrega do seu título de professora emérita da UFC, acontecimento que reflete a relevância que o Projeto Pacatuba teve para aqueles que dele participaram, ao referi-lo décadas depois:

Lembro-me de uma iniciativa chamada Projeto Pacatuba, em que nós, estudantes de Medicina, passávamos um dia lá, atuando de acordo com o grau de competência de cada um, realizando exames, avaliações, acompanhados por professores. Em um ano, a mortalidade infantil do município foi reduzida a zero [...] Eu me sinto honrado de ser reitor neste momento e poder entregar este título a uma pessoa como a senhora (Henry Campos) (UFC, 2017d).

O Projeto das parteiras leigas (depois Programa de Ações Integradas de Saúde - PROAIS)

O Projeto das Parteiras Leigas, foi implantado por um obstetra do DSC²⁵ que recebeu influências do ideário da Medicina Preventiva no IMEP, desenvolvendo um trabalho comunitário voltado para a articulação do saber científico e popular, a humanização do parto e a redução da mortalidade materna:

aquela filosofia de trabalho [do IMEP] estendeu-se até a Maternidade Escola, onde o Galba... desenvolveu um programa na área de gineco-obstetrícia, a nível rural, onde foi criado o programa de parteira leiga... ele pegou aquelas mulheres que já faziam partos, treinou, reciclou e essas parteiras passaram informações para outras pessoas da comunidade (d-INF 19).

... isso gerou, inclusive deu origem a um convênio com uma fundação americana, que veio aqui, e, nesse particular, também se estendeu até Guaiuba. Tinha um projeto similar ao de lá em Guaiuba, e era só da maternidade escola, com um ponto de apoio, onde se criou a residência cedida pela prefeitura, uma casa de parto que tinha a farmácia com medicamentos CEME, tudo isso (d-INF 19).

o reconhecimento do risco foi o que nós ensinamos. Aprendemos muito mais do que ensinamos. O que nós podemos dizer que ensinamos foi a reconhecer o risco, pelo formulário da OMS (e-INF 3).

O Programa de Ações Integradas de Saúde (PROAIS) trabalhou muito pela humanização do parto natural, tendo como uma das ações reconhecidas internacionalmente sua intervenção com parteiras leigas, conciliando ciência e tradição, promovendo educação popular e reorganizando os serviços de assistência ao parto (CARVALHO, 2015).

No início dos anos 1970, o Prof. Galba Araújo era diretor da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) e professor do curso de Medicina da UFC, quando observou que as gestantes vindas do interior normalmente eram acompanhadas por parteiras. No entanto, muitas parturientes chegavam à Maternidade Escola em situação grave e acabavam indo a óbito (CARVALHO, 2015). O Projeto das Parteiras Leiga, depois PROAIS, caracterizou-se como uma ação comunitária de extensão, voltado para a população rural, mas que se expandiu também para a periferia do que viria a ser a grande Fortaleza:

²⁵ Dr. Galba Araújo, médico ginecologista e obstetra da UFC vinculado ao DSC e à Maternidade Escola. Morreu em 1985, mas sua contribuição para a ginecologia e obstetrícia humanizada é reconhecida até hoje (CARVALHO, 2015).

Aqui [na Maternidade Escola] chegava gente morrendo, sem salvação. Gente ali, da Lagoa Redonda, da Guaiuba... e ele [Dr. Galba] começou a se interessar para ver o que era isso. Porque o povo dizia que eram as parteiras, que ficavam com esse povo até morrer. Mas não era verdade. As pobres das parteiras não tinham era como referir (e-INF 3).

o Galba fez muito programa lá para o Trairi. ... tinha muita coisa boa dentro do que ele fez na maternidade. E tinha as parteiras que trabalhavam na parte de ginecologia e obstetrícia (d-INF 32).

Identificando a possibilidade de treinar essas parteiras e promover melhor assistência obstétrica domiciliar, criou-se o Projeto Comunitário de Saúde Familiar. Este programa dedicava-se à capacitação de parteiras ditas leigas, nas regiões rurais e periurbanas próximas a Fortaleza, para que as parteiras, que então representavam o único recurso existente para a assistência ao parto nas comunidades rurais ou periféricas do Ceará neste período, soubessem identificar as gestantes de alto risco e proceder aos primeiros cuidados antes da chegada à maternidade:

A questão não era nem hospitalar, porque ela não ia pro hospital, não tinha infecção, era impressionante. O treinamento era pra que, então? Era mais pra que elas tivessem a sensibilidade, a noção do que poderia ser grave e que ela não pudesse resolver. E também que ela tivesse um apoio dentro da comunidade, que assegurasse a vinda dessa parturiente para a Maternidade Escola. Isso através do pagamento de uma camioneta, de um jeep, que já estava pré-garantido. Aquela pessoa dona de uma mercearia sabia que se aquela parteira chegasse com ele na Maternidade Escola, ele recebia, no mesmo momento, o pagamento da sua corrida, como chamavam. Esse foi um grande programa de extensão fundado pelo doutor Galba Araújo, a professora Auxiliadora participou, foi um programa imenso, bonito que pegou desde Trairi de um lado, Guaiuba e Pacatuba do outro (e-INF 28).

Então, ele [Dr. Galba] ia na comunidade. ‘Quem é que tem um jeep? Fulano’. ‘Oh! O senhor, quando o senhor for chamado pela parteira para levar lá na Maternidade, assim, assim, assim...’ Naquela época a gente tinha inverno, era ruim para atravessar, nós não tínhamos pontes para os riachos, só se atravessava a nado (e-INF 3).

Liderado pelo professor Galba Araújo, criaram-se diversas unidades em um raio de 140km de Fortaleza, ou seja, a grande Fortaleza, unidades de casa de parto, onde as parteiras de lá passavam a ter algumas instruções centradas no risco que ela deveria referir aquela mulher para a Maternidade Escola (c-INF 28).

Recorria-se às potencialidades comunitárias para cuidar da população gestante. Muitos municípios desejavam ser incluídos no programa e várias pequenas maternidades foram criadas nas cidades com o fomento a esse trabalho das parteiras leigas, que foram treinadas em grande número. Alguns municípios da região

metropolitana de Fortaleza ficaram famosos pelos êxitos alcançados (CARVALHO, 2015). *“Era um projeto de extensão e os estudantes participavam. [...] os residentes também tinham que participar do estágio rural”* (e-INF 3).

O Projeto começou em 1972, solidificou-se em 1975. Em 1980, o projeto recebeu financiamento da Fundação Kellogg e mudou o nome para Programa de Atenção Primária à Saúde (PROPAPS), ampliando ainda mais suas ações. O PROPAPS era desenvolvido a partir da parceria entre Secretaria de Saúde do Estado, INAMPS, UFC e a fundação Kellogg (BRASIL, 2011).

O impacto sanitário do programa foi de tal dimensão e reconhecimento, que ele foi ampliado mais uma vez, passando a ser, então, o Programa de Ações Integradas de Saúde (PROAIS), cujas ações já tinham repercussão mundial.

“Atraiu gente do exterior. [...] podemos dizer que fomos os primeiros a promover intercâmbio. [...] Eles vinham, trabalhavam aqui dentro e trabalhavam lá fora quando a gente saía” (e-INF 3). *“O programa chegou a ter perto de 600 parteiras”* (c-INF 28).

Começamos [também a] fazer atendimento até de Pediatria. Aí veio a Dra. Auxiliadora fazendo trabalho de reidratação oral. A Dra. Auxiliadora trabalhava com as rezadeiras... nossa filosofia era usar o líder comunitário para salvar vidas. Hoje está muito mercantilizado. O business do negócio era a liderança (e-INF 3).

Reunindo essas lideranças, além da construção de um maior entendimento sobre as condições de vida e a saúde comunitária, o programa passou a fazer também educação sanitária e a abranger outras dimensões dos determinantes sociais de saúde:

O parto foi o início, mas a gente viu que existia uma série de coisas que precisava estar acoplado [...] o lixo, o destino do lixo... o primeiro trabalho que teve nessa área foi nosso. O povo não tinha lixo, não produzia lixo. Por exemplo, o leite era vendido na porta, na caneca, não tinha embalagem, não tinha embalagem de nada. Não existia lixo, mas de repente começou a existir lixo. E nós começamos a mostrar que o orgânico podia servir de adubo... (e-INF 3).

O PROAIS foi uma iniciativa original e transformadora do cuidado comunitário que acabou integrando-se de forma sólida e concreta ao sistema de saúde já existente. Para tanto, demandou-se construir um modelo de integração docente-assistencial e implantá-lo nos serviços de saúde e na universidade.

De acordo com os registros históricos publicizados nos relatórios/site do DSC (DSC, 2019), tratava-se de uma articulação ensino-serviço voltada para a Atenção

Primária à Saúde (APS), tendo tanto um componente assistencial, quanto um componente docente, com a criação de currículos específicos para a capacitação de recursos humanos para a saúde de acordo com as reais necessidades de saúde da população.

A partir dos anos 1990, o PROAIS deu início a uma nova fase, ainda com o aporte financeiro da Fundação Kellogg, através do Projeto Integrado de Modelos Alternativos de Saúde – PRISMA. O objetivo era desenvolver modelos alternativos em diversas áreas da APS de forma a apoiar os Sistemas Locais de Saúde – SILOS, no contexto de determinadas regiões do Estado (DSC, 2019).

Dada a amplitude alcançada e o reconhecimento de suas ações médico-sanitárias, entre 1979 e 1980, o programa foi incorporado pelo o governo do estado do Ceará, para ser aplicado em toda extensão do interior cearense. Como consequência, houve uma desvinculação com a UFC, até mesmo no que diz respeito à origem das concepções e ações fundadoras da proposta: *“minha tristeza é porque não mencionavam [a UFC]. O povo não sabe que sem passado não tem futuro. Começa a ficar sem referência e as coisas sem referência tendem a desmoronar”* (e-INF 3).

O projeto acabou influenciando a formação de futuros líderes da Saúde Coletiva no Ceará, projetando suas experiências nas linhas de pesquisa e formação docente posteriormente constitutivas do PPGSC da UFC, como será tratado adiante:

... o doutor Galba, ele foi um professor... era uma pessoa que tinha uma experiência... tinha muitas pessoas que descrimavam o trabalho dele... que ele favorecia muito esse trabalho de parteiras domiciliares... da gente levar um ônibus para poder fazer um atendimento nas comunidades aqui dos municípios metropolitanos ou também Trairi, São Gonçalo, Pecém. E foi daí que juntou essa coisa do trabalho de visita domiciliar, com o trabalho que gente estava desenvolvendo na área materno infantil (e-INF 14).

Pode-se situar o Programa das Parteiras Leigas/PROAIS, neste trajeto histórico-institucional que estamos a percorrer – (re)construir – como uma das iniciativas influenciadas pelo que aconteceu na UFC através do IMEP, nos anos 1950 e 1960. O fato de uma obstetrícia mais comunitária e centrada nas reais necessidades da comunidade ter sido construída dentro do DSC, especialmente em tempo de uma formação médica hospitalocêntrica é algo muito simbólico que merece ser destacado.

O Programa Integrado da Comunidade (PIESC) / Ambulatório Integrado de Pediatria

O Programa Integrado da Comunidade (PIESC) / Ambulatório Integrado de Pediatria foi organizado no início dos anos 80 - com formalização oficial em 1981.

Participaram inicialmente da iniciativa uma docente da Pediatria²⁶ - lotada no DSC - egressa do antigo IMEP, em colaboração com um ex-estudante de medicina²⁷, agora atuando como professor do DSC, logo após seu retorno do programa de pós-graduação em Pediatria no Rio de Janeiro.

O Programa Integrado da Comunidade (PIESC)/ Ambulatório Integrado de Pediatria, vinculado ao setor de pediatria do DSC, teve como propósito rearticular as lideranças de quarteirão vinculadas antigo IMEP, com o objetivo de resgatar a experiência de atuação comunitária, inspirada nas práticas de campo daquele instituto:

Eu fiquei no ambulatório em contato com a comunidade. Me procuravam: ‘DrPa, como é, não vai voltar não?’. Eu digo: ‘vai, não se preocupe não, vai com toda certeza’. Não sei porque eu dizia. Até Sullivan, que era estudante se formou, foi fazer curso lá no Rio e voltou todo animado. Aí o Sullivan me procurou. Eu estava disposta. Vamos começar! Aí ele disse: ‘vamos reativar’ (d-INF 31).

Walter Cantídio ... me falou ... da história sobre o IMEP... aquilo renasceu dentro de mim uma necessidade da gente fazer ele florescer, e fomos buscar quem? A agente de saúde, que nesse tempo chamava líder de quarteirão. (e-INF 28)

[...] Então fiz ... mandei bater os bilhetes-convocação para uma reunião e mandei distribuir, que ele [um dos guardas sanitários do IMEP] conhecida todas... Distribuiu de casa em casa. No dia da reunião, você sabe quantas tinham lá? Vinte líderes [...] Mesmo depois desses anos todos ... Isso foi em 81, quando o Sullivan voltou. (d-INF 31).

A quantidade de pessoas mobilizadas para a reunião de articulação do PIESC atesta o significado simbólico e a relevância que teve a experiência do IMEP para a população e para as voluntárias líderes do quarteirão da época:

Naquela época ainda, encontramos 6 a 8 cabelinhos brancos, velhinhas, e começamos a conversar, formar grupos de estudo com elas e formalizar, nesse tempo era chamado líder de quarteirão e nós formamos o grupo para chamar líder de quarteirão, para comandar mais de uma quadra, uma área maior (e-INF 28).

[...] Então, aí o Sullivan falou tudo. Mudamos o nome para PIESC – Programa Integrado da Comunidade – e [depois] mudamos o nome também para agente de saúde. Aí foi quando recomeçou, reanimou, entrou com tudo. [...] Aí a gente dividiu a área. Nós não tínhamos condições de dar conta da área toda, aquela área do IMEP. [...] Me aposentei em 90 (d-INF 31).

²⁶ d-INF 31

²⁷ e-INF 28

Ao Programa Integrado da Comunidade (PIESC) / Ambulatório Integrado de Pediatria foram agregados as líderes do quarteirão. Alguns professores oriundos do IMEP como, Maria Zélia Rouquayrol e Maria Auxiliadora de Sousa, segundo o professor Antônio Sullivan Mota, afirmavam tratar-se de um ambulatório que tinha “*características bem diferentes dos ambulatórios que vemos normalmente, porque ele interagia com a comunidade*”.

Foi esse ambulatório que nós começamos com a ajuda de outros professores, Zélia Rouquayrol, mas principalmente, mais uma vez, a professora Auxiliadora. Esse foi o passo inicial dentro da saúde comunitária na área de saúde preventiva (e-INF 28).

Selecionamos quase 100 quarteirões ao redor da Faculdade de Medicina. Cada quarteirão tinha uma líder do quarteirão, copiando o IMEP (c-INF 28).

A líder de quarteirão ficava responsável por um território definido e sua função era notificar, aos professores e estudantes vinculados ao Programa/Ambulatório, sobre a situação de saúde e doença das crianças (e conseqüentemente famílias) daquela região.

nós começamos líderes de quarteirão, eram 42. E tinha as chefes: Dra. Auxiliadora [...], Dra. Evanilda, Dra. Célia, pessoas muito legais, ensinavam a gente com muito amor (e-INF 37).

... nós tínhamos cada agente de saúde²⁸, os estudantes nossos desenhavam, eram estudantes de arquitetura, desenhavam a área do bairro que ela respondia [em uma cartolina]. E a gente colocava em cima do correspondente àquela casa. Criança que está sendo amamentada? Azul. E assim as cores né? Fazia a notificação. Doenças infectocontagiosas e a gente ia colocando tudinho (e-INF 28).

Fazíamos confete, naquela maquineta, lembro tanto que não era nem aquele alfinete, porque era caro. Aí era aquele confetezinho. Confete verde, azul, vermelho... e ela levava o saquinho separado e os alunos iam e desenhavam as casas. Quando nascia uma criança, ela avisava e colocava o confete verde, se tava amamentando, o azul junto, se deixava de amamentar, a gente ia fazer uma visita (c-INF 28).

²⁸ O uso dos termos “líder de quarteirão” e “agente de saúde” se confunde porque com a divulgação e atualização do projeto do ambulatório, passou-se a adotar o termo agente de saúde. Mas, no relato oral, não há uma obediência exata ao momento cronológico em que as nomenclaturas passaram a ser introduzidas. Desse modo, ressaltamos que o texto escrito pela autora pontua a cronologia da transição dos termos, mas as falas transcritas não foram modificadas e, em alguns momentos, já usam o termo mais atual – agente de saúde – mesmo quando se refere a um período histórico quando ainda se usava líder do quarteirão.

Onde houvesse notificações de doenças infecto contagiosas, hepatite, as doenças imunopreveníveis, nascimento de crianças, mães que estava colocando em aleitamento materno exclusivo, mãe que estava tirando a criança do peito, tudo isso era notificado, elas não tinham salário, o status delas era pela importância que demonstrava ter conosco dentro de onde morava, na região onde morava (e-INF 28).

Então por cada região que nós tínhamos, a gente ia passando as folhas de cartolina e ia tendo um olhar. Hoje seria muito mais fácil com a informática, não é? Ia tendo esse quadro e assim funcionou o ambulatório integrado de pediatria. (e-INF 28).

Destacamos alguns aspectos desse trabalho comunitário, na perspectiva dessas mulheres líderes de quarteirão. Tratava-se de uma oportunidade de formação para elas, enquanto membros da comunidade e havia muito intercâmbio com pesquisadores e estudantes de outros países. Tratava-se de um trabalho voluntário, entretanto de grande recompensa em termos da satisfação:

tinham uns homens que vinham dos EUA, de Virgínia. Eles vinham para trabalhar com a gente na favela [...] a gente tinha muita comunicação com eles [...] às vezes tinham muitas reuniões lá na minha casa [...] nós trabalhávamos por amor, voluntário [...] foi a época melhor da minha vida, você trabalhar voluntário, gostava demais (e-INF 37).

Nesse ambulatório também se ampliou o cuidado antes exclusivo de médicos para a equipe multiprofissional, inclusive para os líderes de quarteirão. Tal processo não aconteceu sem resistências, no que diz respeito a implantação da consulta de enfermagem no ambulatório, que ainda hoje enfrenta resistências da corporação médica. Na época, quase levou c-INF 28 à demissão, *“porque ele estava colocando um ato médico nas mãos de quem não era médico”* (c-INF 28).

Comumente se diz que os atuais agentes comunitários de saúde foram uma criação inicialmente do Governo do Estado do Ceará, e, posteriormente do Ministério da Saúde. Entretanto, essa foi uma inovação que passou também pelo apoio técnico e operacional da UFC a partir das iniciativas que foram se reinventando e se rerepresentando à sociedade a partir do IMEP e depois no Programa Integrado da Comunidade (PIESC) / Ambulatório Integrado de Pediatria.

fomos apresentar esse trabalho [do Ambulatório Integrado] para os médicos já mais antigos da casa, muitos deles do antigo IMEP... Lembro que estava apresentando e citei ‘líderes de quarteirão’ (c-INF 28).

... lembro bem o doutor Antero... Ele era um cirurgião, mas muito ligado a saúde comunitária ... ele levantou-se... ele era muito educado...

ele já me chamava professor porque eu já era professor: ... ‘professor se o senhor permite, eu queria colocar um nome mais moderno, mais atual do que esse líder de quarteirão?’. Ele chegando com aquele giz antigo, ele riscou o líder de quarteirão e colocou o nome atual que era o agente de saúde, hoje chamado agente comunitário de saúde. [...] Eu me emociono, porque ali, naquele momento, nasceu o agente comunitário de saúde, que existe em todos os municípios do Brasil (e-INF 28).

Depois desse projeto caminhar mais, nós repassamos para o primeiro governo do Dr. Tasso Jereissati... foi institucionalizado por uma pessoa belíssima, que abraçou a ideia: o Carlile, que abraçou e instalou. Nunca incomodou ao nosso departamento, mas ficou que foi ‘o governo Tasso que criou’. (c-INF 28).

... um dia o professor Adalberto fez um artigo, se não me engano no jornal O Povo e dizia ‘dai a Tasso o que é de Tasso e, à UFC o que é da UFC’. E ele estava falando dessa história do agente comunitário de saúde (c-INF 28).

Esses agentes de saúde ... dizem que quem inventou foi o Tasso ... foi daqui [...] Reidratação oral era a Dona Zilda Arns?... Dra. Auxiliadora estava por trás disso (e-INF 3).

Em 1983, foi organizado o primeiro curso para agentes de saúde do PIESC. Para esse momento, algumas líderes de quarteirão do IMEP foram resgatadas e participaram desse curso: “*já em 1983, criamos o primeiro curso para agente de saúde e já com esse nome*” (c-INF 28).

Sra. Ana Rodrigues da Silva, líder de quarteirão/agente de saúde, guarda com carinho seu certificado desse curso e mostrou-nos com orgulho os comprovantes de sua formação quando fui visitá-la para a entrevista. Ela repete com vaidade que E-INF 28 também guarda uma cópia do certificado de Dona Ana no seu escritório. Aparentemente um simples comprovante de participação emoldurado, mas um documento que carrega consigo todo o valor simbólico dessa iniciativa assistencial, formativa e comunitária. “*Hoje em dia, agente de saúde é no mundo, Dr. Sullivan me falou, mas foi dali que começou*” (e-INF 37).

Além do ambulatório de pediatria que avançou para uma assistência mais integrada e de base comunitária, houve muitos avanços na assistência à criança quando o grupo da Pediatria estava ligado ao DSC, dos quais podemos citar a criação da primeira unidade de UTI Neonatal do estado, do primeiro banco de leite do Norte e Nordeste, e a criação do NUTEP, que atende mais de 1300 crianças com deficiência física, intelectual e/ou visual.

Segundo c-INF 28, “*todo esse avanço vem da interdisciplinaridade*” do DSC, que na sua avaliação só foi conseguida pela contingência histórica de estarem em um

departamento múltiplo, misto. E complementa: “*então você vê a capacidade de realização de um departamento que era o restante, só o que não cabia nos outros*”.

Conforme discutido em capítulo anterior, o DSC foi criado, a partir da Reforma Universitária, com a reunião de diversas disciplinas com experiências diversificadas de atividades extra hospitalares ou na comunidade, embora não necessariamente articuladas ou integradas: pediatria, ginecologia- obstetrícia, estatística, epidemiologia, medicina social e doenças infecciosas.

no DSC, se congregaram aquelas áreas que, desde o IMEP, de certa forma se articulavam na assistência à comunidade. Boa parte, exceto os sanitaristas egressos do IMEP, nem conhecia profundamente os conceitos da Medicina Preventiva/Medicina Comunitária no sentido tratado pela Saúde Coletiva, mas tinham uma tradição, como os obstetras [Galba Araújo, por exemplo] de fazer medicina comunitária na prática [...] Medicina Comunitária tem a origem da ideia de extensão de cobertura para os pobres. Tem essa origem. Mas nossa origem no DSC não é essa, nem é a Medicina Preventiva [...] Só depois eu que compreendi esse elo histórico entre o IMEP e o DSC (e-INF 4).

[...] Por isso que a Pediatria e a Ginecologia foram compor o DSC. Quem desenhou essa reforma, ... eu não sei quem foi... pegou todas as áreas que tinham atuação fora do hospital, extra-muro, e reuniu na Saúde Comunitária (e-INF 4).

nós tínhamos muitas diferenças, mas nós tínhamos muito valor [...] a história desse departamento traz uma riqueza de realizações, numa época em que a tecnologia era bem menor, numa época que não se buscava mestrado, etc. (c-INF 28).

A trajetória do DSC ao longo dos anos 70 e início dos anos 80 traduz essa diversidade profissional apontada. Se por um lado a Reforma Universitária esfacelou a vida acadêmica do período anterior, por outro lado, com a criação desse departamento multidisciplinar, criou condições de possibilidades para congregar diferentes “fazeres e saberes” acadêmicos de diversas formações.

No DSC, no período 1970-1985, as ações do antigo IMEP desmembraram-se em duas vertentes principais: uma mais voltada para a epidemiologia, doenças transmissíveis e negligenciadas; e outra voltada para a saúde comunitária. Inicialmente, a primeira ficou a cargo do DNERu, articulada pelo projeto Pacatuba, e, por fim, estruturada como linha de pesquisa e por meio das institucionalidades ligadas à área da Epidemiologia e da Medicina Tropical na UFC. Ressaltam-se como protagonistas dessa história contada pelos entrevistados as professoras Zilmar Fontenele e Zélia Roquayrol.

Por outro lado, a dimensão mais comunitária ficou a cargo de uma equipe resistente do IMEP, dentre elas a professora Auxiliadora Souza, que depois se integrou aos projetos e programas, tais como o PROAIS e o Ambulatório Integrado de Pediatria, culminando com a estruturação de um eixo de pesquisa e atuação na graduação, e até mesmo apoiando a implementação da APS e, especialmente da Estratégia Saúde da Família no estado.

Podemos destacar, como uma contribuição de análise voltada para a importância institucional do DSC, por sua interdisciplinaridade e interprofissionalidade, as seguintes reflexões do professor Sullivan Mota, como síntese desse período estudado: *“nós éramos muito mais importantes porque estávamos juntos, hoje eu me sinto um pouco mais enfraquecido”*... Antes *“era um olhar muito rico que nós tínhamos, um olhar bellissimo, profissões reunidas, não só médico. E isso nos fazia enriquecer bastante”* (c-INF 28).

Estar no DSC *“foi um período que influenciou muito na formação, foi para mim um período que influenciou no meu comportamento no exercício da Medicina, para saber ouvir o outro de outra área, que estar trabalhando dentro da saúde com outros saberes”* (c-INF 28).

Uma construção contemporânea fruto da influência que o modelo de trabalho em saúde de cunho comunitário, interdisciplinar e interprofissional, praticado pelo DSC, teve na trajetória profissional e acadêmica de e-INF 28, é o IPREDE. Este programa de extensão, reúne praticamente todas essas características e hoje se caracteriza como o maior projeto de extensão da UFC, sendo reconhecido mundialmente e atraindo muitos estudantes, pesquisadores e investimentos

E por último, na minha vida pessoal, eu terminei nessa casa [IPREDE], onde a gente trabalha exclusivamente com pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza, onde se tem o olhar inteiramente holístico. [...] Eu não conheço no Brasil, talvez no mundo não tenha onde reúne o social, grupo de estudo biomolecular e engenharia biomédica (e-INF 28).

Numa perspectiva de análise institucional, os grandes frutos foram projetos ligados à Pediatria e à Saúde da Mulher, portanto, os dois do eixo materno-infantil. É certo que esses projetos estavam atravessados pelos modernos conceitos de Saúde Pública, articulando-se aos serviços de saúde e contando com a atuação dos docentes

vinculados às disciplinas do antigo Departamento de Higiene e Medicina Preventiva. Essa polaridade, todavia, podia ser observada e causava certo estranhamento.

Pode-se relacionar tais projetos do DSC como associado ao conceito da Medicina Comunitária. Entretanto, mesmo sendo denominado Departamento de Saúde Comunitária, é preciso que se analise a origem desse termo adequadamente.

Em termos teórico-conceituais, podemos considerar os projetos de atuação comunitária desenvolvidos no DSC nesse período, como inspirados ou influenciados pelo movimento nacional e internacional correspondente à Medicina Comunitária da década de 1960/1970, conforme discutido em capítulo anterior sobre referenciais teóricos. Entretanto, certamente, não foi nessa perspectiva que se adotou o termo para nomear o DSC, nem a maioria dos professores nele agregados pela Reforma Universitária, por terem origem predominantemente da área clínica, dominavam esse discurso – na realidade essa formação discursiva - com a mesma propriedade dos sanitaristas oriundos do IMEP ou outros agregados depois ao corpo docente departamental.

A expressão saúde comunitária dizia mais respeito à atuação fora do ambiente hospitalar, ou extramuros, na comunidade, como ainda se costuma designar sem muito rigor conceitual, mas onde, de fato, aconteciam os projetos e iniciativas estudados. Podemos dizer, entretanto, que não se observava articulação direta com os movimentos precursores da Saúde Coletiva, nem se desenhava no DSC, nesse período, um cenário de atuação articulada com o movimento da Saúde Coletiva a nível nacional, que culminou com a criação em 1978, da hoje denominada Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

A Medicina Social no DSC

Na segunda metade dos anos 1980, no DSC, o ensino voltado para a Saúde Pública e a Medicina Preventiva na graduação em Medicina da UFC era ministrado por meio das disciplinas de Medicina Social incluídas no currículo do curso. Eram mais precisamente três disciplinas - que vieram a substituir a Disciplina de Medicina Preventiva originária do antigo IMEP/Departamento de Medicina Preventiva e Higiene da Faculdade de Medicina - denominadas Medicina Social I, Medicina Social II e Medicina Social III. Para professores e profissionais que vivenciaram a integração pedagógica do processo e a atuação comunitária de períodos anteriores, a fragmentação

da disciplina e a separação entre teoria, trabalho comunitário e pesquisa, representava um retrocesso em relação à experiência iniciada pelo IMEP, continuada nos anos 70-80 pelas articulações de participação comunitária.

As disciplinas denominadas Medicina Social I, Medicina Social II e Medicina Social III, que vieram a substituir a Disciplina de Medicina Preventiva, passaram a ter uma perspectiva predominantemente teórica.

Eu acho que hoje [1997] na formação ... com toda essa área tecnológica ... o estudante está totalmente distanciado da formação de saúde pública e medicina preventiva. Porque, primeiro, a medicina preventiva está dividida em medicina social 1, 2 e 3. Mas são três setores que estão intra-muros. Só tem no extra-muro a disciplina que está ligada ao Adalberto. Mas eu não sei se é por aí. Em termos de equipe de saúde, a gente nem fala porque não tem. Não trabalham em conjunto com os [outros] profissionais na sua formação (d-INF 13).

A Disciplina Medicina Social III, nesse contexto curricular do DSC, era considerada como a única com atividades “extramuro” ou na comunidade. O conteúdo da disciplina estava focado no campo da Antropologia Médica, ou seja, houve uma transição de conteúdos, fixada na nomenclatura e nas práticas, da medicina preventiva para a medicina social, de certa forma contemporânea com a maior efervescência do movimento da medicina social no Brasil.

Essa disciplina apresentava a característica particular de centrar-se essencialmente na antropologia médica/antropologia da saúde, como decorrência do contexto e da formação do único docente responsável por seus conteúdos:

Era medicina social, mas a cadeira era de antropologia. O conteúdo era antropologia, mas mantinha o nome que era medicina social... (e-INF 40).

A medicina social na prática não era na sala de aula, ... tinha uma parte dos alunos que iam para Canindé ... outros ... iam fazer em Fortaleza... acompanhar a lista na fila das pessoas para entrar na Santa casa. Entrevistar 10 pessoas ... que horas ele saiu? ... como é que foi? ... é quanto tempo? ... iria acompanhar [?]. E depois a gente discutia em sala de aula isso... então eles começaram a ir mais para as realidades... [depois] as aulas passaram a ser na favela... claro que houve resistência da classe A (e-INF 40).

Nas disciplinas de Medicina Social, havia uma divisão dos objetivos de aprendizagem, ficando a Medicina Social III responsável pelos conteúdos do domínio da antropologia. Inicialmente, para ministrar essa disciplina, houve a opção por uma

dimensão da saúde vinculada à espiritualidade, que decorria da experiência profissional e da formação de pós-graduação do docente responsável:

Quando eu cheguei, agora professor da faculdade de medicina, eu disse 'ex-votos é a representação mais forte de São Francisco do Canindé em saúde, a identidade nordestina é o padre Cícero de Juazeiro é o chapéu, é o nordestino. Lá é a saúde, é o corpo dilacerado' (e-INF 40).

Era uma disciplina de aula obrigatória... o ônibus levava a gente ... dormia 3 dias lá no hospital... na casa dos Franciscanos ... no sábado voltava ... não tinha despesa não... iam os estudantes e aqueles que se interessavam ... iam entrevistar os romeiros ... entender: quem era este romeiro? Qual foi o itinerário terapêutico que ele teve? Ele procurou quem? Rezadeira? O médico? Como foi a relação com o médico? Aquilo a gente discutia em sala de aula (e-INF 40).

Tratava-se de uma experiência conduzida pela iniciativa do professor responsável, mas não se constituía como uma orientação formal do projeto político pedagógico do Centro de Ciências da Saúde da UFC nem do DSC. Além disso, o fato de ser algo mais voltado para a espiritualidade e para a medicina popular, parece ter gerado certa incompreensão ou mesmo preconceito, entre outros docentes do DSC e da Faculdade de Medicina, em relação aos conteúdos e práticas de campo da disciplina:

... Curandeirismo aquelas coisas do[...] Adalberto ... não tinha mais professor, não tinha mais ninguém, tinha aposentado todos os professores da Medicina Social. (d-INF 32)

A área de ciências sociais [antropologia médica] que era ministrada pelo [...] Adalberto ... que ministrava a disciplina de medicina social ... tinha um conteúdo de antropologia, mas também dentro da antropologia era só essa antropologia que trabalhava com questões religiosas. [...](e-INF 18)

... [o DSC] era mais aquele movimento do [...] Adalberto, de medicina popular, comunitária, antropologia médica... (e-INF 4)

Talvez as objeções se devam à mudança do objetivo tradicional da disciplina que transitou então da epidemiologia, mantendo ainda um certo conteúdo do modelo anterior da disciplina de origem, a medicina preventiva, por meio da quantificação e classificação de enfermidades através dos ex-votos, para estabelecer a aproximação dos estudantes com a cultura popular e as experiências vivenciadas pelos doentes em busca de assistência e cura, com ênfase na busca espiritual da cura:

Aí começamos a fazer um repertório de todos os ex-votos com os estudantes de medicina. Eu ia com eles lá, ficava três, quatro dias contando cabeça, pé e mão chegamos a catalogar 211.000 cabeça, pé, mão, aí eu fiz toda uma análise antropológica positiva. (e-INF 40).

... durante 11 anos que a gente fez essa pesquisa, eu ia com os estudantes de medicina: isso aqui é medicina social. [...]. (e-INF 40)

Aí vimos que o número de cabeças começou a aumentar, fiz uma pesquisa com os estudantes de 1500 romeiros que traziam um problema de cabeça, 65% mulheres preocupadas com a educação dos filhos, com o trabalho que não tinham, [os maridos] foram para São Paulo não mandaram notícia. Então o excesso de cabeça no santuário reflete a acefalia do estado. Para muitos romeiros São Francisco é o grande presidente da República. A (e-INF 40).

... levar os estudantes para eles terem uma noção de que a cura não é apenas um processo médico, santo também cura. Outros que não podiam ir pra Canindé às vezes no 1º semestre que não tinha festa em Canindé iam entrevistar os pais de santo, os umbandistas, os espíritas, os católicos para ver qual eram as percepções da saúde e da doença que eles tinham e qual era o tratamento que eles propunham, para que a gente tivesse uma crítica de dizer ‘ah estou entendendo para eles é um pecado, por isso que tem a confissão’... mas qual é o positivo e qual é o negativo que tem [?] (e-INF 40)

Essa aproximação com a medicina popular e a espiritualidade levou a área de antropologia médica do DSC a desenvolver várias pesquisas e projetos de extensão, ações da graduação e práticas do CRUTAC. Foi criado o Projeto Comunitário 4 varas, onde se desenvolveu a concepção de Terapia Comunitária, hoje conhecida internacionalmente:

Quando então voltei [da pós-graduação em Antropologia na França, com o Prof. François Laplatine] eu atendia no hospital das clínicas na parte de psiquiatria com dez estudantes de medicina. E o meu irmão, dos direitos humanos, começou me mandar casos de pessoas que além do problema dos direitos humanos tinha problemas psicológicos, insônia, depressão. Um, dois, quatro, cinco, seis eu atendia no hospital, mas um dia chegou tanto, chegou oito e já tinha oito pra ver. Não dava! Aí eu fiz a proposta inversa, diga para os direitos humanos que não mande mais, que junte o pessoal lá, que eu vou fazer um movimento inverso eu vou com os meus estudantes. Propus aos estudantes. [Eles disseram:] ‘professor pra onde o senhor for a gente vai’. Fui, já faz 33 anos que tô lá (e-INF 40).

Quando eu comecei a ir com os estudantes de psiquiatria para a favela, quando eu cheguei lá tinha 30 pessoas me esperando, mais 10 estudantes, fez 40. Eu não sabia o que fazer, porque remédio não tinha para dar. Então como eu não sabia o que fazer, eu fui escutando, escutando e me dei conta que era muito mais sofrimento a ser acolhido do que patologia a ser tratada e que se existia espaços para acolher para tratar a patologia que não os hospitais com suas salas cirúrgicas, são muito caro. Por que não criar um espaço para acolhimento da dor da alma usando os recursos da cultura? Nasceu o projeto 4 varas, que é um projeto de extensão do meu departamento da faculdade de medicina, então que nasceu a terapia comunitária. Eu fui me dando conta de que, então temos que criar instrumentos para acolher a dor da alma sem medicalizar sofrimento, porque o sofrimento não se medicaliza, se acolhe (e-INF 40).

A Terapia Comunitária constitui-se como um produto da vida acadêmica da graduação em Medicina da UFC. Todavia, diferente do PROAIS e do conceito de agente de saúde, a inventividade da Terapia Comunitária permaneceu vinculada ao projeto de extensão e este, ligado à UFC. Essas estratégias também se estenderam à organização da atuação dos estudantes do CRUTAC e da residência médica:

Foi lá que nasceu a terapia comunitária que hoje já está em 26 países e no Brasil. Foram capacitados, pela pró-reitoria de extensão em cursos que eu dei, 36.000 pessoas. Hoje, no Brasil, tem 46 polos de formação em terapia comunitária que tem a mesma filosofia do projeto 4 varas. E está atualmente já em 26 países, então a gente não só que esse é uma das criatividades daqui do Ceará, da Universidade Federal do Ceará é uma referência nesse campo, mas nesse campo de intervenção de ir pra prática (e-INF 40).

Articulação da medicina científica com medicina popular representou um conjunto importante de projetos de ensino, pesquisa e intervenção em ações comunitárias de prevenção e educação em saúde, componentes inovadores de elevado impacto epidemiológico e social nos programas de Atenção Primária à Saúde, tanto de organismos internacionais, como a UNICEF, além dos nacionais, como o Ministério da Saúde e o Governo do Estado do Ceará. Neste particular, se destacam as ações para reduzir a mortalidade infantil, decorrente de diarreia, utilizando numa perspectiva articulada e complementar, o conhecimento científico e o saber popular, na utilização do soro de reidratação oral, preconizado pela Organização da Saúde, introduzindo nas práticas de intervenção social e comunitária elementos e agentes da cultura popular, como as rezadeiras:

a gente sempre fez uma coisa crítica que não era de doutrinação e aí pouco a pouco eu fiz um projeto que era medicina popular junto com a medicina científica, para mostrar que era possível articular (e-INF 40).

Então peguei as rezadeiras de Canindé, nós catalogamos. Na época coordenava o CRUTAC, parte do treinamento do último ano de medicina, de psicologia, de todas as coisas. Então os médicos passaram a ir para lá. Então, o que eu fiz? Em vez dos médicos ficarem no hospital atendendo a clientela do prefeito ... dividimos Canindé em 4 regiões e cada residente de medicina ele ia para aquela área [...] (e-INF 40).

... mas ia lá nas rezadeiras, chegava: dona dos anjos quem das pessoas que a senhora trata que tá precisando de um complemento médico? Aí ela dizia fulano, beltrano, e ele ia onde ela estava, então ela passou a ter mais poder, valorização porque ela via que não estava melhorando. Minha filha amanhã quando o médico vier eu vou trazer ele aqui. A gente começou a fazer isso. (e-INF 40).

Na minha pesquisa da antropologia em Canindé observei que o 1º recurso disponível nos bairros das comunidades pobres é o curandeiro, a rezadeira. Quando alguém tem um problema, uma diarreia por exemplo vai primeiro para rezadeira. A rezadeira faz reza e dá um chá, e só leva pro hospital no terceiro dia quando já tem desidratação no teor de 3º grau e que já termina a morte certa não tem como. Aí veio a ideia de articular a medicina científica com a medicina popular (e-INF 40)

[...] Aí chegou a época, naquela época a mortalidade era muito grande, 32/1000 era uma coisa absurda, aí a gente fez um programa com rezadeiras, era a minha pesquisa, eu perguntei ao médico, por que para você a diarreia é importante? Eles têm que ter com equilíbrio hidroeletrólítico que é saís com o soro. (e-INF 40).

E eu pergunto pra rezadeira, para senhora o que é o tratamento? A reza e o chá. Aí eu fiz uma junção, que eu chamei de chá forte, que era ela que fazia: o soro. Ela fazia a reza dela que é o tratamento cultural e ela ensinava a mãe a fazer o chá forte, ou seja, o mesmo chá que ela já fazia só que ela tinha que botar uma tampinha de açúcar, uma tampinha de sal, aquela coisa, a medida. Então ficou chá forte, então juntando a química dos médicos com o tratamento cultural (e-INF 40).

Apesar de não possuírem um vínculo direto com a assistência nos serviços de saúde, as ações desenvolvidas pelos estudantes de Medicina na disciplina de Medicina Social lançavam mão também dos princípios da atenção primária à saúde, articulando o saber popular e seus agentes com as práticas científicas de prevenção, como a reidratação oral no combate à mortalidade infantil pela diarreia:

Aí veio a romaria e a romaria seria um bom momento já que recebe 1.500.000 romeiros. Eu via os violeiros cantando, cantando coisa de sem vergonhice, não sei o quê, aquela coisa cultural, rapaz se a gente pegar esse pessoal. Aí eu fiz um programa que ia pegar uns 30 violeiros e emboladores e demos um treinamento sobre a diarreia, sobre esses primeiros socorros a nível primário (e-INF 40).

Então o que a gente fez, eu falei com o padre pra dar um dinheiro pra eles, eles foram treinados que não podiam cantar só cantar dizer: “se a sua criança tem diarreia, a diarreia é bote tantas coisas de açúcar e tanto daquilo”, porque tem que ter o controle, tem que ser a quantidade exata não sei o que para eles entenderem, ai eles transformavam em verso, aí a gente colocava eles num dos cantos importantes, perto da casa dos milagres lá onde eles iam cantar e as pessoas escutarem. Aí os estudantes de medicina, vocês vão escutar para aprender a linguagem popular da diarreia, ai vem diarreia, fininha, tiririca, eu não sei o que não sei o que eles anotavam, depois eles iam ver e também se ele não estava dizendo coisas prejudicar, mais sal que necessário. [...] Então de tudo eu fiz com a dimensão social, a diarreia social (e-INF 40).

A diarreia social que é a migração, a sociedade está se desfazendo, as crianças morrendo e o outro indo para São Paulo. Isso é uma diarreia social, então o quê que a gente pode barrar na diarreia social? Já não é com sal e açúcar e soro, mas com políticas que seja assim, não esqueçamos que nós somos nós que escolhemos os políticos. E assim

eu peguei, não me lembro mais das outras, foram umas cinco ou seis, e olha que foi uma maravilha deu certo, virou notícia nacional, saiu no fantástico e saiu no jornal nacional as questões lá. Então em nenhum momento nós fomos lá ver se tinha milagre existe, não interessava, interessava era fazer essa leitura o que é que podia beneficiar (e-INF 40).

Ressignificando a disciplina de Medicina Social no contexto histórico e social dos anos 1980, podemos destacar que o desenho dessa parcela do currículo médico do DSC aconteceu com foco prioritário na Antropologia e não na organização dos serviços de saúde. Mesmo considerando que, no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, já vinham sendo desenvolvidas iniciativas da gestão em saúde de acordo com os princípios do Plano CONASP, da Sexta Conferência Nacional de Saúde e do Movimento da Reforma Sanitária consagrados na Constituição de 1998, para a transformação do modelo assistencial. As Ações Integradas de Saúde, que aconteciam na SESA – apesar dos desafios - *“foram o berço para que surgisse o SUS”* (e-INF 33). Os serviços de saúde, entretanto, não se constituíam cenário para a prática da medicina social nesse período, dado que os conteúdos estavam voltados para o campo da antropologia e da medicina popular.

A minha visão é que [a área de medicina social entrou] muito pouco [nos serviços de saúde] porque ... já tinha passado o governo do Tasso e estava no governo do Ciro. E eles tiveram um avanço na saúde importante que a gente não pode deixar de reconhecer (e-INF 18).

Em contrapartida, pelo fato de a antropologia médica representar um elemento inovador marcante desse período para a formação em Medicina, havia registros densos em simbologia, de aceitação pelos estudantes, apontando a importância daquelas vivências comunitárias sócio culturais, próprias da antropologia, como relevantes para a formação médica:

Muito interessante que quando eu encontro hoje ele diz: engraçado professor, a única disciplina que eu me lembro é do senhor, eu não me lembro da dos outros, porque desinstalava a gente, levava a gente pra situação que a gente ficava assim, nunca esqueceu, os outros já conhecia e já sabia (e-INF 40).

A experiência comunitária em 4 varas, em seu transcurso de décadas, deixou como legado a terapia comunitária, uma prática que se tornou conhecida nacional e internacionalmente. Os ganhos institucionais e simbólicos com o projeto e com a

experiência exitosa socialmente reconhecida parecem ter funcionado como justificativa para a manutenção desse modelo assistencial-formativo nas décadas subsequentes. A Terapia Comunitária Integrativa pode ser considerada um produto da UFC e do DSC. A institucionalização da iniciativa favoreceu todo o processo. Foi o contexto da disciplina, do CRUTAC, do internato e da extensão que deu condições de possibilidade para que o ensino de Medicina Social (ou diga-se Antropologia Médica) se concretizasse no Projeto 4 Varas e no desenvolvimento do conceito/metodologia da Terapia Comunitária Integrativa:

hoje eu fico feliz de ver esse trabalho que nasceu aqui. Eu acho que uma das coisas que ajudou a crescer foi a institucionalização. Não é o professor Adalberto que está fazendo, é o DSC, é a Faculdade de Medicina, é a Universidade Federal do Ceará (c-INF 40).

hoje são mais de 37 mil pessoas formadas em Terapia Comunitária Integrativa, foi a UFC (c-INF 40).

mesmo os grandes do passado, que fizeram, eles não eram personalistas. Não era o professor Galba. Quando a gente olhava para ele a gente via as parteiras. Ninguém via ele, o personagem falando. Eu acho que essa coisa da personalidade, da necessidade de aparecer atrapalha mais do que resolve [...] Tudo deveria ser institucionalizado (c-INF 40).

A Antropologia Médica constituiu-se, mais do que a Medicina Social reconhecida enquanto tal pela Saúde Coletiva Brasileira, como o referencial fundador deste sub-campo das ciências sociais em saúde no DSC, articulando um contato com a comunidade e a valorização do saber popular para gerar um outro *ethos* que produzisse uma nova forma de compreender saúde e conhecimento.

Considerando as origens da Saúde Coletiva enquanto campo, no sentido de Bourdieu (BOURDIEU, 2003; GARCIA, 1996), discutida em capítulo anterior, podemos afirmar que tal campo científico-social só se constituiu historicamente com a introdução das Ciências Sociais e Humanas na base da produção das práticas e saberes instituídos em um longo processo de acumulação em geral descontínuo, complexo e controvertido.

Desse modo, a disciplina Medicina Social III, no DSC, e todas as experiências nela conduzidas tendo como referência a antropologia, a despeito de muitas incompreensões suscitadas, representa um acontecimento histórico transformador e um passo fundamental para a ampliação da compreensão da saúde e a construção desse campo na UFC e no estado do Ceará.

As palavras do Professor Adalberto Barreto, o próprio agente da mudança na UFC, na direção da antropologia sem adjetivação, em Conferência recente no PPGSP, mostra o amadurecimento e compreensão do espaço crítico possibilitado pela introdução dessa ciência social no contexto do ensino em saúde e na relação vivenciada pelos estudantes com a estrutura social onde aprendem e atuam:

... Então é claro que a minha análise mais crítica... eu sempre fiz uma antropologia mais crítica e prospectiva do que pode fazer uma leitura do agora e não como folclore... (e-INF 40).

... São corpos dilacerados que pedem ao Santo o que não recebe das instituições sociais: é uma denúncia social. (e-INF 40).

O Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva: reforma sanitária e articulação com o SUS

A partir de 1982, com o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (CONASP) e as Ações Integradas de Saúde (AIS) que tal plano propunha, apesar das contradições existentes, ensaiavam-se os primeiros movimentos de reforma sanitária no Brasil, em busca da democratização e ampliação dos serviços de saúde. Como as AIS propunham a articulação entre o então INAMPS e as secretarias de saúde estaduais e municipais, houve uma confluência na organização dos serviços locais e, conseqüentemente, na constituição do campo da Saúde Pública em cada região, incluindo o Ceará. O governo cearense tinha um perfil conservador à época, mas houve a mobilização de profissionais e experiências exitosas que, ao passo em que levaram as lideranças à reforma sanitária, também construíram um projeto de saúde para o estado.

Isso foi início de 85, foi um momento de aproximação de muita gente que pensava em um sistema de saúde melhor. Embora não trabalhassem na saúde pública. Eram médicos, dentistas e cada um nos seus consultórios, mas tinham os trabalhos associativos dos conselhos e associações profissionais. Algumas experiências religiosas... (e-INF 36).

A gente juntou nesse congresso [em Aratuba], quem a gente sabia que tinha algum interesse na melhoria das condições de saúde. E que com isso se desenvolveu um grupo maior que levou a uma participação importante na 8ª Conferência Nacional de Saúde e a preparar um projeto de saúde para o governo estadual [Governo Tasso Jereissati] (e-INF 36).

... várias Universidades criaram articulações para acompanhar e participar desse processo... que eram os NESCAs... em alguns lugares chamava-se NESCOM... era uma articulação das secretarias de saúde

com as universidades ... para que as universidades participassem desse processo... aqui, no Ceará, foi criado então o NESC, [que foi articulado pelo Prof. Dower]. [No NESC] havia vários profissionais, especialmente [egressos] da FUNASA ... [Nessa época, era secretário de saúde o professor Elias.] ... o professor Elias tinha articulação com a SESA... o Dower ... pela Universidade... articulou a criação do NESC (e-INF 4).

O NESC surge com o principal objetivo de formar profissionais para o SUS emergente: *“foi criado no contexto de criação do SUS e da Reforma Sanitária, então ele tinha uma característica que ele foi criado para formar para o SUS”* (c-INF 7). *“O NESC era o embrião dessa articulação com o SUS... e eles [os professores do DSC na época] não viam essa perspectiva no então DSC”* (e-INF 4).

Era uma época de muita efervescência, era uma época de pré-conferência nacional de saúde... num movimento de grandes propostas para a Reforma Sanitária e o NESC abrigou a segunda Conferência Estadual de Saúde, que foi a pré-conferência da 8ª Conferência Nacional (e-INF 7)

No NESC era muito importante a dimensão da participação social e da reforma sanitária, tanto que a primeira grande tarefa desse núcleo foi coordenar a segunda conferência estadual de saúde, ainda nesse período de militância pelo direito à saúde.

Muitos dos participantes do NESC eram profissionais de saúde pública militantes do movimento da Reforma Sanitária. Outros eram militantes opositores ao regime militar então vigente, e, portanto, considerados “subversivos” no período da Ditadura Militar. Essa característica de constituição é importante para compreender o perfil político desses núcleos e as resistências que muito tiveram de enfrentar nas instituições universitárias onde foram instituídos. Uma vez que a reforma sanitária brasileira se constituiu como um processo de articulação dos ideários preventivista com o materialismo histórico dialético, inaugurando um novo cenário discursivo e paradigmático em meio a um novo contexto político (ANDRADE, 2013).

[os NESC eram] formados por pessoas do serviço. Professores também, mas voltados para o serviço” (e-INF 7).

politicamente teve todo um processo para criar esse núcleo dentro da universidade. Tanto que vários departamentos o citavam como aquele local dos [esquerdistas], porque eram pessoas que tinham uma história de luta” (e-INF 7).

NESCs surgem no Brasil todo [também] para abrigar aqueles professores que tinham [sido opositores ou perseguidos políticos] ... de alguma forma (e-INF 7).

Na UFC, essa composição “de esquerda” e “do serviço” dos membros do NESC suscitou resistências internas para a sua constituição, necessitando articulações internas de modo a contornar a oposição de vários setores departamentais da área da saúde:

Quando nós fizemos a mudança curricular [em 1982], criou-se uma disciplina chamada Fundamentos da Prática e da Assistência Médica. Então, o que aconteceu: existia um grupo... eram tudo gente de esquerda... mas eu lá queria saber quem era de esquerda ou de direita... eu queria era que fizessem alguma coisa... (e-INF 33).

... tinha um [professor] chamado Dower de Moraes Cavalcante... foi uma pessoa que deu uma força muito grande para essa disciplina ser implantada [...] para a criação dessa disciplina foi uma batalha muito grande... porque ninguém queria... achavam que a gente queria comunizar os estudantes, [quando na verdade estávamos] abrindo os olhos dele para como a medicina deveria ser. [...] (e-INF 33).

O chefe do DSC, o Prof. Ernesto, não aceitava. [...] [então] para ser criada e aceita, foi para o Departamento de Medicina Clínica, porque eu era o chefe. Se eu não fosse o chefe também não tinha sido criada. Foi criada porque forcei a barra... Ela foi criada com muito protesto (e-INF 33).

O processo de constituição do DSC, já discutido anteriormente, mostra que esse departamento acadêmico congregava várias áreas curriculares que atuavam extra muros do hospital e da universidade, ou seja, com a comunidade. Mas não necessariamente, o DSC se articulava afinadamente com os movimentos precursores do SUS e da Saúde Coletiva. Mesmo as disciplinas de Medicina Social tinham como eixo estruturante a Antropologia Médica e, por mais que se articulassem com estratégias de Medicina popular, mantinham-se ainda distantes dos serviços de saúde.

O caráter de articulação do NESC com os serviços de saúde e a reforma sanitária imprime-se na realização de vários cursos de especialização (especialmente voltados para os gestores) e na formação do acadêmico de medicina para o SUS. Tanto que uma das principais conquistas do NESC, na sua criação mesmo quando ainda era um núcleo informal, foi a implantação na reforma curricular de 1982, de uma disciplina que aproximava o ensino com os serviços públicos de saúde, abordando os conceitos ampliados de saúde, os determinantes sociais de saúde e a organização do sistema de saúde. A disciplina “Fundamentos da Prática e da Assistência Médica” surgiu em muitos relatos, nas entrevistas, dos participantes vinculados direta ou indiretamente ao NESC.

Essa disciplina abordava os conteúdos vinculados à Medicina Preventiva / Social, entretanto foi colocada no currículo sob responsabilidade do Departamento de Medicina Clínica, por questões internas de sua chefia apoiadora da proposta, pois não havia a concordância político-institucional do DSC (a área tradicional de conhecimento do campo da disciplina) para incluir a disciplina em sua própria matriz curricular:

O DSC [antes dos anos 1990] nunca foi o local para onde iam as pessoas que queriam ser sanitaristas ... ou militavam no movimento da Reforma sanitária... Por isso foi criado o NESC [na UFC] (e-INF 4).

... também tem a questão da política institucional interna à UFC... foi o Prof. Dower [em articulação] com o Prof. Elias, que criou um espaço disciplinar da graduação, dentro da Faculdade de Medicina ... no Departamento de Medicina Clínica ... chefiado então pelo Prof. Elias ...para ministrar uma disciplina que hoje seria considerada do campo da saúde coletiva do DSC... para fazer a integração entre a universidade e o movimento de constituição do SUS (e-INF 4).

[na Reforma Curricular de 2002] essa disciplina foi deslocada da grade curricular da Medicina Clínica para o DSC... permanecendo sob a responsabilidade didático-pedagógica do NESC ... que estava vinculado ao DSC a partir de 1995, quando foi criado o [novo] Departamento de Saúde Comunitária (e-INF 4).

Na perspectiva de alguns entrevistados, essa disciplina, que após a reforma curricular de 2001 passou a ser denominada ABS 1 e ministrada pelos professores do atual DSC (DSC, 2019), foi concebida, criada e implementada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFC.

O NESC tinha um propósito de fundação, que se efetivava com a implantação e condução dessa disciplina. Todavia, o professor Dower e os membros do NESC não encontravam no DSC daquele período acolhida para essa empreitada. E-INF 33, por sua vez, havia sido secretário estadual de saúde²⁹ e estava no cargo de chefe do departamento de Clínica Médica na UFC. Ou seja, por um lado ele acompanhara as AIS e todo o processo de criação do SUS enquanto gestor público da saúde, por outro ele tinha a governabilidade dentro do meio acadêmico que a chefia do departamento lhe conferia.

Dower era muito criticado pelos setores mais conservadores da universidade. No DSC, aquele núcleo de que havia de professores não tinham nenhuma articulação com os serviços... e o Dower articulou esse movimento [do NESC] (e-INF 4).

²⁹ INF- 33 foi secretário estadual de saúde de 03/1983 a 08/1986; depois chefe do Departamento de Medicina Clínica, iniciando mandato de 2 anos em março de 1987.

Reunindo tais intenções e possibilidades, o NESC “*surgiu como um núcleo informal no Departamento de Medicina Clínica. [...] Dower saiu da Fisiologia e foi para a Clínica Médica*” (e-INF 4).

A partir desses relatos, observa-se que foi uma contingência política e histórica que vinculou o NESC e a disciplina de Fundamentos da Prática e da Assistência Médica ao Departamento de Clínica Médica.

Dentro dos campos científicos, há de se fazer também uma análise dos capitais simbólicos e temporais (BOURDIEU, 2004), que nesse resgate histórico apresentam-se como fundamentais para determinar o curso dos fatos. Estavam envolvidos capitais temporais, que podem, de fato, ir definindo desenhos para o campo, como aconteceu. É claro que o que define a pertença a um campo, mais que a disposição no organograma institucional, é a intercessão dos conteúdos. Todavia, como aqui nos propomos a analisar um processo histórico, essas reflexões se fazem importante. E, não fosse essa detenção de capital temporal e científico, as coisas não teriam se sucedido como tal.

Por outro lado, cabe aqui destacar que essa disciplina reunia alguns princípios da formação médica já semeados no IMEP - compreensão social da saúde, análise crítica da situação de saúde da população, articulação ensino-serviço, práticas preventivas e interdisciplinaridade – e aborda também a dimensão da integração docente-assistencial, assim como o PROAIS estava se propondo em período semelhante.

Objetivo geral [da disciplina Fundamentos da Prática e da Assistência Médica]: oferecer ao aluno recém-admitido no Curso de Medicina os instrumentos que lhe permitirão desenvolver uma visão histórica, social e crítica das políticas de saúde, da indissociabilidade da prática médica individual e coletiva, em consonância com os princípios norteadores da Reforma Sanitária Brasileira. A disciplina envolve pessoal de ensino e serviço na perspectiva de integração docente-assistencial(NESC, 1994).

Reforçando essas semelhanças entre a disciplina implantada pelo NESC e as propostas imepianas, e-INF 7 afirma que “*os professores eram da escola do professor Alencar, tinha toda aquela compreensão de saúde, de como os estudantes de medicina deveriam se formar*”. Percebe-se, pois, essa correlação entre os períodos históricos por meio desse modelo de formação.

Entretanto, as dificuldades no processo de implantação dessa disciplina também devem ser lembradas. E-INF 33 aponta que o grupo condutor da disciplina, era

formado por “*uma porção de gente muito interessada em fazer as coisas, mas nós dependíamos, para que aquilo fosse implementado na cabeça dos estudantes, do apoio para os meninos irem para os centros de saúde*”. Ou seja, uma disciplina de articulação ensino-serviço dependia muito da colaboração das gestões municipais e estaduais. Agora, com o início do SUDS e, depois do SUS, havia uma lógica diferente daquela do período do IMEP (quando o Centro de Saúde era coordenado pelo IMEP) e do período dos projetos de extensão já citados (onde a articulação era muito mais com a comunidade, que com os serviços propriamente ditos).

Com a reorganização curricular do curso de Medicina, na reforma curricular de 2002, a disciplina Fundamentos da Prática e da Assistência Médica saiu do Departamento de Medicina Clínica e passou a ser integrada ao rol de disciplinas do DSC com o novo nome de ABS 1. Mas, em muitas narrativas dos entrevistados, é identificada como uma disciplina ainda vinculada ao NESC e que, nessa perspectiva, introduziu a Saúde Pública na UFC.

Como esse não foi um objetivo central desse trabalho, não iremos nos aprofundar na análise da trajetória dessa disciplina no ensino médico na UFC. Todavia, as falas deixam transparecer que o NESC, em suas ações e produções, situa-se dentro do campo da Saúde Coletiva na UFC, por isso julgamos ser importante abordarmos um pouco mais sobre a história e os princípios desse núcleo, bem como sua relação com o DSC.

Essa não é uma relação institucionalizada, uma vez que identificamos que o histórico do DSC (DSC, 2019) e os documentos sobre formação em SC na UFC (organizados pelo PPGSP-UFC) não citam o NESC. Quando, em agosto de 1988, o NESC é criado oficialmente, foi vinculado diretamente ao Centro de Ciências da Saúde e não ao DSC. Entretanto, a constituição do novo DSC e da pós-graduação tem interfaces com esse núcleo, justificando a importância de conhecer sua história.

No caso da UFC, esse núcleo, que já existia e se articulava para conduzir a disciplina de Fundamentos da Prática e da Assistência Médica, foi criado oficialmente pela Comissão Interinstitucional de Saúde, em 17 de agosto de 1988, por meio da resolução nº CIS/CE-04/88.

Essa comissão era formada por representantes de todas as instituições de saúde, que já se reuniam e constituíam um movimento de reforma sanitária cearense.

Dentre essas instituições, além da UFC, podemos citar: Secretaria Estadual de Saúde, Fundação de Serviços Especiais em Saúde Pública (FSESP), Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Universidade Estadual do Ceará (UECE) e escritório regional do INAMPS. Posteriormente, com a municipalização, houve também a integração com as secretarias municipais de saúde e com o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMSCE)(NESC, 1988b).

Cada uma dessas instituições tinha uma forma de participação, como assistência técnica, assistência financeira, colocar sua rede de serviços a disposição e/ou ceder pessoal para o serviço no NESC (NESC, 1988b). Desta feita, para desenvolver um “conjunto de atividades de desenvolvimento de recursos humanos e de pesquisa, visando aprimoramento do ensino e dos serviços de saúde do Estado do Ceará” (p. A-4), o NESC contava com um “equipe técnica multi-institucional e multiprofissional designada pela CIS” (p.4) (NESC, 1988b).

De acordo com o regimento do NESC, ele seria composto por

técnicos de nível superior das áreas de serviço e ensino, qualificados no ensino universitário das ciências da saúde, desenvolvimento de recursos humanos, organização e administração de serviços, planejamento em saúde, higiene e Saúde Pública, educação em saúde e Higiene e Medicina do Trabalho (p. 1) (NESC, 1988a).

Nessa composição do NESC, vale ressaltar que o núcleo “*não tinha recursos humanos próprios, a maioria do pessoal que trabalhava [no NESC] era oriundo de serviços, não tinha tempo integral e ainda exerciam suas atividades na instituição de origem*” (e-INF 7).

Nesse sentido, alguns profissionais eram cedidos ao NESC e vivenciavam essa interface entre serviço e a universidade, o que, por um lado, potencializava essa capacidade de integração ensino-serviço, mas, por outro, reduzia as possibilidades de contribuição direta, em termos de carga horária e dedicação temporal, desses integrantes.

Já foi na década de 80 que foi criado o Núcleo de Saúde Coletiva (NESC). Eu estava na fundação e fui pra lá e fiquei à disposição do NESC. E aí depois quando eu fiz o concurso pra professor do mestrado, nesse tempo eu fiz o concurso pra faculdade era 20 horas. Eu tinha 20 horas lá e 20 horas no NESC. E aí no NESC a gente formou um grupo, inicialmente era um grupo muito bom e lá ele foi criado pra qualificar os recursos humanos para o SUS e ele era formado muito por pessoas

de serviço. Então era muito bom porque a gente tinha sempre um pé na academia e outro no serviço, que eu gostava (e-INF 7).

Os integrantes do NESC formariam comissões de trabalho, de acordo com as necessidades de cada período, e cada um prestaria uma carga horária de 20h semanais de trabalho nas atividades internas e externas do núcleo (NESC, 1988a). Além da disciplina, outras funções do NESC, citadas no relatório de 1994, são: realizar cursos, especializações, seminários, pesquisas, reuniões, eventos e desenvolver cooperação internacional Brasil-França (NESC, 1994).

No início dos anos 1990, configurava-se um cenário diferente. O SUS já existia, os serviços estavam se consolidando, instituía-se a municipalização e a necessidade de adequação das gestões municipais, etc. Nesse cenário, o NESC atuou muito junto aos serviços de saúde.

“A gente se mantinha realizando cursos, com recurso do Ministério da Saúde. Depois da Reforma Sanitária tinha todo um recurso destinado a isso. E a gente se mantinha. Os cursos eram gratuitos. E tinha uma linha política muito forte” (e-INF 7).

O NESC ministrava cursos de especialização para o serviço. A gente fez curso de formação para gerentes de Unidade Básica de Saúde. Nessa época nós conseguimos capacitar todos os gerentes das Unidades Básicas do município de Fortaleza, com uma metodologia ativa muito interessante. [...] Nós ministramos muito curso e especialização em Saúde da Família, gestão dos serviços locais de saúde. Ministramos um curso só para profissionais do Ministério da Saúde... muitos cursos (e-INF 7).

Fizemos grandes cursos de especialização, em parceria com a OPAS [...] nós coordenamos o curso CADRO, que era um curso de formação para recursos humanos, realizamos cursos de especialização em planejamento com a Fundação Osvaldo Cruz, administração hospitalar, curso de especialização em sistemas locais de saúde, curso de especialização em Saúde da Família... foram cursos feitos em várias turmas (e-INF 7).

Foi um momento áureo do NESC porque para todos era um momento de muita ebulição, tanto intelectual como porque se queria mudar os serviços de saúde (e-INF 7).

Os integrantes do NESC também *“muitas vezes eram chamados para assumir algum cargo [de gestão]”*³⁰ (e-INF 35).

³⁰ Ele, e-INF 35, por exemplo, relata que, por sua atuação e engajamento no NESC, foi chamado para secretário de saúde na cidade de Sobral, no interior do estado do Ceará. INF 7 também cita que já assumiu várias vezes cargos na administração em saúde do município de Fortaleza,

Em 2012, o núcleo, em homenagem a trajetória de seu fundador³¹, recebeu seu nome: Dower Moraes Cavalcante³².

NESC e DSC: disputas, integração

Em 1995, o DSC se separa do Departamento Materno-infantil e o NESC passa a funcionar no 5º andar, juntamente ao DSC. Mas, o fato de compartilharem o mesmo lugar no bloco didático não significava uma perfeita integração institucional, apesar de algumas iniciativas de promover essa articulação.

Num determinado momento, quando tentamos articular para que eles entrassem de fato, eles acabaram, pela conjuntura da época de articulação com o reitor, acabaram preferindo se vincular diretamente à pró-reitoria de extensão. Não sei se vincularam como um projeto de extensão... [...] Mas, na verdade, não existe no organograma da Universidade, nem no organograma do DSC, nem no organograma da Faculdade de Medicina. Nunca existiu e eu acho que continua sem existir (e-INF 4).

Assim que nós chegamos em Fortaleza, em 1992, 1993... entramos em contato com o Dower, houve uma reunião do departamento com o Dower, em nome do NESC. E nós iniciamos até um trabalho de tentar articular o NESC com o Departamento, através desse contato com o Dower. Inclusive, ele depois convidou a Lígia para coordenar o CRUTAC, que era de responsabilidade do NESC. E ela coordenou... Porque nós percebemos [quando chegamos no departamento] que o departamento não tinha nenhum vínculo com a reforma sanitária, que era mais aquela ideia da medicina popular... e a gente em Ribeirão Preto tinha articulação direta... Quando chegamos aqui percebemos esse vácuo de articulação com a secretaria e começamos a nos articular com o NESC, não lembro de quem foi a iniciativa... mas houve essa reunião e o CRUTAC, que era da extensão, ficou sob coordenação da Lígia por algum tempo (e-INF 4).

Depois que o Dower morreu, coincidiu com o período em que nós assumimos a pós-graduação no DSC e não tivemos mesmo foi fôlego para continuar, mas essa foi uma articulação importante (e-INF 4).

enquanto INF 20, também membro do NESC, também foi chamado para assumir a Secretaria de Saúde do Estado por um período.

³¹ “Dower era um dos fundadores do NESC, um grande articulador” (e-INF 7).

³² “Ele foi médico, professor da Faculdade de Medicina, guerrilheiro no Araguaia, foi preso político” (c-INF 7). Dower nasceu em 1950, formou-se em Medicina e tornou-se professor, com vinculação ao Departamento de Medicina Clínica. Além disso, esteve a frente das Ações Integradas de Saúde e das propostas da Reforma Sanitária no Ceará. Ele atuou também como gestor, coordenando o 5º distrito sanitário de Fortaleza no período de unificação do sistema e reorganização da assistência em saúde. Ele foi o primeiro coordenador do NESC (NESC, 1988b). Em 1992, professor Dower morreu repentinamente.

O NESC surgiu vinculado ao departamento de Medicina Clínica, depois “*foi criado [oficialmente] vinculado ao CCS, depois aproximou relação com a Faculdade de Medicina, mas abrigado no DSC apenas por conta de uma semelhança muito grande de atuação*” (c-INF 7). Entretanto, apesar de o objeto de trabalho do NESC sempre ter sido muito semelhante ao objeto de trabalho do grupo da SC do DSC, não havia uma plena integração. Mesmo a aproximação física (instalando-se no mesmo andar) parece não ter acontecido sem conflitos:

O NESC vai para o DSC. Depois os professores de Saúde Comunitária vão saindo, vão chegando os novos.

Aí vai tendo um contingente de professores no DSC que chegam e encontram o DSC e olham como se fosse assim ‘tem alguém ocupando ali umas salas do nosso 5º andar’. Não entende como é que foi a história. A possibilidade de o DSC ir para o 5º andar e se separar do Materno-infantil foi dada pelo NESC. Isso a gente não abre mão. Isso é história, tá? (e-INF 35).

Nós tivemos sempre muito questionamento com o pessoal da Epidemiologia. Hoje tudo muito pacificado. Mas o pessoal não entendia que quando nós fomos lá para aquele 5º andar foi para que o DSC tivesse vida fora do materno-infantil, mas nós fomos ser vizinhos, não era a mesma coisa. E algumas vezes nós tivemos algumas coisas, tipo (depois tudo ficou numa boa), mas a XXXX [nome de uma pessoa] chegava em uma reunião e dizia ‘eu não lhe vejo aqui’. Aí alguém chegava para ela e dizia ‘professora, também não lhe vejo aqui’. Aí todo mundo entendeu que é igual ao copo, que um diz que tá meio cheio e o outro diz que tá meio vazio (e-INF 35).

A desintegração parece ter se originado diante das diferentes perspectivas de reconhecimento e valorização do NESC, gerando, inclusive, muitos embates entre professores do DSC e membros do NESC:

Teve algumas situações que eu acho estranha. De o pessoal chegar e dizer que o núcleo não existia [...] chegava e dizia: ‘esse núcleo não existe’. A gente mostrava o documento: ‘tá aqui, esse existe!’. E mostrava no documento ‘fundado pela própria universidade’ (e-INF 35).

Alguns integrantes do NESC afirmaram que os professores do DSC olhavam com acareação para o NESC e diziam que o núcleo não funcionava, mas se utilizavam dele porque o núcleo tinha uma estrutura física com reforma recente. Por outro lado, argumenta-se que o NESC desempenhou um papel importante de criar e conduzir a disciplina de Fundamentos da Prática e da Assistência Médica, quando esta estava

vinculada ao Departamento de Medicina Clínica e tinha sua criação homologada por um documento oficial, mas não existia dentro do organograma institucional.

Essa incompreensão pode surgir porque

o NESC sempre teve um perfil de trabalhar com gestão e com extensão, então era um trabalho bastante diferenciado do departamento de Saúde Comunitária... diferenciado, mas se complementavam. Um era ensino, o outro mais extensão. Um era pesquisa, o outro mais gestão (e-INF 7).

Ou seja, na perspectiva da produção científica, o NESC aproxima-se mais de formação disciplinar de Políticas, Planejamento e Gestão, “*e a gestão não aparece muito porque a gestão, dos três eixos da Saúde Coletiva, é aquela que menos tem se desenvolvido [cientificamente]*” (e-INF 7).

Além disso, a ausência física no prédio do DSC, é justificada por membros do NESC como característica de um trabalho desenvolvido mais dedicadamente nos serviços de saúde, bem como porque “*sempre trabalhamos muito [...] Acontece que como não tínhamos recursos humanos próprios, o NESC sempre passava por períodos de altos e baixos por falta de recursos humanos... uns se aposentavam, outros tinham que voltar para sua instituição...*” (e-INF 7).

Nesse sentido, alguns dos outros entrevistados, que não eram vinculados ao NESC, lamentam a pouca atuação do núcleo diante de seu amplo potencial, ou como afirma e-INF 27: “*o NESC representa muitas oportunidades desperdiçadas*”.

A maioria das críticas gira em torno da falta de integração entre NESC e DSC, bem como o mau aproveitamento dos recursos investidos, não sendo esse núcleo cenário de produção, pesquisa e atuação do DSC em Saúde Coletiva: “*e o NESC nunca funcionou a contento. Tinha lá recurso, tinha mais recurso, tinha tudo e nunca vi*” (d-INF 32). Ou seja, parece haver uma diferença de perspectiva na análise da situação. De fato, os próprios integrantes do NESC reconhecem que em termos de produção científica, o NESC não se apresenta como expoente, mas, no que tange a implementação do SUS no Ceará e no desenvolvimento de recursos humanos em saúde pública, desempenhou bem seu papel.

Também os professores mais recentes parecem reconhecer um potencial pouco aproveitado no NESC, especialmente depois da criação do PPGSP-UFC, marginalizando ainda mais o NESC dentro do DSC:

O NESC era o embrião disso tudo. Mas com a criação do programa, ele virou quase que um repositório. Muitas pessoas com militância, importantes, ficaram lá, mas sem inovar. Tem quadros históricos do movimento sanitário do Ceará, mas sem muito protagonismo (e-INF 38).

Apesar da inovação construída por esse núcleo, o próprio e-INF 33 afirma que o NESC “*tem um projeto muito bonito, mas a parte prática não é a contento*”. Essas dificuldades parecem ter se exacerbado nos últimos anos:

de uns tempos para cá, temos funcionado com dificuldade. A gente não tem mais recurso. A gente funciona esporadicamente com alguns recursos de alguns cursos... a gente elabora alguns projetos de pesquisa com foco em organização dos serviços e avaliação (e-INF 7).

Atualmente cuida do internato em SC, do CRUTAC... e nessa perspectiva a gente vem trabalhando. Assessora o Cosems... (e-INF 7).

Existem inclusive questionamentos sobre qual o papel atual do NESC na UFC e na Saúde Pública do Ceará:

o Nesc ele é UFC, mas ele é maior que UFC. Ele é maior que o departamento do ponto de vista de identidade. E qual vai ser o papel dele nesse momento? O que a gente vê é que há uma agonia. Vaudelice tem uma agonia enorme do Nesc sumir. Então já se pensou em que medida ele pode aninhar o pessoal da medicina de família e comunidade como um eixo. Provavelmente vai ser um espaço dos aposentados, pode ser um clube de esquina aí né pra encontros maiores, enfim só o futuro dirá aí pra gente o que irá acontecer, mas esse futuro depende do passado dos aposentados, neste momento, em termos de orientar e criar os fatos (e-INF 39).

Teria o NESC se configurado como essa dimensão do DSC mais voltado para a Medicina de Família? Seria esse um sub-campo ou uma parte do grande campo? Onde está a produção sobre Saúde da Família no atual inventário de produções do DSC?

INF 7 reconhece que essa aproximação com a Saúde da Família “*seria uma tendência natural do NESC, e, de fato, “com o ingresso dos especialistas em Medicina de Família e Comunidade no departamento, [o NESC] se aproximou muito deles, mas infelizmente não conseguimos formar um campo de estudos mais consolidado sobre saúde da família”* (e-INF 7).

Todavia, parece existir um grupo de pessoas vinculadas ao NESC que “*permanecem a disposição do NESC e participam sempre que a gente precisa [...] embora agora a gente esteja em um período de baixa do NESC, ainda acho que a gente*

pode retomar algumas pautas importantes” (e-INF 7). Seria esse momento de fortalecer o NESC?

São muitos os questionamentos diante do momento atual, todavia, o que se pode apontar é que o NESC e o DSC sempre trabalharam com objeto muito semelhante, mas cada um com sua autonomia e modos operante. Essa similaridade e ao mesmo tempo separação parecia gerar um clima de disputa, que se tornou ainda mais acirrada com a proximidade física do DSC e do NESC. Essas disputas são características do campo científico e, por isso mesmo, já esperadas. Ainda mais quando dizem respeito ao reconhecimento de autoridade, que é capaz de promover a autonomia diante dos pares e agentes do campo (BOURDIEU, 2003; 2004).

Entretanto, a proximidade física com o NESC foi parte da articulação interna para que fosse constituído um novo DSC. E *“a criação do novo DSC com a pós-graduação possibilitou tudo o que aconteceu depois daí. Porque nesse momento houve o boom das pós-graduações”* (c-INF 4). Por isso, o NESC integra também essa engrenagem da história.

CAPÍTULO 7: CONSTITUIÇÃO HISTÓRICO-INSTITUCIONAL DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA NA UFC – PERÍODO 1990-2020

O cenário da formação em Saúde Coletiva na UFC: a graduação em Saúde Coletiva

A discussão sobre a formação em Saúde Coletiva (SC) no Brasil é recorrente desde o início dos movimentos de reforma sanitária. Normalmente, a formação acadêmica em determinada área de conhecimento inicia-se com a constituição dos cursos de graduação. Entretanto, na SC brasileira, houve uma estruturação inicial dessa formação por meio da pós-graduação (LORENA; AKERMAN, 2016).

O nível de graduação, ao contrário de todas as demais profissões de saúde, o bacharel em saúde coletiva, que é o título que você ganha fazendo a graduação, ele só aparece depois de existir uma rede amplíssima mais que consolidada de mestrado e de doutorado. Ao contrário de todos os outros cursos, onde você tem uma graduação primeiro e depois você vai batalhando pra criar o mestrado e o doutorado (e-INF 10).

Desde os anos 1970, existem as pós-graduações em Saúde Coletiva (mesmo que utilizando diversas nomenclaturas afins). E, apenas no final dos anos 2000, a implantação de cursos de Graduação em Saúde Coletiva (GSC) foi efetivada em algumas Instituições de Ensino Superior (IES), especialmente porque o programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) ofereceu meios práticos e financeiros para isso (BOSI; PAIM, 2010; LORENA; SANTOS; ROCHA; LIMA *et al.*, 2016a).

Ou seja, os cursos de bacharelado em Saúde Coletiva ainda são recentes no Brasil. Em 2002, inaugurou-se a possibilidade dessa formação em nível de graduação. E, em 2009, por incentivo do REUNI, houve a ampliação da quantidade de cursos de bacharelado em SC, iniciando a implantação marcadamente em algumas das instituições de ensino superior mais tradicionais do país (LORENA; SANTOS; ROCHA; LIMA *et al.*, 2016b; MENESES; SILVA; CASTELLANOS; RIBEIRO, 2017). Vale ressaltar que a concepção dessa graduação e o interesse em estruturá-la não é decorrente do REUNI, data da década de 1970. Mas o REUNI forneceu condições de possibilidade para a efetivação dessa nova profissão em nível de graduação (BOSI; PAIM, 2010;

CASTELLANOS; FAGUNDES; NUNES; GIL *et al.*, 2013; LORENA; AKERMAN, 2016). De acordo com Meneses e colaboradores (MENESES; SILVA; CASTELLANOS; RIBEIRO, 2017), até o final da primeira metade do ano 2014, existiam 18 cursos de GSC no país, ofertando, juntos, 979 vagas por ano.

Se analisarmos a caracterização desses cursos feita por Meneses e colaboradores (MENESES; SILVA; CASTELLANOS; RIBEIRO, 2017), perceberemos que 4 estavam na região Norte, 5 na região Nordeste, 3 no Centro-Oeste, 3 no Sudeste e 3 na região Sul. Os dois primeiros cursos foram implantados no Nordeste e no Centro-Oeste. Todavia, quando da coleta de dados, Sul e Nordeste concentravam quase 60% das vagas. Apenas 1 dos cursos estava vinculado a uma instituição privada. E não havia equilíbrio na distribuição espacial dos cursos do Nordeste, pois 3 dos 5 cursos aconteciam no estado de Pernambuco. Ou seja, 6 dos 9 estados nordestinos não tem graduação em SC.

O Ceará é um desses estados onde não existe ainda esta modalidade de formação. Isso é definidor para a análise do campo de formação em SC no estado onde se empreendeu esse trabalho. Além da importância de ordem prática, uma outra evidência disso é que o planejamento de implantação de um curso de graduação em Saúde Coletiva na UFC é citado por vários entrevistados. As opiniões sobre esse movimento de constituição da GSC são, por sua vez, bastante dispares. Desta feita e por ser um assunto recorrente, procedeu-se a um resgate histórico, que permitiu-nos compreender melhor como se desenrolou esse projeto de um curso de GSC na UFC e o posterior insucesso do movimento empreendido no Departamento de Saúde Comunitária da UFC.

A implantação da GSC surgiu como uma demanda também da UFC no mesmo período em que essa pauta foi retomada no cenário nacional diante da possibilidade de financiamento. Houve, inclusive, a criação de um projeto para o curso na UFC, que seria financiado pelo recurso do REUNI, todavia não aconteceu sua implementação.

Conseguimos convencer o reitor da época que o curso de graduação em saúde coletiva era uma prioridade para o REUNI. Ele não só se convenceu, ele comprou a ideia. E brigou pela proposta. Mas aconteceu que ele morreu. Morreu de forma repentina. O vice-reitor que assumiu a reitoria não tinha o mesmo compromisso e coincidiu exatamente com o período que eu vim embora para cá [outro estado, em outra região do país]. Então, o que acho que aconteceu foi que não sustentaram a briga. E o que acontece é que o recurso já estava, inclusive, alocado. E esse recurso foi utilizado para abrir outro curso, que não Saúde Coletiva. Foi

utilizada para abrir um curso de Fisioterapia, se não me engano. Então, a gente brigou pelo recurso, conseguiu o recurso e perdeu o recurso porque faltou, digamos assim, um certo empenho do pessoal aí do departamento de correr atrás. Em todo caso, o projeto ficou. Deixei o projeto com o pessoal. Desde 2009, já são 10 anos... E eu acabei vindo para cá para um curso de graduação em Saúde Coletiva. [...] A morte do reitor foi um fato muito inesperado. E foi um fato determinante no desmonte da proposta, infelizmente (e-INF 38).

A implantação do curso de GSC era ‘tão certa’, que tivemos acesso a uma dissertação³³ (AMARAL, 2010) do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da UFC que discutiu as demandas do Ceará, na perspectiva dos gestores e profissionais do SUS, para os profissionais formados pelo novo curso previsto para 2012. A própria dissertação já afirmava que o curso começaria em 2012.

O relato acima, porém, revela as contingências históricas que impediram a implantação da GSC no Ceará. Todavia, a dissertação de Amaral (AMARAL, 2010) já sinalizava bastante desconhecimento, alguns impasses e muitos questionamentos quanto à necessidade e à importância do novo curso planejado. A GSC ainda hoje desperta opiniões dicotômicas, entre as lideranças do campo da SC, sobre sua validade e necessidade (BOSI; PAIM, 2010; CASTELLANOS; FAGUNDES; NUNES; GIL *et al.*, 2013). Isso não foi diferente no período de 2008/2009: havia os defensores, havia os que descreditavam da proposta e havia os indiferentes. Com a morte súbita do reitor, o projeto precisava ser rearticulado, mas não foi, o que resultou no insucesso da implantação do curso:

Nós perdemos um momento histórico, quando houve uma possibilidade de abertura de novos cursos [com o REUNI]. Infelizmente os nossos *sênior*s da saúde coletiva na época, que eram os doutores, a gente não conseguiu montar uma proposta. Caiu de paraquedas, antes de 2010, uma demanda da reitoria por um curso de gestão em saúde, uma coisa dessa, e a gente tinha a faca e o queijo na mão de montar uma graduação de saúde coletiva. Esse talvez seja um dos erros históricos! [...] Porque isso nos daria a possibilidade de uma conformação de um instituto (e-INF 39).

Volta e meia essa história volta, retorna porque é um movimento, mas a gente tinha tudo, para compor. Nós tínhamos modelos, Maria Lucia tinha liderado esse debate na Abrasco, eu acho não sei se foi por cansaço, não sei, mas institucionalmente teria sido importante. Até tensionei com o Ricardo, com a própria Malu sobre a importância,

³³ Essa dissertação aqui será considerada como uma fonte documental, visto que ela não está acessível no repositório da instituição de origem. Acredita-se que não houve a entrega da versão final pela autora, mas uma cópia foi fornecida aos arquivos da presente pesquisa por um dos entrevistados.

porque isso talvez teria facilitado a nossa trajetória da pós Stricto Sensu, da gente ficar albergando as residências multiprofissionais, fortalecer o corpo docente, de ter uma sede própria, de estrutura, de continuar trabalhando com a faculdade de medicina, mas também com outros cursos. Provavelmente a gente teria um outro movimento, da mesma forma que aconteceu em 94, de agregar na mesma mesa, no entorno da mesma mesa pessoas que falam da saúde coletiva, mas em outros departamentos, em outros setores da UFC. Então certamente haveria uma migração pra esse instituto de lideranças da odonto, da farmácia, da própria enfermagem, da geografia, da psicologia. Teríamos a possibilidade de montar um grande projeto institucional de saúde coletiva. De repente ir pro Pici [outro campus da UFC], mas infelizmente isso não foi possível, mas essa é uma dívida que talvez os aposentados possam utilizar como uma bandeira de luta, com a experiência de tensionar para novas gerações a importância disso, porque o meu grande medo é esse cenário atual, com essa avalanche de aposentadorias, fragilizar toda essa construção, entendeu? (e-INF 39).

Então, claro que a saída de um instituto de saúde coletiva seria uma materialização institucional do campo. A gente já pensou várias vezes, mas isso você passa por uma graduação, a figura do substituto tem que se vincular a uma graduação e o grupo nunca se sentiu maduro ou convencido disso, mas eu vejo que enquanto a gente não der esse passo, seja pela via do instituto, seja pela via de um núcleo ou seja pela via de um centro, o que for viável, mesmo não articulado com a graduação, a gente não vai visibilizar o campo da saúde coletiva dentro da UFC (e-INF 10).

A [des]vinculação a um curso específico é uma peculiaridade da UFC que discutiremos mais a frente. O cenário atual de aposentarias e reconfiguração do corpo docente, também será melhor analisado posteriormente. Por ora, é essencial percebermos que alguns docentes da UFC vislumbraram a possibilidade de um curso de GSC como uma oportunidade desperdiçada. Além disso, as análises atuais sobre o impacto da formação em SC têm levado alguns docentes, mesmo que de outras instituições, como a UECE, a pontuarem a contribuição que a implantação da GSC poderia ter para o campo da saúde coletiva.

E as conversas que tive com outras pessoas que estão engajadas na formação, tanto em Brasília, UnB, como o Instituto de Saúde Coletiva e outras universidades do país, é que está se formando o núcleo nacional em saúde coletiva. Não para atuar em serviço, mas tem surgido uma fonte de alunos, até melhor preparados, para ingressarem no mestrado e no doutorado, com formação mais curta. Porque os alunos [que chega na pós-graduação atualmente] não têm um perfil muito bom, não sabem muito bem do que é a saúde coletiva (e-INF 15).

Um instituto de SC, a exemplo do que acontece na Bahia (uma IES pioneira na implantação do curso de GSC), daria mais autonomia institucional ao campo,

desvinculando-o diretamente da Faculdade de Medicina (no caso da UFC), constituindo, assim, corpo docente especializado e cenário de práticas e pesquisas específico. Em ordem institucional, sabe-se também que a um novo curso, um novo departamento ou um instituto dividiria o corpo docente entre os cursos de saúde tradicionais e esse novo curso. Mas também poderia ser uma via de contratação e solidificação do corpo docente.

Pra gente criar a graduação em saúde coletiva, teria que criar um colegiado, que esvaziaria o conteúdo de saúde coletiva da Medicina e de outros cursos. Você ministra disciplinas pra Medicina como também pra outros cursos [...] A criação da [graduação em] saúde coletiva [hoje] significava trazer mais docentes à instituição... (e-INF 15).

Entretanto, enquanto alguns citam a não execução como uma perda irreparável, outros agentes do campo (tanto da UFC como da UECE) afirmam ainda não entender a necessidade de uma GSC.

Teve uma luta muito tempo que aqui acolá ela vai e vem que era de criar o curso de graduação em saúde coletiva. Particularmente eu acho complicado, eu acho que se você não tiver uma estrita articulação com o serviço pra colocar no mercado essas pessoas correm o risco de fazer um curso e de cair aí (e-INF 7).

A criação da graduação em Saúde Coletiva ela vai engendrar um profissional que não é nem médico, nem assistente social, nem enfermeiro. E nessa lógica corporativa e nessa logica de mercado capitalista de trabalho, vai ser desaparecido, vai ser desvalorizado. Vai ser um agente comunitário de saúde com grau superior. Essa é a minha pobre visão (e-INF 22).

As colocações acima tem relação com os achados de Lorena et al (LORENA; SANTOS; ROCHA; LIMA *et al.*, 2016b). Os autores identificaram que, dentre os egressos dos cursos de GSC do Brasil, 57,6% não estão atuando na área de formação e a falta de abertura do mercado de trabalho é apontada como o principal impeditivo para atuar na área.

A contribuição do curso de GSC na qualificação da pós-graduação, também é apontada por outros autores (BOSI; PAIM, 2010; LORENA; AKERMAN, 2016). Todavia, Lorena e colaboradores (LORENA; SANTOS; ROCHA; LIMA *et al.*, 2016b) também identificaram, dentre os egressos, uma grande variação do perfil de renda e de dedicação à pós-graduação. Acreditamos que esse perfil do egresso tem relação direta com o perfil do ingresso, que, por sua vez, tem a ver com o modo de estruturação da GSC

no Brasil. Ou seja, haveria uma discrepância entre a expectativa e a realidade para os bacharéis em SC?

A expectativa repousa sobre condições ideais de execução do projeto, entretanto a criação e implementação dos cursos de GSC, em nível nacional:

ficou um pouco complicada, porque o projeto foi atropelado. Ele vinha sendo formulado, mas ele foi atropelado pelo REUNI e a forma de implementação da graduação em saúde coletiva, ela acabou diferente do que era teorizado inicialmente (e-INF 10).

Catellanos e colaboradores (CASTELLANOS; FAGUNDES; NUNES; GIL *et al.*, 2013) analisam o perfil de estudantes que os cursos de GSC tem atraído: pessoas que trabalham e sustentam a família, aprovam o ensino noturno como via de ingresso no ensino superior, muitos tinham outro curso da saúde como primeira opção. A maioria dos cursos oriundos do investimento do REUNI eram noturnos e acabaram favorecendo o ingresso de estudantes não profissionais. O fato de a maioria já trabalhar também acaba por limitar as possibilidades de atividades acadêmicas extra disciplinares, estágios e pesquisas, bem como o tempo dedicado à formação, podendo comprometer sua qualidade. Essa ambiguidade de interesses e expectativas ao ingressar no curso de GSC também é expresso nas narrativas discutidas por Lorena e Akerman em seu livro (LORENA; AKERMAN, 2016).

O REUNI, por mais que representasse um recurso investido na universidade, esteve associado aos interesse neoliberais, a certa precarização do trabalho docente, ao aumento da formação à distância ou em massa, ao aumento de professores substitutos, e a uma série de características (GUERRA, 2017) que fazem questionar se, sendo implantada a GSC no final da década de 2000 sob as normas do REUNI, ela teria de fato alavancado a formação em SC na UFC. Ou teria sido uma empreitada que constituiria uma formação superficial, técnica e com pouca absorção no mercado? (BOSI; PAIM, 2010).

São muitas possibilidades de análise desse fato histórico que aqui não poderão ser esgotadas. Na verdade, seria impossível precisar qual a conjuntura na UFC para esse tipo de formação, visto que ela não existe no estado. No entanto, a constituição de uma graduação em SC busca encurtar a trajetória a ser perseguida por aqueles que desejam dedicar-se a esse campo.

Tradicionalmente, é necessário ter primeiramente uma formação em saúde (que promove um contato inicial com os conteúdos e práticas da SC, mas também tem

um direcionamento notadamente biomédico), para depois buscar a profissionalização em SC por meio da pós-graduação.

A pós-graduação em SC funciona muitas vezes como uma re-profissionalização, demandando tempo extra dos formandos e um esforço maior do corpo docente, para não só direcionar o ensino de pós-graduação, mas promover um alinhamento básico de conceitos e concepções (BOSI; PAIM, 2010; LORENA; AKERMAN, 2016).

Além disso, a pós-graduação também tem um direcionamento mais voltado para a pesquisa e a docência. Não seria a GSC importante para formar técnicos que dedicados ao serviço de informação, gestão, vigilância e planejamento?

Entre os sanitaristas entrevistados para essa pesquisa, nenhum tinha formação de graduação em SC, mas quase todos relataram terem sofrido um processo de não identificação e até mesmo de diáspora (BARROS, 2019) das áreas primárias de formação. Mas consideramos importante já criar aqui esse *link* com o propósito de promover a reflexão sobre os mecanismos de ingresso no campo (BOURDIEU, 2003; 2004). Haveria uma resistência dos agentes em modificar tais critérios de ingresso e, com isso, precisarem se reposicionar diante do campo como não-graduados em SC? Será que o ingresso de graduados em SC seria uma forma de integrar mais as formações disciplinares, visto que elas estariam na formação-base desses estudantes/pesquisadores?

O resgate sobre a formação de graduação em SC é importante para trazer à tona a lacuna que permanece desse processo histórico-institucional da Saúde Coletiva na UFC.

Dado que a formação em SC começa nos anos 1970 e a graduação apenas nos anos 2000, a constituição nacional do campo aconteceu pela pós-graduação (LORENA; SANTOS; ROCHA; LIMA *et al.*, 2016b; MENESES; SILVA; CASTELLANOS; RIBEIRO, 2017).

No Ceará, a pós-graduação em SC começa no início dos anos 1990 e, apenas em 2009, disparam-se as discussões sobre GSC, que não foi criada até então, nem tem um projeto para breve implantação.

Esse fato aponta para uma realidade típica da constituição do campo da SC no Ceará: a formação em Saúde Coletiva, ou melhor dizendo a profissionalização em SC, é conduzida como uma qualificação em nível de pós-graduação (PG), mesmo tendo

havido o tensionamento, sempre lembrado com lamento ou não, para a estruturação desse curso de graduação.

Em contrapartida, existem muitos cursos de PG *lato sensu* em Saúde Pública/Saúde Coletiva (SP/SC) na cidade, incluindo uma Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva coordenada pela Escola de Saúde Pública do Ceará, desde o ano de 2013. Essas especializações convergem na formação de recursos humanos em SC.

Entretanto, nesta tese, não foram analisadas as pós-graduações *lato sensu* visto que a amplitude e a diversidade desses programas, aliadas à falta de uma instituição que centralize, catalogue e torne públicas as informações sobre tais cursos, tornaria inviável a investigação. Mas já se delineia aqui um cenário que ainda precisa ser explorado e conhecido.

O cenário da formação em Saúde coletiva na UFC: a pós-graduação em Saúde Pública

O novo DSC e a pós-graduação em Saúde Pública na UFC: antecedentes e a (re)criação do atual DSC

Historicamente, a título de introdução, a estruturação e institucionalização das atividades voltadas para a Medicina Preventiva, Saúde Pública, Saúde Comunitária e Epidemiologia, desenvolvidas no âmbito da UFC, ocorreram a partir da criação do Instituto de Medicina Preventiva (IMEP) da UFC, instituição precursora do Departamento de Saúde Comunitária, conforme abordado em capítulos anteriores (PONTES, 2016).

Esse processo, como visto, inseriu-se no contexto nacional e internacional do movimento preventivista iniciado nos anos 1950/1960, sob o patrocínio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (PONTES, 2016).

O IMEP foi criado em 1959 como um dos institutos aplicados da UFC, com o objetivo de desenvolver o ensino e a pesquisa no campo da Medicina Preventiva, Saúde Pública e disciplinas da área (PONTES, 2016).

Como um dos desdobramentos histórico-institucionais das atividades do IMEP, foi criada na então Faculdade de Medicina da UFC, a disciplina de Medicina Preventiva, que juntamente com a cadeira de higiene e estatística, formaria o Departamento de Higiene e Medicina Preventiva, ainda na década dos sessenta (PONTES, 2016).

A partir de 1970, com a Reforma Universitária, o Centro de Ciências da Saúde substituiu as faculdades da área da saúde, e o Departamento de Saúde Comunitária incorporou as antigas cadeiras ou departamentos de Medicina Preventiva, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia e Doenças Infecciosas (PONTES, 2016).

O Departamento de Saúde Comunitária, institucionalizado no Centro de Ciências da Saúde da UFC após a Reforma Universitária de 1970, era composto por professores vinculados às áreas de pediatria, ginecologia-obstetrícia, doenças infecciosas e saúde pública/epidemiologia/medicina preventiva e social (PONTES, 2016).

No início da década de 1990, o DSC apresentava em sua composição, majoritariamente, professores das áreas de pediatria e de ginecologia/obstetrícia, de longa tradição na UFC, realizando suas atividades docente-assistenciais na Maternidade Escola Assis Chateaubriand e executando ao longo do tempo, conforme mostrado em capítulos anteriores, diversos projetos comunitários de integração docente-assistencial comunitária (PONTES, 2016).

Nesse mesmo período do início da década de 1990, a área de Saúde pública/epidemiologia/medicina preventiva e social no Departamento de Saúde Comunitária ocupava em termos quantitativos (com apenas 6 professores) uma posição secundária naquele contexto departamental, predominantemente composto por professores com formação e atuação clínica (PONTES, 2016).

Entretanto, a área de saúde pública/epidemiologia/medicina preventiva e social já possuía anteriormente, conforme abordado em capítulo acima, uma atuação relevante na Universidade Federal do Ceará, através do Instituto de Medicina Preventiva – IMEP (PONTES, 2016).

O corpo docente da área de saúde pública/epidemiologia/medicina preventiva e social do DSC, renovado no início da década de 1990, colocou como prioridade o projeto de constituição de um campo de saúde pública/saúde coletiva na Instituição, através de um gradativo processo de acúmulo das condições infraestruturais e acadêmicas

necessárias à consecução deste fim, elegendo a construção da pós-graduação como estratégia de consolidação do campo da saúde pública/saúde coletiva no DSC, dado a política da UFC de expandir e consolidar cursos de pós-graduação (PONTES, 2016).

Em 1993, tendo esse objetivo de instituir a pós-graduação no DSC como horizonte estratégico, o corpo docente comprometido com o Campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva elaborou o projeto pedagógico e articulou implantação do Curso de Especialização em Epidemiologia, destinado à formação de pós-graduação lato sensu de professores universitários ou profissionais vinculados à rede de serviços de saúde pública, priorizando os quadros técnicos do estado e dos municípios do Ceará (PONTES, 2016).

O Curso de Especialização em Epidemiologia foi oferecido pelo Departamento de Saúde Comunitária, após aprovação da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação e do Conselho Universitário da UFC, inicialmente em parceria com o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) do Ministério da Saúde, por meio de convênio de cooperação técnica que objetivava a capacitação em epidemiologia do quadro técnico do SUS (PONTES, 2016).

O Curso de Especialização em Epidemiologia foi organizado fundamentalmente tendo como um de seus objetivos centrais a constituição das bases operacionais e técnico-científico-pedagógicas que possibilitaria a implantação futura de um Programa de Mestrado em Saúde Pública na UFC.

O passo seguinte, fundamental neste processo de consolidação do Departamento de Saúde Comunitária em termos de pós-graduação e Saúde Pública/Saúde Coletiva, foi a criação do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, respaldado nos esforços e articulações institucionais anteriormente implementados para o desenvolvimento das atividades do Curso de Especialização em Epidemiologia, conforme atrás referido (PONTES, 2016).

Assim, em 1993, dando continuidade ao projeto de constituição da Pós-Graduação no Departamento de Saúde Comunitária, foi elaborado o projeto institucional-pedagógico do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, o primeiro do Nordeste na área da saúde pública/saúde coletiva (PONTES, 2016).

O projeto de implantação do curso obteve aprovação na Universidade Federal do Ceará em setembro de 1993, iniciando suas atividades no ano de 1994. O Programa

de Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária foi concebido para, além de instituir a pós-graduação em saúde pública / saúde coletiva na UFC, fomentar e apoiar processos semelhantes em outros campos do saber correlatos, do então Centro de Ciências da Saúde, incorporando em seus quadros professores doutores de outros departamentos onde não existia ainda o número mínimo exigido de docentes para a constituição imediata de cursos de mestrado (PONTES, 2016).

Naquele momento, o Programa estava fundamentado no núcleo disciplinar da epidemiologia como área de concentração única, mas já demarcava, a partir de suas linhas de pesquisa, o compromisso com outras perspectivas disciplinares do campo (PONTES, 2016).

Ressalte-se que, quando de sua criação, com base no Catálogo Pós-graduação em Saúde Coletiva (1993) da então Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), havia 30 programas acadêmicos implantados no Brasil: 11 de doutorado, sendo 91% na região Sudeste; e 19 de mestrado, sendo 63% na região Sudeste (PONTES, 2016).

Não havia nenhum programa implantado na região Norte, enquanto na região Nordeste existiam apenas quatro programas (21%): na Bahia, Paraíba, Rio Grande do Norte e no Ceará. No caso do Ceará, estava em desenvolvimento apenas o Mestrado em Enfermagem da UFC. Em termos de programas com foco em aspectos da Epidemiologia, eram oferecidos apenas os cursos da Universidade Federal de Pelotas (mestrado) e da Universidade Federal da Bahia (mestrado e doutorado) (PONTES, 2016).

Desde a sua criação, o Programa de Mestrado em Saúde Pública da UFC assumiu grande importância regional, tendo acolhido ao longo dos seus 20 anos de existência, estudantes oriundos do interior do Ceará e de Estados vizinhos, carentes de programas de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva em seus locais de origem. Cabe ainda mencionar que, com sua consolidação, também passou a exercer importante atratividade sobre estudantes de outras regiões do país (PONTES, 2016).

Tal inserção institucional possibilitou a legitimidade acadêmica e as articulações político-institucionais necessárias para o desmembramento Departamento de Saúde Comunitária em dois novos Departamentos, passo fundamental para a consolidação institucional do campo da saúde pública/saúde coletiva na Faculdade de Medicina e na Universidade Federal do Ceará, em uma unidade acadêmica própria.

Assim, por conta da existência do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, foi possível criar dois novos departamentos autônomos, um deles agora composto por quadro docente exclusivo da área de saúde pública/saúde coletiva (PONTES, 2016).

Primeiro passo para a pós-graduação em Saúde Coletiva: o mestrado em Saúde Pública da UFC

A viabilização e institucionalização do Mestrado em Saúde Pública deveu-se a uma série de rearranjos e articulações internas, na micropolítica departamental e do então Centro de Ciências da Saúde, sendo importante detalhar alguns aspectos histórico-institucionais para a compreensão dos antecedentes imediatos que possibilitaram a criação da pós-graduação no âmbito do DSC.

O corpo docente do DSC, vinculado à área de pediatria e ginecologia-obstetrícia, que constituía a larga maioria dos professores do DSC, há muito tinha o interesse de constituir um departamento acadêmico próprio, mais adequado em relação a sua área profissional de atuação - mais homogêneo em termos do seu objeto de trabalho, e que ao mesmo tempo possibilitasse uma identificação e uma sensação referencial de pertencimento menos difusa do que a existente no DSC, com uma polifonia de áreas ou sub-campos, excessivamente extensa no DSC, em sua concepção.

Os professores referidos não se sentiam pertencentes a um mesmo ethos e a vinculação a um departamento denominado Saúde Comunitária parecia desconexa para médicos ginecologistas e pediatras, bem como para seus pares de outras instituições.

O grupo *“da GO e pediatria tinha um projeto muito antigo, como que um incômodo antigo de pertencer a um departamento de Saúde Comunitária. Por uma questão de pertencimento legítimo, de campo científico”* (c-INF 4).

“Então, vou para um congresso de Ginecologia e perguntam ‘qual seu departamento?’ ‘Saúde comunitária’” [Professor Luciano Pinheiro citado por um dos entrevistados].

Além disso, na grande área da saúde vinculada à Medicina, *“havia aquele preconceito com a área de Saúde Pública”* (e-INF 4), o que ampliava a insatisfação em pertencer ao DSC por parte de alguns professores de outras áreas profissionais. Afinal espera-se que o departamento ao qual você pertence diga respeito a sua área de atuação, ensino e pesquisa.

O professor Luciano Pinheiro ... ele era chefe do DSC em 1995 ... eu era sub-chefe ... expressou o incômodo e perguntou se havia interesse nosso de fazer uma coalisão política entre nós, área da Saúde Coletiva, com o pessoal da GO e Pediatria para criar um novo departamento. (e-INF 4).

O Regimento da UFC, entretanto, previa como regra geral, que para a criação de um novo departamento acadêmico era exigido o número mínimo de 20 docentes. No entanto, as suas disposições transitórias, datadas de 1955, estabeleciam a exceção de que no caso de haver curso de pós-graduação, o número mínimo exigido para a constituição do departamento seria de 12 docentes.

Nós éramos, nessa ocasião, 7 professores da área de Saúde Pública/Saúde Coletiva, 3 de doenças infecciosas. Nós tínhamos 10, precisávamos de 12 professores [para constituir um novo departamento] ... e conseguimos o número mágico de 12 professores para constituir o novo departamento com duas vagas emprestadas provisoriamente pelo então Diretor do CCS, Professor Afonso Bruno. (e-INF 4)

... fomos estudar o regimento da Universidade e só era possível criar um departamento com 20 professores... nós só tínhamos 10... com a saúde pública e as infecciosas juntas. Mas, lá nas disposições transitórias estava escrito que se tivesse pós-graduação no departamento, poderia ser criado com 12. Então, criamos como departamento novo o Materno Infantil, com 40, 50 professores... (c-INF 4).

e nós ficamos ... no antigo DSC com o número mínimo exigido 12 professores... com duas vagas emprestadas, uma da GO e outra da pediatria, que depois devolvemos... a professora Raquel que veio transferida algum tempo depois da Universidade Federal de Minas Gerais passou a ser a 13ª docente do novo DSC. [...] Então foi um movimento ousado da nossa parte que éramos recém-chegados (c-INF 4).

Uma outra questão que precisava ser resolvida para possibilitar tal separação era a alocação de espaços do novo Departamento de Saúde Materno Infantil. Essa negociação foi também complexa - uma quase reforma agrária interna acadêmica, pois os micro poderes e micro interesses pessoais ou institucionais deles decorrentes atuam com muita força e intensidade para bloquear processos de mudança em curso.

O Departamento de Saúde Materno Infantil aceitou sair da área em que eles estavam, que era conosco no 5º andar para formar o novo Departamento de Saúde Materno-Infantil no 2º andar [para a área da medicina clínica ocupada pelo NESC desde sua criação]. O lógico seria que nós saíssemos, mas dentro da lógica de que o novo departamento criado institucionalmente era o deles ... eles saíram... (c-INF 4).

Tanto que nem trocamos o nome. Pensamos em trocar [de Saúde Comunitária] para Saúde Coletiva, mas envolveria uma discussão adicional de mudança de nome [e nós] só com 12 professores... Então, ficamos quietos ... e eles aceitaram, desde que tivesse um local para eles (c-INF 4).

Havia o 2º andar, que estava ocupado pelo NESC. Houve toda uma negociação e o NESC veio para se articular conosco em termos físicos. Porque antes tinha articulação por meio do CRUTAC e outros programas, mas fisicamente não. Então, veio para compor o DSC separando [depois, na reforma curricular de 2002] sua disciplina da grade curricular do Departamento de Medicina Clínica [onde estava desde a criação do NESC] (c-INF 4).

Foi graças a essas articulações que o DSC entrou com mais autonomia na política nacional de pós-graduação, usufruindo de todos os benefícios de investimento nessa área: *“todos os equipamentos, todas as articulações nacionais e internacionais, tudo o que somos hoje em termos de pós-graduação veio desse momento, que obviamente não nasceu sozinho, porque encontramos o terreno já cultivado na área de Saúde Coletiva”* (c-INF 4).

Ao longo dos anos, o mestrado foi se consolidando dentro do estado na formação de profissionais do serviço, docentes e pesquisadores.

Vários médicos de família e comunidade foram formados, tiveram a oportunidade de fazer mestrado e doutorado conosco. Esse mega investimento que foi feito, hoje a gente colhe frutos. Vários deles já são professores aqui ou na Unilab, temos professores na UECE e muitos ainda na gestão, então eu acho que isso foi um elemento importante que deu ainda mais legitimidade para o departamento em sua contribuição com o Sistema Único de Saúde (e-INF 39).

Condições de possibilidade e as estratégias de criação do Mestrado em Saúde Pública da UFC

Com o processo de implantação e efetivação do SUS no início dos anos 90 (BARRETO; ANDRADE; MOREIRA; COSTA *et al.*, 2011; UFC, 2017a), houve uma efervescência das discussões sobre Saúde Coletiva no estado e um movimento de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) recém criado. Em paralelo a isso, a gestão da UFC planejava a ampliação dos cursos de pós-graduação, incentivando a criação de um mestrado no DSC. Some-se a isso uma contingência do contexto histórico, que nos primeiros anos da década de 90, por rumores de uma reforma da previdência a ser conduzida pela nova gestão federal do executivo, houve pedidos de aposentadoria de

vários professores do DSC, abrindo vagas para seleção de novos docentes. Foi nessa oportunidade que chegaram alguns novos professores, com formação em nível de pós-graduação em Saúde Pública para o DSC.

Com o aporte do pequeno grupo remanescente do antigo IMEP e os novos contratados com mestrado ou doutorado, foi possível revitalizar, com o apoio da Universidade, o campo de formação em Saúde Pública no nível de graduação e pós-graduação.

[Quando cheguei], encontrei a Zélia Roquayrol, Ligia e Ricardo. Estavam lá também Adalberto, o Luciano Correia ... [Paulo Cesar] que já saiu da carreira, já se aposentou ... Então eram essas as pessoas e tinha um grupo das infecciosas, que era a Terezinha, o Jorge... [...](e-INF 10)

Para iniciar o movimento acadêmico-institucional da pós-graduação no DSC, foi oferecido, em 1993, um curso de especialização *lato sensu* em Epidemiologia, cujo principal objetivo era a formação de técnicos para o SUS, em pleno processo de implementação do novo sistema, após a Constituição de 1988 e a edição da Lei 8080 (UFC, 2017a).

eu circulava entre várias IES, Fiocruz, UFRJ e aquela coisa toda, um mundo de seminários, aquela ebulição. E entrar em uma unidade que não tinha pós-graduação, tinha poucas pós-graduações, mas foi muito surpreendente perceber que havia ali uma situação muito promissora, intelectualmente muito atraente, que foi o encontro com esses colegas. [...] E aí nós começamos a sonhar em construir uma especialização. Era o nosso sonho de uma noite de verão ter uma especialização, porque já era uma pós-graduação *lato sensu* (e-INF 10).

Esse curso inicialmente foi concebido em parceria com o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) do Ministério da Saúde, tratando-se de um convênio de cooperação técnica com os serviços de saúde - “*Zélia tinha uma representatividade junto ao Ministério da Saúde e na Universidade*” (c-INF 4), o que facilitou a criação desse curso de especialização, que formou mais de 200 especialistas e constituiu-se como núcleo de articulação de profissionais de saúde militantes pelo SUS e interessados na constituição do campo as SC no Ceará (UFC, 2017a). Esse papel de Maria Zélia Rouquayrol de articulação e vínculo com o Ministério da Saúde recoloca, mais uma vez em tela a categoria do capital temporal e dos aspectos políticos envolvidos nos desenhos

do campo, bem como nas concessões e/ou faltas que são vivenciadas pelos diferentes agentes (BOURDIEU, 2004).

Foi esse curso de especialização que forneceu, para a UFC, as bases acadêmicas e de infraestrutura para que se planejasse o curso de mestrado acadêmico em Saúde Pública vinculado ao DSC. A infra estrutura dos primeiros computadores do DSC, foram oriundos do financiamento desse curso para construção de um laboratório de informática.

Antes, praticamente, não existiam atividades do eixo da Saúde Pública dentro do DSC, como discutido em capítulos anteriores, que ainda englobava as diversas áreas que tinham uma atuação comunitária. Todavia, as ações e avanços da Saúde Coletiva existentes no contexto da UFC, desde a criação do IMEP, favoreceram a constituição dessa pós-graduação.

Éramos dois recém-doutores chegando na UFC com o desafio de constituir uma pós-graduação. Por um lado, era uma continuidade do IMEP, porque tinha a Zélia no DSC, que veio do IMEP. E o fato de ter havido o IMEP fazia com que nós, da área de Saúde Coletiva, tivéssemos uma proeminência, uma respeitabilidade, e uma expectativa dentro dessa instituição que me chamou muita atenção (c-INF 4).

O Departamento de Medicina Preventiva de Ribeirão foi o primeiro do Brasil, criado logo depois dessas famosas reuniões promovidas pela OPAS, OMS e constituição do Movimento Preventivista ao criar dentro das faculdades de Medicina os Departamentos de Medicina Preventiva para acabar com aquele modelo biomédico, especializado. [...] [Lá] essa tarefa inicial foi pioneiramente implantada pelos parasitologistas. [...] Fiquei surpreso, na época quando cheguei aqui e encontrei algo não só semelhante, mas num estágio muito mais avançado em termos de organização institucional. Enquanto lá fora tinha sido departamento resistindo. Aqui tinha sido a experiência de um instituto com grande respeitabilidade (c-INF 4).

O movimento de articulação nacional da Saúde Coletiva – através da ABRASCO – e a política de apoio institucional da Reitoria da UFC, visando ampliar na Instituição cursos de pós-graduação stricto sensu, viabilizou, ainda na primeira metade dos anos 1990, o curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UFC:

Um fator conjuntural favorável foi o fato de a universidade, naquela época, estar investindo em uma série de cursos de pós-graduação (antes a autonomia de criar pós-graduações era da Universidade e não da CAPES) [...] o pró-reitor de pós-graduação ficou com a responsabilidade de fomentar a pós-graduação onde fosse possível. [...] nós, que éramos recém-doutores (de sênior só tinha a Zélia), ficamos no limite da ousadia para organizar esse Mestrado. E esse mestrado teve

todo o apoio do [então pro-reitor de pos-graduação - professor Ari] (c-INF 4).

Nosso sonho, à época, era criar uma especialização em Saúde Pública. O mestrado era um sonho remoto. O Doutorado mais remoto ainda (c-INF 10).

Oficialmente, o projeto do mestrado foi concebido e aprovado em 1993. Em 1994, iniciava-se a primeira turma. Esse mestrado tinha como área de concentração única a Epidemiologia e incorporou professores de outros departamentos, pois o DSC não tinha docentes doutores suficientes que atuassem na área de Saúde Pública (UFC, 2017a; 2019c).

Agregaram-se, então, professores das áreas de farmácia e odontologia, bem como se integraram professores de outras áreas dentro da própria Faculdade de Medicina. Esse movimento também constituiu um corpo docente vinculado à SC/SP, mesmo que não estivesse ligado à Faculdade de Medicina:

Éramos 5 ou 6 professores e precisava de 8 [para constituir um mestrado]. Então, nos articulamos com algumas outras áreas do CCS (na época): professora Zenilda (da MEAC), professora Verbena (da Farmácia), professora Helena Lustécia (que tinha feito doutorado em Ribeirão, era minha contemporânea), Maria Lúcia, mais o Adalberto que tinha vindo da França com doutorado... e constituímos o mestrado em Saúde Pública, que foi aprovado em 1994 (e-INF 4).

Era eu, Ricardo, Zélia, eu não sei se o Paulo, e a gente pegava gente de outros departamentos. Então também tinha pessoal da odonto, tinha o pessoal da [farmácia]. A gente tinha algumas articulações com outras áreas e gente de fora. E o número do corpo docente era mínimo, era seis, sete... eu sei que era bem pequeno. E daí nós tínhamos 3, 4 orientadores, e muitas turmas tinham 18, 12 (e-INF 18).

A saúde coletiva ela estava fragmentada em vários espaços aqui na UFC, sobretudo no antigo Centro de Ciências da Saúde. E houve um movimento importante de compor esse departamento e para o departamento era estratégico ter uma pós-graduação. E aí a pós-graduação ela foi um movimento de agrupar pessoas que estavam fragmentadas na odonto... nas ciências farmacêuticas (e-INF 39).

Havia restrição de corpo docente e a interprofissionalidade foi buscada como meio de operacionalizar a constituição de um curso de mestrado. Entretanto, dada a alocação dos professores por cessões e parcerias com outros departamentos, houve que se operacionalizar uma adaptação das áreas de pesquisa originárias, prevalecendo um programa tipicamente vinculado à Epidemiologia.

Criamos um mestrado com 4 doutores no departamento e alguns que nós conseguimos nos articular. Eram 3 epidemiologistas e a Maria

Lúcia, da pesquisa qualitativa, grande responsável pela fundação dessa linha de pesquisa no programa de pós-graduação da UFC. Colaboração importante de outros professores, tentando diversificar o campo de atuação [...] E essa hegemonia atual [da epidemiologia] se deve a uma conformação interna do próprio campo dentro da Saúde Comunitária, como também porque outros parceiros vinham da área de Epidemiologia Clínica, como o professor Álvaro, que era um dos líderes da Epidemiologia Clínica em Saúde da Criança. Foram as condições de possibilidade dos atores históricos (c-INF 4).

Na pós-graduação, reproduzimos esse modelo por conta das condições estruturais. As quais não poderíamos superar com um passe de mágica, já que os professores envolvidos eram esses. [...] Essa é a dualidade que persistiu e persiste no Mestrado, que persiste no Doutorado (c-INF 4).

A configuração histórica do corpo docente e das linhas de pesquisa permanecem até hoje na organização e no perfil do PPGSP-UFC. A formação de cunho prioritariamente epidemiológica também caracterizava, inclusive, o ideário, a dedicação científica e o repertório teórico dos idealizadores desse curso, apesar de ser uma mentalidade científica que tendeu a mudar na perspectiva dos próprios professores.

... eu tinha uma certa resistência nessa crítica dos momentos de polarização extremamente exacerbada no sentido de negar a complexidade das coisas e ser ou uma coisa ou outra, como se um bom epidemiologista não devesse ter uma boa formação social (c-INF 4).

Eu reconheço que quando eu cheguei aqui eu tinha um preconceito grande contra essas coisas, a gente não tinha isso, éramos acostumados com amostras enormes e a primeira vez que eu vi eu tive um choque quando eu vi que a menina estudou três pessoas em uma família e disse: o paciente com AIDS é assim, era o pessoal da enfermagem. Eu falei: não, você não pode falar isso. Você pode dizer que você encontrou pessoas que saíram essas falas e que três nem no quali você pode dizer nada e eu duvido que você tenha chegado ao resultado [...] devagarinho eu fui percebendo a importância desses estudos [qualitativos] e como ele consegue explicar coisas que nós não conseguimos explicar com números. Então são áreas para mim hoje absolutamente complementares e hoje eu trabalho com as duas, com mais ênfase na quanti, mas eu entendo que sem a quali muitas vezes não dá se quer pra começar o campo da quanti (e-INF 18).

O novo quadro docente vinculado à pós-graduação assumiu a liderança nos processos de gestão no DSC e no PPGSP-UFC, imprimindo os posicionamentos que deram o direcionamento das conduções acadêmicas na graduação e na pós-graduação, constituindo mais um elemento de supremacia da epidemiologia.

Os dois passos à frente para o doutorado

Em 2008/2009, inicia-se o doutorado em associação ampla, com participação da UFC e da UECE. Posteriormente, a UNIFOR aderiu ao Projeto. O doutorado em Associação consistiu na união institucional de duas universidades públicas que já desenvolviam programa de mestrado no campo da saúde pública, uma federal e outra estadual, com a participação de uma instituição privada com mestrado em educação em saúde:

estratégia da CAPES para induzir a união de IES distintas com o objetivo de implementar e consolidar interinstitucionalmente a pós-graduação até conseguir que cada IES acumule experiência e os meios objetivos para sustentabilidade de seus próprios programas (UFC, 2019c).

A maioria do corpo docente do MSP/UFC passou a compor, em 2008-2009, o Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, na modalidade de Associação Ampla, entre a Universidade Federal do Ceará (UFC), a Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Entretanto, esses dois programas Mestrado em Saúde Pública/UFC e o Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla (UFC-UECE-UNIFOR) eram considerados independentes ou autônomos e avaliados pela CAPES como dois programas distintos, ou seja, com dois relatórios diferentes do Sistema Capesnet Coleta (PONTES, 2016).

Este fato limitava o desenvolvimento institucional do Programa de Mestrado em Saúde Pública/UFC, pois o referido Programa de Doutorado em Associação não era considerado como componente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará. Além disso, impedia a participação do seu corpo docente em outros programas da mesma instituição (UFC) ou de outras instituições, pelas limitações impostas nas normas da CAPES (PONTES, 2016).

O aspecto estrutural negativo, advindo da compreensão por parte da CAPES, de que o Doutorado em AA e o Mestrado em Saúde Pública (UFC) constituíam-se programas diferentes em termos avaliativos, visto que o mesmo corpo docente estava vinculado a um outro programa de doutorado vinculado a instituição diferente, prejudicava as métricas de produtividade e qualidade na ocasião das avaliações da CAPES, pois o Doutorado era considerado totalmente independente do programa de mestrado.

Não havendo compatibilidade das métricas avaliativas entre os programas, não havia de fato fortalecimento do PPGSP-UFC. Tal compreensão avaliativa da CAPES aliada aos problemas decorrentes da coexistência entre instituições de cultura acadêmica diferentes em um mesmo programa, reforçou ainda mais a necessidade para a submissão do projeto de um doutorado próprio da UFC (UFC, 2017a; 2019c).

... em algumas avaliações, na trienal que se seguiu, a gente praticamente ficou beirando a nota 5, mas na época a legislação não permitia curso 5 só com mestrado. Então a gente viu a necessidade de fato de criar doutorado próprio (e-INF 39).

Tal contexto histórico-institucional reforçou a necessidade de criação do Doutorado em Saúde Coletiva próprio da UFC, visando a instituição do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFC, com os níveis de Mestrado e Doutorado na própria instituição federal de ensino superior representada pela UFC.

Em 2014, o DSC elaborou o Projeto de criação do Programa de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará com o objetivo de desvincular-se do Programa em associação Ampla (PONTES, 2016).

O Programa de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará foi aprovado em dezembro de 2014, e juntamente com o Programa de Mestrado em Saúde Pública, este criado em 1994, conforme referido, passaram a constituir o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará (PONTES, 2016).

A análise quantitativa sobre o doutorado em AA, mostrava que de 2008 a 2012, havia 13 orientadores vinculados à UFC, ou seja, 50,4% dos alunos estavam vinculados aos docentes da UFC. Por outro lado, 37,8% vinculavam-se aos docentes da UECE e 11,8% aos docentes da UNIFOR (UFC, 2019c). Em termos de planejamento estratégico institucional, a participação da UFC, através do seu quadro docente qualificado no Doutorado em Associação Ampla, além de outras participações individuais concomitantes de menor abrangência em outros programas, foi um percurso necessário nesse caminho até o doutorado, mas esgotava-se em suas possibilidades pelas razões expostas:

Passamos por essa experiência de doutorado em AA, passamos antes por uma invasão nas ciências médicas, que foi muito difícil devido à lógica produtivista. A Saúde Coletiva ficava meio que subsidiária das demais áreas, e em geral éramos considerados improdutivos, porque o qualis da nossa área nos colocava como pessoas não muito gratas. Mas passamos e chegamos ao sonho, outrora impossível, de um programa

de doutorado. Mais do que isso: o único programa nota 5 do estado do Ceará! (c-INF 10).

O relatório enviado ao Coleta Capes (UFC, 2019c) aponta ainda como marco simbólico histórico para o PPGSP-UFC, o recebimento do prêmio de teses CAPES, em 2016, por um discente do doutorado em AA. Todavia, a UFC toma para si o maior mérito visto que o docente que orientava o estudante era vinculado à UFC:

apesar de não ter sido um [prêmio] vinculado diretamente ao nosso programa, isso foi em uma associação ampla, mas os alunos estavam vinculados aos professores daqui, orientador daqui da UFC e toda a pesquisa dele foi feita sob a orientação dos mesmo professores que hoje orientam no programa independente da UFC (e-INF 34).

Um dos fatos ressaltados é que, em 2016, o PPGSP-UFC (Mestrado e Doutorado), já com seu doutorado próprio instituído, foi conceituado com nota 5 pela avaliação da CAPES. Vale destacar que, anteriormente, dentre os cursos de mestrado em SC/SP do estado, o da UFC fora o primeiro a receber conceito 4 (UFC, 2017a; 2019c):

... você ter na UFC o prêmio tese CAPES da melhor tese de doutorado do Brasil, isso foi algo que nos ajudou a argumentar pela nota 5, porque não tinha como eles dizerem que qualitativamente nós éramos iguais a outros programas que tinham o mesmo mérito [nota] (c-INF 10).

[alcançar a nota 5 foi] uma luta muito grande [nossa] ... [protagonizada por Ricardo e Alberto na coordenação] ... mas cuja conquista tem uma importante relevância política e simbólica (c-INF 10).

... precisava mostrar à CAPES que, nesse movimento ... nós tínhamos legitimidade, que abrimos um doutorado e a gente viu nesse momento a chance de passar para nota 5, ou seja, ser excelência nacional (e-INF 39).

... Então eu vi vários erros, a gente não conseguia dizer quem nós éramos. Então esse foi o meu diagnóstico, sentei com a Márcia e a gente foi ver. A Márcia qualificou um pouco isso, mas com muita dificuldade, porque o sistema era pesado e a gente tinha que contar uma nova história. Então a gente conseguiu superar o descredenciamento, conseguiu sair da nota 3, para 4, então a Márcia teve esse papel, manteve o circuito trabalhando e a gente teve o desafio de qualificar os registros para dizer quem de fato somos nós. (e-INF 39).

Então na última quadrienal que terminou em 2016, nós trabalhamos pesado e aí contamos com Ricardo, com Malu, eu e o Henrique, nós trabalhamos pesado na declaração de imposto acadêmico daqui da UFC e também na composição textual. Quando saiu o resultado da quadrienal em 17, foi uma ducha de água fria [...] (e-INF 39).

... as pessoas estavam meio sem energia, assim meio que decepcionadas e tal, mas feliz por conta do doutorado aprovado. E aí eu fui ler com calma toda a documentação que nós recebemos o feedback da avaliação

... ‘não aqui tem coisa errada ...’. mandei uma mensagem para o colegiado e falei: a gente tem que fazer um recurso por isso, isso, isso. As pessoas meio pessimistas e tal... aí falei ‘Ricardo, vamos mandar, vamos mandar’... Aí ele: ‘ah realmente tem logica e tal, vamos mandar’.

(e-INF 39).

Montamos o parecer, basicamente eu e Ricardo... tivemos alguma ajuda da Malu, do Henrique e tal, mas basicamente eu e Ricardo mandamos e conseguimos reverter a nota. Houve um equívoco porque alguns elementos foram analisados fora de contexto, com uma subjetividade muito negativa, sem contextualizar o movimento histórico ... o outro equívoco foi interpretar que o doutorado em associação ampla era um outro programa. Então o que aconteceu com vários docentes, eles estavam vinculados a três programas ou mais. Então foi essa argumentação que conseguimos passar para nota 5 (e-INF 39).

Atualmente, a UFC também é classificada como a 11ª IES brasileira e a 1ª do Nordeste (e, conseqüentemente, do Ceará) no Rank Web of Universities. Esse é um ranking, gerido pelo Conselho Superior de Investigação Científica vinculado ao Ministério da Educação da Espanha, que avalia as IES a partir de sua visibilidade na internet por meios de pesquisas, produções e projetos. Se levarmos em consideração o ranking mundial, que inclui mais de 10.000 IES, a UFC está em 714ª colocação. Levando em consideração apenas as IES do BRICS, está em 30ª colocação. Dentre as IES da América Latina, encontra-se em 19ª. No ranking folha, de 2016, a UFC consta em 12ª posição em relação às IES brasileiras (UFC, 2019c).

Percebe-se um mérito conferido à UFC enquanto instituição que tem sido comprovado por esses rankings. O corpo docente que faz a gestão acadêmica do programa acredita que a pós-graduação *stricto sensu* também tem uma participação na aquisição dessas posições e tais boas avaliações.

Impactos do percurso na constituição das linhas de pesquisa do PPGSC-UFC

O programa conta com duas linhas de pesquisa para o Mestrado: Epidemiologia (sendo esta dividida em duas: Epidemiologia, prevenção e controle de doenças e agravos não infecciosos; e Epidemiologia, prevenção e controle de doenças infecciosas e parasitárias) e Política, ambiente e sociedade (subdividida em Políticas, gestão, avaliação e educação em saúde; e Produção, Ambiente e Saúde). Para o doutorado, também são duas linhas: Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Avaliação em Saúde. Esta se segmenta em duas, quais sejam: Avaliação de políticas e tecnologias

em saúde; e Avaliação Qualitativa de serviços e programas. Aquela se especifica em Epidemiologia e Vigilância de doenças transmissíveis; e Epidemiologia e vigilância de doenças/agravos não transmissíveis (UFC, 2019a).

Percebe-se que, apesar de ser um programa fundado com base maior em Epidemiologia, a estruturação posterior da diversidade entre as linhas de pesquisa dentro do campo da SC foi buscada, se comparada à composição docente inicial do programa. Neste aspecto, houve a busca incessante de novos professores/orientadores das diversas disciplinas incluídas na SC para além da epidemiologia. Entretanto historicamente persiste a fragilidade, que se manifesta desde o número de professores vinculados a cada linha de pesquisa até o fato de se ter uma linha única relativamente heterogênea para todos os assuntos que extrapolam o domínio da Epidemiologia:

a gente tinha um campo na área da saúde coletiva que era muito mais restrito para a área da epidemiologia no início do programa. Apesar de que já existiam várias disciplinas puxadas mais para a área de gestão, políticas de saúde. Na época da criação do programa, em 1993, essas disciplinas já existiam, mas ainda não era consolidado realmente duas áreas de estudo dentro aqui do programa. (e-INF 34).

... com o passar do tempo, essa segunda área ela foi se fortalecendo e conseguiu se ter duas áreas bem definidas: uma de epidemiologia e vigilância em saúde e outra área puxada pra política, gestão, ambiente e saúde, produtividade, que é uma área bem ampla, porque a gente não conseguia nunca ter até hoje um grupo forte de professores que pudessem seguir nessa linha de forma mais independente (e-INF 34).

não conseguimos consolidar uma área de Ciências Sociais e Humanas [...] na área de políticas já tinha o NESC, que era nosso parceiro (c-INF 4).

Que campo é aquele chamada área 2? Ela tem em comum o fato de tratar de algo que não é epidemiologia, o resto é uma unificação do que não é [...] Esse panorama geral que dá a ideia de uma grande fragmentação inicial de fato corresponde a essa fragmentação que hoje carregamos como desafio. Nós nunca conseguimos nem consolidar as áreas específicas, a não ser a Epidemiologia, que já tinha tradição, e de certa forma foi repondo os profissionais desde o início do departamento, que desde a Medicina Preventiva eram epidemiologistas e cujas disciplinas na graduação de Medicina eram de Epidemiologia, de estatística em saúde (c-INF 4).

O PPGSP-UFC, desde seu antecessor IMEP, contava com professores da área que hoje poderia ser enquadrada como Epidemiologia. Essa área existe/existia tanto na pós-graduação quanto na graduação, proporcionando uma perpetuação dos professores/orientadores. Por outro lado, a dificuldade de consolidação das áreas de CSH

e PPG, além dos fatores históricos de tempo de existência da área (para falar da entrada mais recente das perspectivas da CSH na saúde) e/ou organizacionais (para citar a situação do NESC), tem a ver com a fixação do quadro docente.

Na UFC, a PPGSP está vinculada à graduação em Medicina. Nesta graduação, existem disciplinas de epidemiologia e epidemiologia clínica em vários semestres, entretanto praticamente não existem disciplinas de CSH e PPG. Até mesmo disciplinas vinculadas à PPG são conduzidas por médicos de família e comunidade, que, na prática, acaba constituindo-se como uma quarta área dentro da SC:

cedemos 4 ou 5 vagas de SC para MFC, com resistência muito grande dos [outros] setores ... mas achamos que era missão nossa, dentro da Faculdade de Medicina, reforçar aquele campo da Medicina que é mais próximo da SC, da Saúde Comunitária e da Atenção Básica em Saúde (c-INF 4).

Uma peculiaridade do PPGSP-UFC é que ele nasceu vinculado a um departamento da Faculdade de Medicina. Nesse sentido, os docentes, mesmo que não sejam médicos de formação, estão vinculados às disciplinas da graduação em Medicina. O vínculo estrutural com uma escola médica e à matriz curricular do curso médico, estabelecem limites de expansão docente para outros campos científico que extrapolem o ensino médico, de forte conotação biomédica.

A estratégia institucional de utilizar a “cessão” de novas vagas docentes para as áreas novas em formação, penalizando certamente aquelas já existentes, de qualquer modo situam-se no campo de possibilidades e interesses da graduação em medicina, não contribuiu nem mesmo para constituir uma linha de pesquisa na PPGSP-UFC específica do eixo de Medicina de Família e Comunidade (MFC). Além disso, o fato de ter um professor vinculado efetivamente ao PPGSP-UFC não lhe garante voz e vez dentro do colegiado a ponto de “equilibrar as disputas de campo”:

por mais que nós sejamos professores da Faculdade de Medicina, estamos neste espaço [...] com uma área autônoma da Capes que chama Saúde Coletiva, que não é especialidade nem da Medicina I, nem da II, nem da III, é até reconhecida pela Capes e CNPq (c-INF 10).

este é um mosaico que estamos deixando de herança para os novos que estão chegando (c-INF 4).

Trata-se de um mosaico onde percebe-se a sobreposição da epidemiologia, enquanto formação disciplinar hegemônica. Essa hegemonia toma como base o posicionamento e a atuação dos docentes dessas áreas não hegemônicas em relação ao

curso de graduação em medicina, sempre à margem e em relação inversa com as necessidades da pós-graduação:

quando eu digo hegemonia é: se eu estiver aqui, ou a Márcia, ou alguém mais que queira se aventurar nessa área, vai ter pesquisa qualitativa. Mas se não tiver, vai se formar mestres e doutores de toda forma, porque há a presença da Epidemiologia (c-INF 10).

A própria nomeação dessa grande fusão de campos temáticos como área 2, já a coloca em um lugar secundário. Dadas as múltiplas temáticas englobadas, particularmente na área 2, o PPGSP-UFC acaba configurando-se como uma justaposição de notáveis individualidades. Além disso, como cada individualidade tem sua condução e nomenclatura identitária própria, a gestão dos processos e a própria avaliação do programa torna-se mais complexa:

um conjunto de professores individualizados, com exceção da área de epidemiologia, que tem uma articulação coletiva de uma quantidade maior (c-INF 4).

extremamente dificultoso, nos relatórios e nas seleções, unificar dentro daquele monte de nomenclatura [...] nós precisamos caminhar para a construção [articulada] desse conjunto de saberes [...] (c-INF 4).

O esforço institucional de implementação de um Programa de Doutorado em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Ceará representa, como marco simbólico para seu corpo docente, a consolidação de um projeto de várias gerações do corpo docente do DSC, que desde a instalação do Curso de Especialização em 1993, passando pelo Mestrado em Saúde Pública em 1994, colocou esse objetivo como fundamental para a consolidação da Saúde Pública/Saúde Coletiva na UFC, retomando a trajetória das gerações acadêmicas constitutivas do IMEP, instituto que, em 1959, iniciou o trajeto histórico do campo, ora narrativamente (re)construído, conforme a construção histórico-institucional apresentados em vários capítulo anteriores deste trabalho.

A Figura 2, mostrado na sequência, apresenta os Marcos histórico-institucionais do Campo da Saúde Coletiva do Ceará, tal como articulados no presente trabalho.

Fica como desafio futuro a (re)construção histórico-institucional do Campo da Saúde Coletiva no Ceará, abordando também as instituições de ensino superior que foram parceiras da UFC no percurso da institucionalização do Doutorado em Associação Ampla. Neste trabalho, realizamos um esboço preliminar da análise da interface entre os três programas acadêmicos do Ceará (capítulo 8) e descrevemos um pouco de cada um dos outros dois programas cearenses (Apêndices B e C).

CAPÍTULO 8: OS TRÊS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SP/SC DO CEARÁ EM INTERFACE

A linha do tempo a seguir apresenta uma síntese cronológica dos acontecimentos mais relevantes na constituição histórica dos três programas de PG em SC/SP do Ceará.

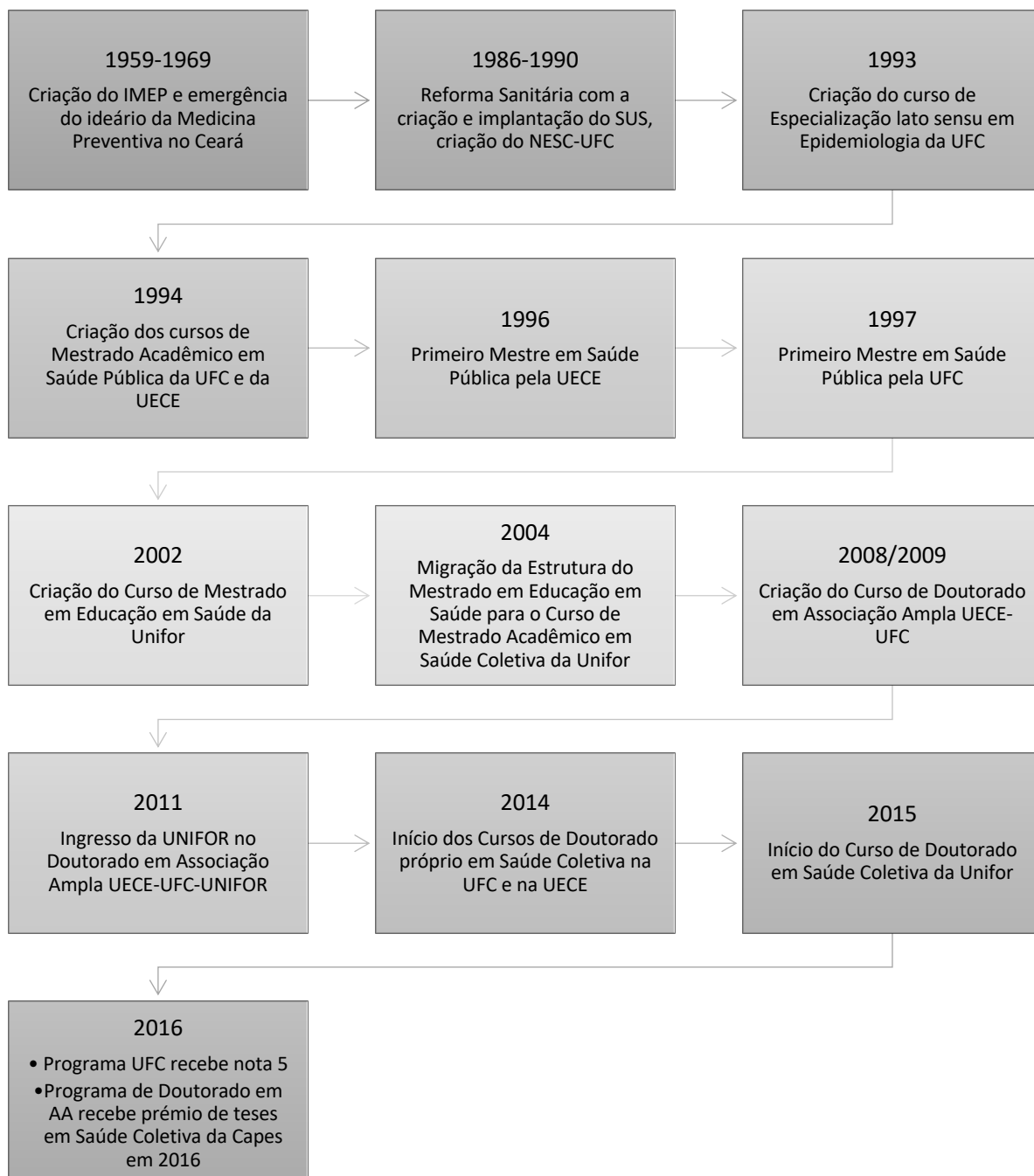


Figura 2 - Marcos histórico-institucionais do Campo da Saúde Coletiva do Ceará

Contemporizando os marcos históricos cearenses com o contexto histórico nacional, observa-se que a criação do Mestrado “*com diferença de um dia entre UECE e UFC*” (e-INF 10), tratou-se de uma iniciativa pioneira no Nordeste. Quando de sua criação, esses cursos representavam o 2º e 3º cursos do Nordeste nessa área (UFC, 2017a). O 1º foi o criado na Universidade Federal da Bahia (em 1973) (ISC, 2019) e, até então, era único. Este, por sua vez, nos anos 1990 já era um programa bem consolidado, “*um programa bastante antigo que vem desde a revista baiana de saúde pública*” (e-INF 10).

De acordo com os relatos de professores vinculados à UECE, identifica-se um posicionamento de que havia interesse em construção conjunta do mestrado, mas por divergências entre as instituições, a submissão dos projetos foi separada:

A princípio a gente queria fazer juntos, mas aí o pessoal de lá [UFC] que precisava de um mestrado próprio e faltando um mês pra aprovar o mestrado conjunto nos dois conselhos universitários, o pessoal de lá [UFC] rompeu com a gente. Gerou um trauma danado, porque o nosso mestrado foi criado antes que eles, mas ficou muito lento o crescimento, porque parte dos professores estavam lá. E os irmãos xifópagos foram partidos não é, então acabou que foi uma coisa traumática não foi boa não, mas eu tento superar, eu tento superar [mais tarde] propondo: por que a gente não antecipa a criação de um doutorado no Ceará? (e-INF 22).

A princípio, o curso [de mestrado] seria único pela UECE, com participação da UFC, porque para esse curso não tinha massa crítica suficiente pra montar, aí houve parceria. Mas aí terminou que essa postura não era muito fácil. Quando envolve instituições diferentes, haja vista o que foi a construção do doutorado em associação, e aí a UFC achou que poderia ter um curso próprio também. Nós, para não ter uma concorrência e uma avaliação que seria negativa para as duas junto à Capes, delimitamos as áreas de interesse. Então, a UFC se sentia mais forte em Epidemiologia, isso há 25 anos, porque os cursos agora estão completando agora 25 anos. Nós [UECE] ficamos com Política, Serviço e Saúde. Em compensação, a gente atrofiou a Epidemiologia (e-INF 15).

Nos relatos de professores da UFC, em nenhum momento é citada essa parceria institucional para iniciar o curso de mestrado. Como já descrito, o curso de mestrado acadêmico da UFC, na fala de seus protagonistas, desenhou-se inclusive como estratégia de reorganização departamental:

no mestrado, nós já vínhamos em um processo desde 93, num processo de organizar para construir o mestrado... a gente nem estava pensando nisso, porque a gente era recém-doutor, mas o pró-reitor iniciou um processo de constituição de pós-graduação na universidade inteira, e ele que ligou para nós e começou a dar assessoria. Eu fui várias vezes lá e ele foi orientando quantos professores precisávamos, etc. E assim nós tentamos nos constituir com os professores das outras áreas (e-INF 4).

Mais adianta, quando já estávamos nos constituindo, ficamos sabendo que a UECE também estava fazendo um mestrado... e aí houve uma reunião, ou várias... lembro de uma... e eu me lembro até da minha argumentação: que eu achava que ambas as instituições precisavam fazer a pós-graduação, porque, já naquela época, se não existisse pós-graduação já não existia academicamente [...] portanto, achava muito justo que a UECE também fizesse e a gente já estava no projeto, e a gente [UFC] já ia fazer... (e-INF 4).

Parecem, pois, existir duas versões para essa história. Todavia, naquela época, as pós-graduações eram regulamentadas pelas próprias universidades, não existiam órgãos de coordenação, como hoje é a CAPES, e a possibilidade de mestrados interinstitucionais parecia muito remota.

Mas, independente dessas pactuações de integração, é consenso de que, apesar da falta de diálogo e cooperação entre as IES - por mais que ambas estivessem empreendendo projetos tão semelhantes e tão desafiadores para o emergente corpo docente de cada instituição, houve o que o INF 4 denomina como “*acordo de cavalheiros*” sobre qual seria o foco principal de cada programa: “*na época em que a UECE estava criando um mestrado em paralelo houve um certo acordo de cavalheiros, a UECE mais voltada para políticas e uma vocação inicial do nosso programa [UFC] na área de Epidemiologia*” (c-INF 4).

E aí combinamos, houve um acordo: ‘olha, o quadro de vocês é principalmente da área de políticas de saúde e ciências sociais...’ era o Jackson, a Salete... e a gente era epidemiologista todo mundo, todos eram epidemiologistas. Maria Lucia não estava aqui ainda (e-INF 4).

Entretanto, o trabalho de campo nos aponta que não houve um acordo de parceria propriamente dito, mas uma diferenciação diante do campo, para que ambas as IES conseguissem posicionar-se como dominante em um eixo.

Do mesmo modo que no mestrado, o início do doutorado em SC no Ceará teve o intuito de promover maior equidade na distribuição regional dos cursos de pós-graduação na área de avaliação em Saúde Coletiva. Quando da criação do doutorado em AA, em 2008, haviam apenas 2 programas em SC com doutorado no Nordeste: o da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e o da Fiocruz de Recife/PE, no Instituto Aggeu Magalhães (CAPES, 2019a). Por outro lado, 80% dos doutorados em SC estavam concentrados no Sul e Sudeste. Não havia nenhum doutorado em SC na região Norte ou Centro-Oeste (CAPES, 2019a). Ou seja, percebe-se um pioneirismo do Ceará na

consolidação de um campo científico de pesquisa e formação em SC no país. E especialmente a novidade de propor um modelo de doutorado em associação, pela necessidade local e pela configuração do corpo docente:

se você pegar o corpo docente daqui [UFC] e das outras instituições, muitos têm o doutorado relativamente recente. E nós não tínhamos no Ceará um espaço de formação em doutorado. Então, foi por isso que emerge um debate em 2007, 2008 de se discutir a criação de um doutorado. Só que as instituições isoladamente não conseguiam, então houve a proposição de um modelo que não existia, o Ceará tem esse destaque. Então foi a primeira experiência de um doutorado em associação ampla (e-INF 39).

Mas, a criação do doutorado também não foi um processo sem tensionamentos interinstitucionais. Por um lado, havia um descrédito em relação às IES cearenses pela CAPES, o que levava o grupo gestor da CAPES a questionar a necessidade real de um programa com doutorado no Ceará:

A incapacidade da CAPES, como burocrata, de não entender. ‘Pra quê que vocês precisam de pós-graduação? Vem aqui fazer’. Era desse jeito. Vocês imaginam como havia um represamento muito grande, essas pessoas Ana Maria, Vaudelice vieram fazer doutorado, eram pessoas que já tinham mais de 40, 50 anos. Eles não podiam largar seu trabalho, sua família aqui pra ir passar quatro anos em São Paulo, entendeu? (e-INF 18).

Desse modo, a ausência de programa com doutorado no estado atrasava ou inviabilizava que alguns profissionais e professores alcançassem esse grau de formação. A concentração de programas no eixo Sul-Sudeste e a prevalência de pessoas dessas regiões no grupo gestor da CAPES, aparentemente, eram fatores que acabavam por determinar certos julgamentos parciais em relação ao cenário nordestino de formação em SC. Ao mesmo tempo, a CAPES parece não levar em consideração as especificidades loco-regionais para a constituição dos programas, procedendo a uma avaliação igualitária para todas as IES.

Então foi muito difícil, foi um processo que nós tivemos que sair do zero e essas coisas que é a avaliação da CAPES não leva em consideração. Que você pega uma Fiocruz, uma USP, que um dia foi como a gente e aí quer botar tudo no mesmo saco de avaliação e isso não dá né, não dá. Então nós fomos devagarinho (e-INF 18).

Por outro lado, dentro do próprio estado do Ceará, havia conflitos, tensões e diferenças entre as instituições e dentro dos grupos condutores de cada programa.

Vamos fazer um doutorado em associação ampla das três [IES]? Aí a UFC foi contra porque a Unifor era privada, aí vem as ideologias anti privatistas, tem essas coisas todas. Eu digo ao Chanceler: vamos levar

os critérios, você entra na rede, porque eu sabia que eles tinham interesse em ter doutorado, porque já tinha a lei dizendo que você só permanecia como nome de Universidade se você tivesse dois, três doutorados, cinco mestrados, tinha um conjunto de critérios, eles iam cair pra centro universitário. Então eles tinham interesse, eles iam investir (aí aprender política e economia ajuda). Aí eu digo: vamos fazer a lista! 'Colegas da UFC, me digam qual seria a lista de exigência que seria aceitável pela UFC pra gente fazer uma proposta comum?' [...] Então nós fizemos uma lista de exigências e o Chanceler aprovou e o povo da UFC ficou agora sem ter argumentos, não é? Aí nós conseguimos criar e antecipar em oito anos a formação de doutores em saúde coletiva no estado do Ceará e o primeiro doutorado próprio depois da consolidação (e-INF 22).

Aí o projeto, preparado para as três instituições, de última hora, faltando menos de três dias para enviar o projeto pra avaliação, a UNIFOR saiu da parceria. O chanceler não aceitava que a UNIFOR não cobrasse dos alunos. Então, uma condição da parceria era que os alunos não pagariam. A UFC e a UECE eram públicas, não cobravam, e a UNIFOR não poderia cobrar dos alunos que fossem orientados dela (e-INF 15).

Como podemos perceber, o processo de estruturação do doutorado em AA exigiu negociação e conciliação dos interesses institucionais, financeiros e políticos de cada IES. Dentro dessa lista de exigências estavam: o não pagamento de taxas pelos discentes vinculados aos orientadores da UNIFOR, o acesso irrestrito às três bibliotecas universitárias por todos os doutorandos (tendo como vantagem o fato de a biblioteca da UNIFOR ser a melhor estruturada e contar com acervo mais amplo e atualizado), a liberação de carga horária dos professores, etc.

O relato sobre as negociações para criação da AA aponta muitas divergências entre as IES, estando a maioria delas alicerçadas pelos diferentes status jurídicos dos programas. Porém, percebe-se que os programas da UFC e UECE, que são contemporâneos na criação do mestrado em SP e do doutorado, e tem status jurídico público, também enfrentaram uma dificuldade de integração. Por mais que essa articulação e complementariedade fosse induzida durante o doutorado em AA, não foi algo estabelecido em vias fluidas.

Muitas tensões aconteceram, mas eu considero que foi uma experiência muito interessante. Por questões diversas, houve ruptura, mas nós tivemos pela primeira vez no estado do Ceará pra saúde coletiva um prêmio tese CAPES, vinculado a um aluno da epidemiologia nosso aqui da UFC. Então assim, foi uma experiência que foi avaliada positivamente, mas desde o nascedouro, já se previa que as instituições, em tendo capacidade, poderiam conformar o seu próprio doutorado. Então a UECE disparou o processo de montar um doutorado e foi aprovado e depois nós e a Unifor ficamos com quase que a obrigação de pensar estrategicamente na conformação de um doutorado [...] Mas pensando exatamente que aquele movimento [da AA] era um

movimento maior, que a gente tinha que superar um pouquinho as diferenças e aí como havia muitas rugas, muitas tensões na época, com algumas pessoas aqui do departamento, eu [que era recém-chegado ao programa] tive essa responsabilidade. Por isso, que o braço da UFC [na coordenação da AA] caiu pra mim, que todo mundo já tinha rompido e a gente não podia romper (e-INF 39).

Desde o começo, a gente já tinha noção de que essa seria uma experiência transitória, que só duraria até que cada programa tivesse condições de criar seu próprio doutorado. Depois eu saí [do Ceará], mas ficou esse programa. Soube que deu problema, deu divergência entre os participantes. Não acompanhei de perto, só as versões de um lado e de outro. Mas eu acho que foi necessário, foi uma iniciativa necessária naquele momento: combinar esses programas para criar um doutorado como foi feito. Agora a UFC já tem seu doutorado, a UECE também, a UNIFOR... então acho que foi positivo (e-INF 38).

Algumas falas relevam essa perspectiva de competição e comparação interinstitucionais e interpesquisadores/docentes. Será a independência de projetos no início do mestrado que desencadeou essa postura de desavenças? Como dois programas no mesmo estado, na mesma cidade, não dialogam ou se propõe a construções conjuntas? Por mais que tenha havido a segmentação das áreas de concentração, por que não havia complementaridade?

Essa percepção empírica ao longo da imersão no campo nos projeta em uma necessidade de revisitar as reflexões de Bourdieu (BOURDIEU, 2003) sobre campo científico perpassando tanto as disputas internas do campo, quanto as competições interinstitucionais. São essas as disputas do campo científico operadas dentre as instituições para o domínio do status e do reconhecimento científico? Como essa relação de disputa constituem e posicionam os agentes? Até que ponto o campo se consolida por disputas e em que dimensão se estabelece por rivalidades? Seria o ato de promover áreas de concentrações diferentes um mecanismo de diferenciação e de disputa por subcampos distintos e, conseqüentemente, diferentes nichos de acúmulo de capital simbólico?

Foi um desafio porque são instituições diferentes, linhas diferentes, públicas, privadas, com regras, regimentos distintos, pessoas bem distintas. Mas pra mim foi interessante olhando do ponto de vista institucional, porque pela primeira vez a gente conseguiu fazer um grande projeto comum, para além de projetos de formações discursivas específicas, ou seja, sei lá para além de eu sentar com alguém da epidemiologia da UECE ou da Unifor e montar um projeto. Então nós tínhamos todos e todas ali (e-INF 39).

No doutorado, houve uma articulação porque os dois lados não tinham quadro docente suficiente... a UFC entrou com a maioria do corpo docente, com um mestrado muito melhor pontuado na CAPES, mas a

UECE mandou a proposta e ficou como coordenadora do programa (e-INF 4).

O doutorado em AA parece ter tensionado e ressignificado as estruturas do campo científico. Exigiu negociação e parceria. Pelos interesses próprios, houve necessidade de articulação. Talvez esse foi o grande desafio, mas ao mesmo tempo o maior mérito do AA: congregar o campo, superando (ou tentando superar) tanto os conflitos internos de cada IES, como as discrepâncias interinstitucionais. Houve necessidade de subverter, mesmo que temporalmente os mecanismos isolacionistas de manutenção do status dentro do campo que cada grupo havia construído.

Apesar das disputas interinstitucionais já mencionadas, de todo modo há consenso de que o doutorado em AA ofereceu condições de possibilidade para que as 3 instituições estruturassem seus programas próprios e hoje encontram-se em processo de implementação (UECE, 2019b; UFC, 2019c; UNIFOR, 2019b). *“Por que pra que um doutorado em associação ampla? Ele tem duas missões: ele antecipa a formação e ele engravida cada instituição pra criar o seu, ele serve de incubadora”* (e-INF 22).

Então a associação ampla ela foi importante pra todas as instituições e pra que as pessoas acumulassem um pouquinho mais de experiência em termos de orientação e tal. Porque a gente precisava ter pessoas com experiência de orientação de doutorado para montar um colegiado [...] Então, a associação ampla ela serviu como incubadora de iniciativas, de perspectivas de fortalecimentos das redes. Então por exemplo, a professora Maria Lucia Bosi tinha uma boa articulação com a UECE, com a Unifor, isso foi estreitado ainda mais, a gente com o José Wellington, enfim. Então serviu como um grande laboratório de formar pessoas e reconfigurar (e-INF 39).

Garimpendo a produção acadêmica e encontrando as inconsistências

Como já mencionado anteriormente, a profissionalização em SC no Ceará tem acontecido por meio da pós-graduação. A PG, por sua vez, está atrelada à elaboração de um trabalho final de tese ou dissertação (CAPES, 2017). Acredita-se, portanto, que a categorização desses trabalhos e a análise de sua distribuição por instituição, período histórico e dimensões epistemológicas do campo pode revelar a constituição do campo enquanto processo histórico, social, político e científico. O processo de busca e leitura dos resumos foi uma verdadeira garimpagem, cujas etapas e fontes relataremos aqui antes de proceder à apresentação dos resultados encontrados.

Em 2012, com a criação da Plataforma Sucupira, as teses e dissertações passaram a ser arquivadas em versão digital na plataforma da CAPES. Os trabalhos de 2013 até o presente momento, estão, portanto, disponíveis no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES (CT&D). Os trabalhos anteriores a esse período, estão listados nesse catálogo, mas não há possibilidade de acesso a eles diretamente em versão digital.

Os trabalhos da UFC anteriores a 2013 estavam disponíveis no repositório da instituição, na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), e/ou no site da pós-graduação em Saúde Pública. As três fontes de busca foram acessadas e seus conteúdos considerados complementares. Dentre os trabalhos da UFC, 72 não estavam disponíveis em nenhuma dessas bases digitais. Estes foram, então, buscados, em versão física, na biblioteca da instituição, sendo encontrados 57 deles e ainda um outro trabalho que, mesmo não estando na biblioteca institucional, estava disponível em uma via na biblioteca da secretaria do próprio programa. Acredita-se que as 14 dissertações não encontradas, mesmo tendo sido catalogados na Capes não tiveram sua versão final entregue pelo mestrando.

As produções da UNIFOR anteriores a 2013 foram acessadas pela BDTD e no site da instituição. Cinco trabalhos, que não foram encontrados nessas bases, tiveram seus resumos disponibilizados, em formato digital, pela secretaria do programa de pós-graduação da UNIFOR.

Já os trabalhos da UECE, foram acessados pelo acervo da biblioteca central da instituição (que está disponível on-line e possibilita visualizar os resumos) e pelo Catálogo de Publicações do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (JORGE; GURGEL; ÁVILA; MOREIRA, 2017), publicação digital que disponibiliza os resumos de 2004 a 2016. Alguns trabalhos estavam cadastrados no acervo da biblioteca, mas o resumo não estava disponível on-line. Nesses casos, os trabalhos foram buscados em sua versão física na biblioteca, visto que eram de fácil localização. Como remanescentes, restaram 15 dissertações não encontradas em nenhuma dessas fontes, sendo estas buscadas em sua versão física na biblioteca da secretaria do programa. Dos 15, 12 foram encontrados. Restaram 3 que não foram encontrados em nenhuma das fontes.

Os trabalhos do programa de doutorado desenvolvido em Associação Ampla entre as 3 instituições foram buscados nos sites das instituições a qual cada aluno/orientador estava vinculado, uma vez que foram identificadas certas inconsistências no cadastramento dos trabalhos da Associação Ampla no CT&D, em

termos de instituição. Ou seja, a instituição indicada no CT&D não necessariamente correspondia a instituição de vinculação do pós-graduando.

No CT&D da Capes, existiam, quando da coleta de dados, 1374 trabalhos elegíveis para esta análise bibliométrica. Todavia, como a busca dos resumos foi realizada em várias modalidades, foi possível identificar algumas inconsistências na catalogação e registro da Capes. Para fins de análise nesta tese, a amostra final foi composta por 1375 trabalhos. Os 17 trabalhos que não foram acessados estão incluídos nesse número total visto que em relação a algumas variáveis eles foram analisados, embora consistam em *missing* para outras.

A partir da busca estrita no Catálogo de Teses e Dissertações encontramos o quantitativo, por tipo, ano e instituição apresentado na tabela 1.

O montante de dissertações defendidas pela UFC totaliza 401 no portal da CAPES e o mesmo quantitativo apareceu na coleta de dados pela autora. Mas, por mais que a quantidade total esteja correspondente, encontraram-se 3 dissertações que não estavam registradas no portal da CAPES (cada uma de um respectivo ano: 2015, 2016 e 2017) e 3 repetições de registros (defesas de 2012 e 2013). Ou seja, o quantitativo final está correto, mas a análise mais detalhada evidenciou que havia ausência e repetição.

Quanto às dissertações da UECE, na CAPES constam 421, entretanto, no acervo deste estudo e na coleta de dados pela autora foram reunidos 422 trabalhos. Ou seja, uma dissertação de 2013 não foi incluída no sistema da CAPES. Na Unifor, não se encontraram discrepâncias. As 399 incluídas no sistema da CAPES são as mesmas que tivemos acessos pelas diferentes vias de busca.

As maiores diferenças estão em relação às teses. De acordo com o portal da CAPES (tabela 1), a AA teve 20 teses vinculadas à UECE e 9 à UFC. Nossa coleta localizou 120 teses vinculadas ao programa em AA. Ao passo que, no portal CAPES, a UECE teve, em seu programa próprio, a defesa de 114 teses, quando o número real é de 23. Ou seja, conclui-se que muitos trabalhos da AA foram cadastrados como vinculados ao programa próprio da UECE. Além disso, há o registro dos trabalhos da AA em diferentes IES causando certa confusão nos dados. Acredita-se que o mais justo e fidedigno seria que se cadastrasse um programa de AA entre as 3 IES e esses 120 trabalhos fossem vinculados apenas a ele, sem ter uma segunda vinculação a uma instituição. Essas inconsistências de registro supervalorizam a produção acadêmica da

UECE. Acredita-se que isso se deveu ao papel predominante da UECE na coordenação da AA.

Outrossim, foram encontrados diversos erros de digitação, se assim podemos classificar, nos trabalhos da AA. Alguns resumos não constam no catálogo (por mais que ao fazer o *download* do trabalho completo ele esteja disponível) e, no campo destinado o resumo, foi digitado uma sequência de letras aleatórias (por exemplo: xxxxxxxxxx). Presume-se que, parece não haver pleno zelo e cuidado no preenchimento das informações, parecendo que esse tipo de informação foi adicionado ao catálogo apenas para que o sistema não contasse aquela tese como pendência de registro. Acrescente-se ainda que nem todas as versões disponibilizadas como completas foram visualizadas, entretanto, em um trabalho, cujo resumo não estava disponível e foi necessário fazer o *download*, observou-se a divergência no registro do nome do orientador (no catálogo da CAPES constava um nome e na versão final do trabalho disponível na íntegra outro nome). Esse processo de revisão não foi feito em todos os trabalhos, visto que não era o objetivo do trabalho, mas registramos aqui esse achado. Consideramos importante registrá-lo e sugerir que cada IES revise as teses cadastradas na plataforma Capes.

Quanto ao número de orientadores, na CAPES, constam 198 orientadores. Mas, a contagem feita pelo trabalho de campo revela apenas 124 orientadores, sendo que destes 1 não está listado na CAPES. O maior número no CT&D aconteceu porque a redação dos nomes dos professores orientadores aparece de formas diferenciadas: letras em caixa alta, com ou sem acentuação, sobrenomes por extenso ou abreviado, etc. Esse achado mais uma vez parece revelar não haver pleno zelo e cuidado no preenchimento das informações. Sugere-se a correção dessa grafia para que, pelos filtros permitidos pelo catálogo de teses e dissertações, possa-se localizar a quantidade total de orientações vinculadas a um mesmo docente. A uniformização dessa redação é uma sugestão propícia até para o sistema de registro da CAPES, posto que isso qualificaria as informações e daria mais fidedignidade ao banco de dados.

Por fim, podemos inferir que os dados disponíveis no CT&D da CAPES não são 100% condizentes com os achados materiais das bibliotecas das IES. Desta feita, ao longo desse trabalho, todas as análises foram feitas com base no banco de dados construído e reunido pela autora, tendo usado o catálogo da CAPES como uma das fontes, mas não como a única. No banco de dados final, construído pela autora, esses acertos de informações já foram processados.

A produção acadêmica em evidência: o desempenho dos programas de pós-graduação em SP/SC do Ceará em interface

Tomando como base o banco de dados construído na coleta de dados dessa tese, seguem algumas análises da produção acadêmica dos 3 programas de PG em SP/SC do Ceará (tabela 2).

Quanto ao ano de defesa do trabalho de conclusão, percebe-se que há um aumento gradual nos primeiros anos dos programas. Em meados dos anos 2000, há um aumento importante, devido ao início do programa na UNIFOR enquanto programa de SC e, também, devido ao momento político de maior incentivo à produção científica com o governo Lula a partir de 2003. Depois percebe-se um outro ponto de aumento significativo a partir de 2009, quando o doutorado em AA está implantado e, além das dissertações, contam nessa soma também as teses. De 2014 a 2017, encontramos o auge de trabalhos, quando todos os programas do estado estavam coexistindo. Observa-se que 61,96% dos trabalhos são defendidos de 2010 até então. Ou seja, os primeiros anos não são tão representativos nessa proporção, dado o aumento no número de vagas nos programas na última década.

Em relação à vinculação dos trabalhos, observa-se uma proporção muito semelhante entre as IES: 445 (32,36%) dos trabalhos são da UECE, 408 (29,67%) são da UFC, 402 (29,24%) são da UNIFOR e 120 (8,73%) do doutorado em AA. Desses trabalhos, 1222 (88,87%) são dissertações e 153 (11,13%) são teses. Essa diferença tem relação com a quantidade de anos onde os programas eram exclusivamente curso de mestrado.

Categorizando cada trabalho em relação a formação disciplinar prevalente no resumo, encontra-se que 46,62% (641 trabalhos) são em Epidemiologia; 39,71% (546 trabalhos) na área de Política, planejamento e gestão; 13,31% (183) em Ciência Humanas e Sociais; e 0,36% (5) não foram categorizados. Percebe-se, claramente, o predomínio da área de concentração em Epidemiologia. Essa desproporção em relação às CHS não é especificidade do Ceará. Vários autores discutem o lugar das CHS na Saúde Coletiva (BOSI, 2012; CANESQUI, 2011; MARTIN; MONTANARI; PEREIRA; HAMBURGER *et al.*, 2018), concluindo que elas ainda ficam em segundo (ou terceiro) plano, como ouvimos nas entrevistas: “até hoje as formações em pesquisa qualitativa das

graduações em saúde e mesmo nas ciências sociais, são muito precárias. E na pós-graduação você conhece né a situação...” (e-INF 10). Todavia,

saúde coletiva sem ciências humanas e sociais, não existe. É exatamente a entrada do pensamento social em saúde, que funda o campo saúde coletiva, com esse nome, diferente de todos os outros, completamente diferente da ideia de saúde pública que se tem na London School ou em Havard né, totalmente diferente por aí (e-INF 10).

A Saúde Coletiva ela é mais ampla, ela trabalha além dos agravos, trabalha com a antropologia, com a sociologia, com a psicologia, que são as ciências humanas e sociais, com a história. No que a gente contextualiza historicamente, eu estou fazendo um trabalho em uma perspectiva e minha base teórica é Ciências sociais (e-INF 8).

Cronologicamente, há ainda uma diferenciação entre o tempo em que cada modalidade de investigação da realidade foi incorporada à SC. A Saúde Pública tradicional já existia e estudava a situação de saúde da população, mas

é a partir dessa incorporação das categorias do marxismo, vamos dizer assim, que começa a se constituir uma epidemiologia crítica e essa epidemiologia crítica, malgrado a gente pensar que é um estudo positivista quantitativo etc, foi revolucionária no sentido de introduzir exatamente uma epistemologia crítica na leitura dos fenômenos em saúde e que então foi dando corpo à reforma sanitária brasileira. [...] você vai observar que a epistemologia qualitativa, pesquisa qualitativa e essa orientação, ela entra no campo da saúde coletiva no final dos anos de 1980. É final da década de 80 que começam a emergir os primeiros estudos propriamente pautados nisso (e-INF 10).

Em termo de linhas de pesquisa, percebe-se que os 3 programas tem uma linha mais voltada para a formação disciplinar da Epidemiologia, nomeada “situação de saúde” ou “epidemiologia”, ou ainda “prevenção e controle de agravos”. Também os 3 programas tem linha voltada para a formação disciplinar de Planejamento, Gestão e Avaliação. Todavia, a formação disciplinar das CHS não detém de uma linha específica, exceto da UNIFOR, onde prevalece ainda a existência de uma linha voltada para as CHS e outra para a promoção da saúde (eixo fundador do programa). Conquanto o relatório da Unifor (UNIFOR, 2019b) aponte a “dissolução” dessa linha de pesquisa em promoção da saúde, para que permaneçam 3, uma condizente com cada formação disciplinar da SC. Percebe-se um movimento de configuração estrutural e organizativa dos programas à multiplicidade do que se compreende como campo da SC, todavia esse movimento não acontece em velocidade e magnitude equitativa em termo de produção científica, valorização das publicações e concessão de bolsas.

A formação disciplinar em Políticas, Planejamento e Gestão (PPG), apesar de apresentar-se como representativa de quase 40% dos trabalhos, também se encontra em posição de menor influência nas produções acadêmicas, visto ser uma área que engloba uma quantidade muito diversa de temáticas. Muitos assuntos diversos são incluídos dentro dessa formação disciplinar sem, contudo, apresentarem estreita relação. Essa dificuldade prática em separar o que é concernente a cada eixo de formação também é abordado por c-INF 10: *“sou crítica dessa divisão porque política, planejamento e gestão nada mais são do que ciências sociais e humanas em saúde. Ciência política tá aí dentro, tem o planejamento... essa divisão é uma divisão que se deu por uma questão de direcionamento”*. De fato, o próprio processo de análise dos trabalhos de conclusão revelou essa tênue interface entre CSH e PPG, sendo até mesmo ambíguo, em muitos casos, situar o trabalho em uma formação disciplinar e não na outra. Todavia, em alguns trabalhos essa segmentação é nítida e optamos por manter essa diferenciação em 3 eixos, dada a repetição dessa sistematização na literatura, bem como por considerarmos mais didático.

Essa discrepância entre as formações disciplinares, porém, é um desafio apontado até mesmo pelo coordenador do PPGSP-UFC quando analisa a difícil constituição de um grupo consolidado para essa formação:

Então, [a UFC] nunca se conseguiu ter uma área específica só de políticas, uma área específica só de gestão, uma só de ambiente. Então conseguiu-se agrupar todas em uma só. Enquanto da epidemiologia e da vigilância tem mais consolidado isso, grupos mais fortes em relação a isso (e-INF 34).

Observa-se que esse relacionamento entre as formações disciplinares determina certos mecanismos de dominação dentro do campo científico (BOURDIEU, 2003; 2004). Há uma predominância da Epidemiologia, seja por sua consolidação inicial no campo, seja por sua valorização pelos órgãos de fomento e de financiamento. Ao passo que as CHS e a PPG parecem estar muito vinculadas a projetos pessoais de determinados docentes, chegando-se inclusive a encontrar algumas reflexões preocupadas sobre a manutenção dessas formações discursivas no campo diante do cenário atual de reconfiguração do corpo docente por meio de uma série de aposentadorias.

A epidemiologia já tem o seu campo de atuação firmada não é, todo mundo recorre. Todos os governantes de direita e de esquerda recorrem de uma forma e de outra pra epidemiologia e planejamento e organização de serviço é que eu acho que ainda carece de fortalecimento maior [...] O [eixo] políticas de saúde e planejamento eu

não sei como é que vai ser [na UFC] se eu me aposentando e o Ricardo se aposentar e tem o da epidemiologia que é forte também eu acho. E aí eu acho que essa questão de alguma maneira caminha isolado (e-INF 7).

As ciências humanas e sociais, eu acho que ainda são um núcleo eventual. [Na UFC] Se amanhã eu me aposentar, se a Márcia se aposentar e não se oferecer as ciências humanas e sociais, ainda assim terá uma formação de saúde pública e que aí vai se ajeitar com um pouco de política de saúde, muita epidemiologia e aí a vida continua. Então eu pergunto até que ponto há de fato uma congruência dos programas com os seus discursos fundantes? Qual o grau de solidariedade, eu diria assim né, entre esses grupos? (e-INF 10).

Essa realidade é um campo de forças. Identificar a fonte hegemônica, que é a Epidemiologia. O que faz uma força ser hegemônica e perdurar? Outros saberes são colocados a parte. [...] Pós-graduação se pauta na evidência, isso não se encaixa para mim, me desagrada totalmente (e-INF 27).

Em relação ao Brasil e à SC, essa perspectiva de compreensão do cenário não é nova, já tendo sido apontada em edição da revista *Physis* em 2005 (CAMARGO JUNIOR, 2005). E, pelo modo de instituição do campo científico, viria permanecendo.

A entrada das Ciências Sociais e Humanas no campo da SC, por exemplo, aconteceu porque os capitais da saúde e das ciências sociais eram complementares para atender às demandas científicas. Entretanto, o ingresso de novos atores tensiona para mudanças no *habitus* do campo. Essas mudanças, todavia, não acontecem sem disputas, uma vez que já existem outros *habitus* instituídos (BOURDIEU, 2004; NÉTTO; FORTE, 2018; ROSE; CARVALHO; OLIVEIRA, 2018). No caso da SC, citam-se os campos da medicina, das ciências básicas e até mesmo o campo institucionalizado da Saúde Pública na dimensão prática dos serviços como protagonistas desse jogo de forças e modos de operar (VIEIRA-DA-SILVA, 2015).

Com o ingresso das CSH, ampliou-se a possibilidade de compreensão da saúde, do adoecimento e do processo de trabalho em saúde (NÉTTO; FORTE, 2018; ROSE; CARVALHO; OLIVEIRA, 2018). Reconheceu-se, oficialmente, a necessidade de incorporação das CSH na saúde, seja na perspectiva da gestão, da atuação, da investigação científica e, especialmente, do ensino em saúde, que subsidia recursos humanos para as demais perspectivas (CANESQUI, 2011). Mas pode-se afirmar que houve a introdução dos temas, entretanto “*sem gozar de plena aceitação entre os que valorizam e gravitam em torno do modelo biomédico hegemônico*” (CANESQUI, 2011)(p. 18).

Os currículos dos cursos de saúde, por exemplo, apresentam as disciplinas sociais e antropológicas como obrigatórias, no entanto, sem a necessária incorporação pelos estudantes. De que adiantam currículos ampliados se os conteúdos ali grafados não se desdobram em efetivas competências profissionais? Esse desmerecimento das CSH tem suas bases na divergência histórica entre o modelo biomédico e a concepção ampliada de saúde. A sobreposição do ideário biomédico ainda confere baixo *status* aos profissionais que trabalham com CSH no campo da saúde (BARROS, 2014; CANESQUI, 2011).

A obrigatoriedade, determinada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (CECCIM; ARMANI; OLIVEIRA; BILIBIO *et al.*, 2008; HADDAD; MORITA; PIERANTONI; BRENELLI *et al.*, 2010; NÉTTO; FORTE, 2018), em existirem essas disciplinas na formação em saúde não necessariamente implica um nivelamento das influências disciplinares.

Nesse cenário, as disciplinas sociais são consideradas apêndices ao currículo já extremamente cheio de outros conteúdos e laboratórios de habilidades, sendo, então, alocadas entre as disciplinas básicas, sem interlocução direta com a prática. Muitas vezes, essas disciplinas são, inclusive, proteladas o máximo possível pelos estudantes, que dão prioridade àquelas que são pré-requisito para as disciplinas clínicas. Isso acontece, sobretudo, nas instituições privadas, onde se escolhe investir prioritariamente no que se considera mais importante (BARROS, 2014; CANESQUI, 2011). Desse modo, pode-se dizer que existe igualdade de condições de existência, dentro do campo, entre as formações disciplinares? Neste trabalho, as entrevistas enriquecem essa análise, proporcionando reflexões sobre essa conjuntura no cenário cearense.

Além da questão disciplinar, as áreas de CSH e PPG, pelo menos no Ceará, estão vinculadas a docentes mais envolvidos com os serviços de saúde e outros modos de participação. Estes docentes também tem um perfil de menor valorização e adequação à lógica produtivista. Sabe-se que a própria opção pelos objetos de pesquisa revela do perfil do cientista. Tudo isso contribui para um maior afastamento dessas linhas de pesquisa da lógica de aquisição de capital simbólico no campo científico, além disso, existem as métricas que tornam desigual essa competição por capital simbólico.

Todos esses elementos, históricos, políticos e inerentes às disputas internas do campo, devem ser levados em consideração, rompendo com uma visão ingênua, como aponta c-INF 10:

então, abandonemos a lógica naturalizante de que a área, por exemplo a epidemiologia, nessa perspectiva de área, seria hegemônica na Saúde Coletiva por conta de uma superação de enunciados, porque ela tem um enunciado mais preciso, mais exato, quantitativo a cerca dos fenômenos da saúde, enquanto as Ciências Sociais e Humanas prescindiriam de exatidão e precisão. Só que não é isso. O campo são atores em disputa e é um espaço concorrencial, disputa acirrada pela autoridade científica, que é proferida pelos pares. É um campo autônomo (c-INF 10).

Pensando nessa perspectiva sobre os diferentes modos de construir e analisar informações na SC, a produção acadêmica de teses e dissertações também foi classificada quanto à metodologia empregada, conforme tabela 3.

Dos 1375 resumos lidos, 49,67% utilizaram abordagem unicamente quantitativa; 39,20% fizeram uma análise qualitativa de informações e 8,87% combinaram métodos quali e quantitativos. Pesquisas aplicadas, teóricas ou das quais não conseguimos acessar os resumos ficaram classificadas como sem informação, somando 2,25%.

Quanto ao objetivo do estudo, 76,80% são descritivos e 21,56% analíticos. Detalhando mais a análise em termos de procedimento de análise das informações, subdividimos em dois grupos, onde encontramos: análise de fala (43,26%) e estudos epidemiológicos clássicos (53,61%). Quando os estudos eram quanti-qualitativo, categorizava-se o desenho metodológico preponderante no estudo, conforme percebido no resumo. Dentre os procedimentos de análise de fala, sobressai a técnica de análise do conteúdo, sendo aplicada em 11,64% dos trabalhos, seguida pelas seguintes técnicas: avaliação dos serviços (5,56%), hermenêutica (3,56%), estudos metodológicos (3,27%), estudo bibliográfico (3,05%), etnografia (2,98%), pesquisa histórica (2,84%), fenomenologia (2,33%), análise do discurso (1,38%) e discurso do sujeito coletivo (1,16%). Dentre os estudos epidemiológicos clássicos, predominam os estudos transversais, com 32,15% de representatividade diante do total.

Por essa categorização, reforça-se a soberania quantitativa dos estudos ligados mais diretamente à formação disciplinar da epidemiologia tradicional: quantitativos e de desenho clássico. Apesar de que, fica plausível que a grande maioria são estudos transversais, pontuais e sem perspectiva de intervenção. São muito raros os trabalhos de intervenção e longitudinais. Percebe-se uma crítica a essa perspectiva limitada da produção em SC em algumas falas:

Muitos desafios porque as pessoas ainda não chegaram na sua maioria na saúde coletiva. Mesmo a epidemiologia, que deveria ser social e não

é, eles fazem ainda aquele trabalho clássico [...] A gente faz vídeo, a gente faz aplicativo, a gente faz fluxograma, a gente faz cartilha, guia de orientação pra população e publica. Isso é saúde coletiva, é amplo. A gente não fica só naquela de um e um são dois, e dois e dois são quatro não. Eu acho que a epidemiologia deveria ter uma visão mais ampliada, e vão se danar porque eu disse isso, mas é verdade. E nós da saúde coletiva temos que estudar cada vez mais. Fazer curso on-line, fazer grupos, grupos de estudo on-line, para ler realmente. Porque não adianta você dizer que é da saúde coletiva, quando você pega um trabalho e a análise é descritiva (e-INF 8).

Diante da infinidade de desenhos metodológicos e combinação de abordagens e técnicas, foi muito difícil estabelecer essa categorização. Sabe-se que a segmentação em análise de fala e estudos epidemiológicos também é bastante arriscada epistemologicamente. Entretanto, essa fusão se fez necessária para que se levasse a cabo uma análise quantitativa viável. Mas, como aqui se empreende uma investigação também qualitativa, pode-se pontuar algumas outras impressões sobre os resumos que foram apreendidas durante o processo de apropriação documental.

A maioria dos resumos é de baixa qualidade. Pelo resumo, em si, tantas vezes não é possível compreender, mesmo que em linhas gerais, o desenho do estudo. Além disso, muitos trabalhos, especialmente as dissertações, tem um caráter de investigação pontual, extremamente recortado, breve e de pouca profundidade. Daí a grande quantidade de estudos descritivos, transversais e, mesmo quando de análise de falas, que visitaram um cenário, fizeram entrevistas ou grupos focais, e as analisaram sob um recorte teórico. Sabe-se que o tempo de um mestrado é curto, todavia percebe-se que isso se agrava diante da fragilidade do corpo docente (como será discutido posteriormente) e da inexistência de projetos de pesquisa mais longitudinais e duradouros, com inserção permanente nos serviços, etc.

Apesar dos limites encontrados, cada resumo foi lido e classificado quanto ao assunto principal. Esses assuntos foram, posteriormente, reunidos em categorias mais gerais, conforme frequência registrada na tabela 4. Em termos de assunto, destacam-se trabalhos sobre Saúde Mental (7,78%); Violência (7,49%); “Atividade física, estilo de vida a padrão alimentar” (7,42%); Gestão e financiamento (6,8%); Formação profissional e educação permanente (6,76%); Saúde materno-infantil (6,40%); Linhas de cuidado e Redes de Atenção à Saúde (4,8%); Doenças infecciosas e parasitárias (4,00%); Qualidade de Vida (4,00%); Atenção Primária à Saúde (3,85%), e Práticas de cuidado (3,56%).

Apesar de serem categorias gerais, percebe-se uma grande diversidade de assuntos, dada a multiplicidade do campo da SC e as muitas possibilidades de assuntos pesquisados.

Uma outra informação extraída de cada resumo foram as palavras-chave. Do mesmo modo que com os assuntos, as palavras eram muito diversificadas. Tanto porque não havia uma padronização, seja em relação aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou ao Medical Subject Headings (MeSH), quanto porque aparentemente não há uma compreensão pelos estudantes sobre a função de utilização de palavras chaves em trabalhos científicos. Por exemplo, em um trabalho sobre saúde mental foi localizada como palavra chave a expressão “doidice”. Por mais que esse termo tenha surgido ao longo da pesquisa de campo e da redação científica, política e epistemologicamente não se trata de um termo aplicável em um trabalho de PG. Todavia, esse termo está inclusive registrado no catálogo de teses da Capes.

Ao mesmo tempo, muitos trabalhos, mesmo os pertencentes aos últimos 10 anos e de doutorado, trazem como palavras chaves termos que não ajudam a associar o trabalho a assuntos específicos dentro de uma base de dados. Usar, por ilustração, o nome da cidade onde a coleta de dados foi realizada como palavra-chave sugere uma incompreensão do porquê da existência de palavras-chaves e da compilação de descritores e lista de termos. Qual a função das palavras-chave? Não seria direcionar a busca bibliográfica por artigos e teses? Incluir a técnica de coleta de dados ou termos muito específicos nas palavras chaves também aconteceu diversas vezes nas produções do período analisado.

A amplitude do campo muitas vezes possibilita essas atitudes pouco cabíveis e o mau uso de uma ferramenta tão importante quanto os descritores e palavras-chave. Qual a utilidade, então, de determinadas palavras compondo o breve espaço concedido aos descritores? Uma sugestão é que houvesse um direcionamento mais explícito sobre o uso dessas palavras. Pela amplitude do campo, seria interessante incluir a formação disciplinar e/ou a metodologia dentre as palavras? Ou seria melhor manter o foco dos descritores nos assuntos abordados no trabalho?

Para possibilitar uma análise mais racional desses palavras-chave, elas também foram categorizadas em termos mais aproximados aos DeCS, contabilizadas e tiveram sua frequência de aparecimento registrada na tabela 5.

As categorias mais frequentes para os DeCS: Doença infecciosa (11,13%), Saúde na infância e na adolescência (6,62%), Saúde Mental (6,55%), Doença crônica não

transmissível (6,40%), Alimentação e estilo de vida (5,09%), Atenção Primária à Saúde (5,09%), etc.

De modo semelhante, as palavras-chave foram categorizadas de modo a constituírem grupos temáticos. Formaram-se 42 grupos temático com as palavras-chaves, levando em consideração as posições de primeira, segunda e terceira palavras-chave, conforme tabela 6.

A partir da sistematização e análise de frequência apresentada, podemos inferir que é muito comum o uso de palavras-chave para referir-se aos aspectos metodológicos usados (5,64%), apesar de eles aparecerem principalmente como terceira palavra-chave, ou seja, tem caráter menos importante na caracterização do resumo. Também são bastante frequentes palavras-chave que referem-se a indicadores e vigilância em saúde (7,72%), assistência e atenção à saúde (12,44%), cuidado (5,94%), doenças (4,90%) e violência (5,02%). Pela frequência das palavras, percebe-se o predomínio de assuntos relacionados à epidemiologia e a uniformização quanto aos termos adotadas nessa área. Parece haver consenso na nomenclatura dos indicadores, do uso do nome da patologia em investigação como descritor e da definição de violência. Tanto que esses termos (indicadores, doenças e violência) tem uma tendência a serem registrados logo como primeira palavra-chave. As palavras da categoria de doenças e da violência tendem a aparecer como primeira palavra-chave, ou seja, tem grande relevância. Já as palavras relacionadas a indicadores, assistência e cuidado aparecem nas três posições de palavras-chave praticamente na mesma proporção.

A análise da frequência das variáveis elencadas nessa seção permite-nos delinear características e fragilidades importantes da produção científica no campo. Posto isso, podemos afirmar, mais uma vez e agora sob nova dimensão, a supremacia da epidemiologia, o que reverbera até na consolidação de termos e metodologias. Também se reforça uma reflexão sobre a fragilidade da formação de pós-graduação em um campo tão amplo. Essa compreensão será ainda retomada com mais detalhes qualitativos quando abordarmos o perfil dos egressos.

Semelhanças e diferenças dos programas de pós-graduação em SP/SC do Ceará em 25 anos

Além do percurso histórico, foi realizado um exercício de analisar as interfaces dos três programas do Ceará, o que trouxe à tona a percepção de semelhanças e diferenças, concorrências e complementariedade, sistematizadas nesta seção.

A caracterização da produção acadêmica dos programas de pós-graduação por instituição, disponível na tabela 7, é um primeiro passo importante para compreender essas semelhanças e diferenças.

Dividindo-se o período histórico de análise em quadriênios, observa-se que o pico de produção de teses e dissertações aconteceu entre 2013 e 2016, coincidindo com o período de maior produção tanto para o doutorado em AA (71,67% das teses foram defendidas entre 2013 e 2016) quanto para a UNIFOR (33,58%). Para a UECE, há uma manutenção no volume de defesas de 2009 até 2016, 20,45% no quadriênio de 2009-2012 e 20,90% nos quatro anos entre 2013 e 2016, convergindo com essa variação. Todavia, para a UFC, houve um pico de defesas entre 2009 e 2012. E, depois desse período, mesmo com a criação do doutorado próprio, parece haver uma tendência a uma diminuição no número de defesas na UFC.

Quanto ao grau de formação, observa-se que o programa em AA era exclusivo de doutorado, por isso 100% de sua produção são teses. Ao passo que, quando comparamos a quantidade absoluta de dissertações produzidas por cada IES, verificamos que há certa equivalência em termos absolutos: UECE com 422 dissertações, UFC com 401 e Unifor com 399. Entretanto, se levarmos em consideração a quantidade de anos contabilizados de cada programa, percebe-se um volume de produção de dissertações maior na Unifor, visto que foram incluídos apenas os trabalhos de 2004 a 2018. Enquanto, para UFC e UECE, os dados apresentados na tabela somam as quantidades dos anos de 1996 a 2018. O fato de ser uma instituição privada parece determinar essa maior regularidade na entrada e saída dos estudantes, bem como há uma certa uniformização dos docentes em termos de quantidade de orientandos por turma.

No que diz respeito à formação disciplinar, a maioria dos trabalhos da AA (45,83%) e da UFC (60,54%) são na área de Epidemiologia. Dos trabalhos da UECE, 48,99% são do núcleo de PPG. Na Unifor, também prevalece a formação disciplinar de PPG, com 41,29% dos trabalhos. Isso justifica-se porque os trabalhos com foco na promoção da saúde e desenvolvimento de materiais/estratégias educativos foram incluídos na categoria PPG, e esses trabalhos são foco principal dos objetos de pesquisa dos pós-graduandos da Unifor. Ao mesmo tempo, ressalta-se que a formação disciplinar

de CHS foi a menos prevalente em todas as IES. Todavia, faz-se relevante o papel da UNIFOR e do doutorado em AA na produção em CHS na SC dentro do estado, com 17,91% e 18,33% de suas dissertações e teses, respectivamente, nesse estrato. A análise dos resumos possibilitou reconhecer na UNIFOR a existência de uma linha de pesquisa em Antropologia, que estudava o processo saúde-doença-cuidado na perspectiva da cultura e do modo de vida nordestinos. Todavia, essa linha parece ter quase desaparecido com a aposentadoria da professora que conduzia essas pesquisas antropológicas. Não conseguimos também entrevistar essa professora para este trabalho, o que para nós se constitui uma lacuna importante dada sua contribuição no campo.

Até mesmo o modo como os professores entrevistados comentam sobre as formações disciplinares referem-se aos mecanismos internos do campo científico. Na UFC, várias vezes as falas referem-se ao aglomerado das CSH e PPG como linha 2. A Epidemiologia é a linha 1. Na UECE, a linha de PPG, onde se insere sem muito prestígio as CHS, é considerada linha 1. A epidemiologia fica mais expressa na linha de análise da situação de saúde. São nesses pequenos elementos de hierarquia e hegemonia que se imprimem as dominações e os direcionamentos do campo científico (BOURDIEU, 2003). O que vem primeiro e o que vem depois? O que é prioritário? O que é secundário? Essas relações facilmente justificadas como “necessidade de uma sequência numérica”, revelam as entrelinhas, os não-ditos da análise das relações dentro do campo científico. Essa análise qualitativa da situação já ficou impressa em algumas falas e, aqui, confirma-se pela disposição dos resumos analisados.

Retomando a análise dos dados contidos na tabela, observamos que, apesar de no estado prevalecer a abordagem quantitativa (49,67% das produções), verificamos que houve preponderância de trabalhos qualitativos dentre aqueles defendidos na AA (47,50%) e na UECE (45,39%). Na Unifor e na UFC, prevalece uma produção de abordagem quantitativa, sendo esta muito mais discrepante superiormente (em termos de porcentagem) na UFC. Quanto à combinação de abordagens quantitativas e qualitativas, percebe-se que a Unifor e a UECE optam por essa triangulação de métodos em 11,94% e 10,11%, respectivamente, de suas produções.

Essa combinação de abordagens é apontada pelo grupo da UECE como de grande relevância no contexto interdisciplinar da SC.

Porque nós temos duas ciências, na outra ciência epidemiologia básica, que é aquela epidemiologia que faz estatística, tudo isso, mas a gente hoje em dia a gente pode juntar fazer uma primeira fase dentro da

perspectiva quantitativa e a segunda fase qualitativa. Ou então podemos usar multimétodos de estudos que a gente vai criar ferramentas para melhorar a prática (e-INF 8).

Por outro lado, a UFC demonstra ser a instituição onde a dicotomia “quanti x quali” aparece de modo mais acentuado. Esse dado numérico é confirmado pelas entrevistas com docentes da UFC, onde parece haver uma associação quase indissociável entre pesquisa epidemiológica e abordagem quantitativa, o que acaba transferindo as disputas já previstas entre as formações disciplinares também para a dimensão da abordagem de coleta/construção das informações. Algumas vezes essa nuance também já surgiu nas falas anteriores.

Lá no começo houve uma dificuldade que eu achei desnecessária e evitável, quase uma espécie de uma divergência entre o pessoal que trabalhava com pesquisa quantitativa e qualitativa. Isso foi muito disseminado por uma professora. Porque pra gente, por ser da área de políticas, isso era uma bobagem, porque a gente trabalha com ambas as abordagens. Então no começo essa dificuldade foi muito marcante. Depois eu assumi a coordenação e a gente tentou superar isso. Não tinha uma coisa assim a tribo dos quanti x a tribo dos quali, né? Era muito mais uma discussão sobre convergências e sobre como se trabalhava com abordagens complexas sem essa coisa de filiação metodológica, digamos assim (e-INF 38).

Na sala de aula era comum, eu nunca disse que o qualitativo e o quanti eram inimigos, mas eu tinha alunos meus no começo, que tinham medo até de serem reprovados, de tão assim que era uma cisão com quali e quanti, falando da gente com desprezo e nós não fizemos isso (e-INF 18).

Pra você ter ideia ainda tinha uma rixa que hoje eu não sinto tanto, entre as epidemiologistas e os qualitativos. Então é como se os qualitativos fossem menores. Quem é altamente valorizado são as pessoas que pesquisam quantitativamente (e-INF 12).

A filiação dos pesquisadores parece estar muito mais vinculada à técnica de pesquisa que às exigências que o objeto, em diálogo com o campo científico, demanda (MINAYO, 2010). Investigação científica não se faz pelo encontro com um objeto que exige análises e explicações? Ou se executa investigação, dita ciência, pela aplicação e reprodução de métodos e técnicas já conhecidos? Todavia, percebe-se esse processo de engajamento no campo científico de modo apriorístico também diante do desenho metodológico com o qual o docente se sente mais apropriado, mais confortável e que, portanto, adota com mais frequência.

Quanto ao tipo de estudo, abre-se uma grande variedade de categorias, tornando-se complexa a compreensão do resultado. Uma forma de sintetizar a informação apresentada e analisar a relação entre os programas foi incluir todos as modalidades de análise de dados qualitativas como análise de falas e todos os estudos com desenho clássico como epidemiológico. Essa opção de fusão, sabe-se, acarreta inúmeros riscos de classificações errôneas. Para que essa chance de erro fique clara, transformando os estudos clássicos em epidemiológicos, todos os estudos de caso foram contabilizados como epidemiológicos, todavia foram localizados muitos estudos definidos como de caso e casos múltiplos de abordagem qualitativa e análise de narrativas. Todavia a manipulação dos dados, visto que também este não era o objetivo único deste trabalho, exigiu esse tipo de opção, aqui justificada em termos de seus limites e vieses. Entretanto, o banco de dados construído, por certo, ainda possibilitará muitas outras análises futuras, especificadas e aprofundadas em determinados parâmetros.

Analisando-se as variáveis dos resumos por quadriênio, obtém-se a tabela 8. Levando em consideração o tipo resumido, obteve-se que a maioria geral (54,40%) dos trabalhos é epidemiológico, prevalência que se repete também nos programas da UECE (49,44%), da UFC (64,71%) e da UNIFOR (52,74%). Apenas na AA, predominam os trabalhos de análise de fala. Especialmente pela maioria dos trabalhos serem dissertações, acredita-se que o tempo curto do mestrado aliado a falta de um financiamento regular de grupos fortalecidos, acaba por definir um padrão de investigação mais pontual, de menor custo e de possibilidade de coleta de dados e análise por um único pesquisador.

Observa-se que houve um aumento no número de vagas e defesas nos 3 últimos quadriênios para todas as IES, contribuindo essencialmente para a produção acadêmica em SC no estado. Especialmente a AA encontra seu pico de produção no quadriênio 2013-2016, o que corresponde ao período de concentração das defesas nesse programa de doutorado. Observa-se também que as defesas de teses passaram a existir apenas nos 3 últimos quadriênios, tendo pico entre 2013-2016, e, depois, decrescendo novamente. É certo também que o último quadriênio não pode ser avaliado na íntegra, visto que só se passaram efetivamente 2 dos 4 anos, mas, as análises podem ser levadas a cabo com o entendimento de que estamos com 50% do quadriênio em curso.

Por formação disciplinar, observa-se que no primeiro e segundo quadriênio há uma prevalência maior da epidemiologia. A partir do terceiro quadriênio, o número de trabalhos na área de PPG vai aumentando e praticamente se igualando ao quantitativo da

epidemiologia, todavia, no último quadriênio, trabalhos na área de PPG tendem a diminuir sua representatividade. A formação disciplinar CSH sempre teve uma menor soma em relação às outras formações. Observa-se que, entre 2013 e 2016, há um pico na quantidade de trabalhos nessa formação disciplinar, entretanto, se comparada a quantidade absoluta de defesas das outras formações, observa-se a pequena representatividade da CSH nos trabalhos defendidos nesse quadriênio.

A quantidade de trabalhos de abordagem qualitativa e os estudos de análise de fala também tem um aumento interessante no quadriênio de 2013-2016, coincidindo com a maior produção em CSH e em PPG, bem como com o aumento nas produções de teses. Porém, o quadriênio atual já aponta uma tendência a queda nesse quantitativo.

Observa-se, ainda, um crescimento no número de trabalhos, por tipo, brancos ou nulos no terceiro e no quarto quadriênio. Tratam-se de estudos teóricos, de intervenção ou mal definidos, que não foram classificados nem como análise de fala, nem como epidemiológico. A análise histórica parece apontar um processo inicial de consolidação dos programas, sucedido por esses dois quadriênios onde contamos com diferentes orientadores e modalidades de investigação, seguido ainda por um período, em curso, de padronização das produções e maior facilidade de sistematização por tipo de estudo. Não há, contudo, uma estabilidade no perfil dessas produções.

Por isso, além de analisar a produção geral de cada IES, é relevante analisar a sucessão histórica dessa produção, tanto por formação disciplinar (gráfico 1), quanto por abordagem (gráfico 2), e por tipo de estudo (gráfico 3).

Para a formação disciplinar de CHS, observa-se importante participação da Unifor e da AA. Houve aumento da produção em CHS da UFC entre 2013-2016, mas o atual quadriênio já revela uma queda na representatividade dessa produção. Quanto a produção na área de PPG, observa-se que a UECE aumentou sua produção nos primeiros dois quadriênios, depois manteve estabilizada sua contribuição nessa área. A Unifor demonstrou um aumento progressivo em PPG, visto que as pesquisas sobre tecnologias educativas foram incluídas nessa formação disciplinar, todavia houve uma queda no último quadriênio. Enfrentamos, de fato, uma crise na produção em PPG no estado?

Encontramos ainda que, na formação disciplinar de Epidemiologia, sempre há uma prevalência da contribuição da UFC, entendendo-se que a UFC também fez parte da AA, constituindo maioria do corpo docente. Porém, tanto na UECE, quanto na Unifor, observa-se um aumento da produção em epidemiologia a partir de 2009. No quadriênio

de 2013-2016, a produção em epidemiologia da Unifor foi maior que a da UFC. Esse movimento revela uma modificação do perfil de produção da IES particular, apesar de o programa de Unifor ter foco, segundo seus documentos fundantes, na promoção da saúde.

Quanto ao tipo de abordagem e de estudo (Gráfico 2), observa-se que a UECE vivenciou o mesmo movimento de estabilização da produção, havendo um aumento apenas na abordagem quanti-quali no último quadriênio. Já na UFC, a produção qualitativa e os estudos de análise de fala aumentaram no terceiro e quarto quadriênio, mas tem passado por uma redução no quarto quadriênio. A produção quantitativa e epidemiológica parece estar estável. Na Unifor, observa-se um aumento importante na produção quantitativa nos últimos 3 quadriênios, uma redução da qualitativa e da quali-quantitativa nos últimos dois quadriênios. Há também um aumento dos estudos do tipo epidemiológico importante na Unifor desde o primeiro quadriênio (quando praticamente inexistiam estudos epidemiológicos na IES) até o quadriênio atual (onde prevalece esse tipo de estudo). Ou seja, reforça-se um processo de fortalecimento da pesquisa epidemiológica e de abordagem quantitativa nessa IES (Gráfico 3). Entende-se que essa mudança tem relação direta com os ajustes institucionais e pedagógicos dentro dessa instituição com o objetivo de posicionamento mais dominante dentro do campo segundo as perspectivas de avaliação da CAPES e do CNPq.

Esse processo de crescimento da produção epidemiológica em detrimento proporcional das outras formações no PPG da Unifor é recente, sendo observado na análise dos resumos, mas também impressa na entrevista com e-INF 10: *“na Unifor, que é o mais recente e talvez o mais focalizado na área de pedagogia, ciências humanas. Ele não era tão forte no início, hoje ele é um pouquinho mais em epidemiologia”*. Os dados revelam que essa transição se encontra em curso, como a percepção de e-INF 10.

Reflete-se que esse movimento tem relação direta com o esforço institucional que a Unifor tem demonstrado para melhorar sua avaliação junto à CAPES e obter mais capital simbólico dentro do campo no que diz respeito a domínio dos meios de produção e conceituação acadêmica.

Os processos avaliativos eles induziram a isso, a buscar pesquisadores clínicos, às vezes com alta produção e que trabalham com questões propriamente de saúde pública e que começam a ver vários vieses, pra não dizer desvios e que vai diretamente na construção do campo, porque tem teses que você olha... [expressão de reprovação]. Isso não é exclusividade, privilégio do nosso programa, mas de todo canto né? Você entra em pesquisadores que são da área das ciências humanas, são ícones das ciências humanas e vai lá o caro está elencado em um ensaio clínico randomizado, mas como tem as questões de disputas por bolsa, por status, essa pontuação, essa bibliometria fria, então vão

acontecendo as perversões do sistema e com impacto que você tem toda razão, no campo. A questão passa a ter um pragmatismo absurdo (e-INF 10).

A avaliação com foco na produção científica em SC acaba por favorecer a formação disciplinar em epidemiologia. E, aquilo que nas seções iniciais desse trabalho foram apresentados com base na literatura, aqui se confirmam por falas dos entrevistados e conferencistas: *“Não me contraponho à avaliação. Acho a avaliação um componente fundamental da ciência. É uma questão de controle social. [...] A questão que queria tocar é: para que e como a gente avalia? E quais os efeitos disso no campo?”* (c-INF 10).

A lógica de avaliação tem levado a uma certa descaracterização dos programas cearenses, em relação ao contexto ampliado (especialmente a UFC, que foca na Epidemiologia com pouca diversificação) ou de ênfase (como no caso da Unifor, que tem transferido seu foco da promoção da saúde para a Epidemiologia) dentro da SC.

Outro impacto dessa lógica de produção e avaliação é a constituição de linhas de pesquisa extremamente específicas. Isso ficou evidenciado na leitura dos resumos diante da identificação de certa dificuldade que alguns autores apresentam em situar seus trabalhos dentro do campo da SC.

Antes de iniciar a leitura dos resumos, um dos desafios que julgava que encontraria era a dificuldade em categorizar os trabalhos visto que eles estavam na intercessão entre as formações disciplinares. Alguns, de fato, conseguem esse mérito da interdisciplinaridade dentro do campo. Outras tantas investigações são tão específicas, que, durante a análise dos dados, chegamos a nos questionar: *“esse trabalho é mesmo de um programa de saúde coletiva?”*. A SC é um campo amplo e diverso, porém acredita-se que um estudante, em nível de PG, deve ser capaz de situar e justificar seu objeto de estudo dentro do campo, articulando, inclusive as formações disciplinares. Parece que a escolha desses objetos mais específicos, e tantas vezes mais próximos das áreas clínicas, estão relacionados ao seu potencial de garantir capital científico, produção e boas avaliações no campo.

A formação parece não dar conta de formar profissionais com domínio amplo do campo.

A gente precisa é solidez de formação. Então outro problema, que a gente leve a frente essa questão da saúde coletiva inteira é realmente recuperar alguns conteúdos que ficaram perdidos ao longo do tempo, por exemplo a disciplina políticas públicas em saúde, a disciplina de

teoria social que a gente estudava e que ficava um tempo ali discutindo as correntes de pensamento, chamava a questão da história das políticas públicas, ler Rosen: uma história da saúde pública, ler Foucault. Isso aí, todo mundo que entrava na especialização e no mestrado, que passava na OMS, tinha isso, talvez ainda tenha lá porque eles tem muitos professores formados em ciências humanas e sociais, mas a gente vai precisar dar conta disso e a forma de dar conta disso é ousar também, não depender só de concursos. [...] Convidar um colega que faça psicologia na saúde pública, alguém que faça teoria social na sociologia e levar e articular isso aí, de modo que possam fazer parte dos nossos laboratórios e que levem, e que preencham essas lacunas de formação. Porque se a gente esperar pra que tenha um corpo docente robusto como nos grandes centros, aí vai ser muito difícil (e-INF 10).

Quando a gente chama pra fazer uma conferência: ‘ah eu não sei isso’! Não pode!! Você tem o título de doutor em saúde coletiva, você pode ter os marcos conceituais da filosofia, da sociologia para que você possa fazer uma análise de conjuntura, uma análise mais aprofundada da realidade (e-INF 8).

Ou seja, existem lacunas na formação e na capacidade de produção de conhecimentos à luz do entendimento da Saúde Coletiva enquanto um campo multidisciplinar, integrado e vivo (BARROS, 2019; OSMO; SCHRAIBER, 2015; SCHRAIBER, 2008). Também percebe-se certa perda na formação de pós-graduados em SC/SP como agentes militantes dentro de um campo que também é movimento (BOSI, 2012):

Então você tem hoje um potencial imenso, mas pouco utilizado. Por outro lado, a gente não está conseguindo ter uma liderança no processo de criação de um programa de saúde. As pessoas estão isoladas. Cada pós-graduação está lá com seus professores e estudantes. Fazem estudos, mas você não vê uma mobilização no sentido de direcionar um esforço pra melhorar as condições de saúde. Muitos estudos, muitas pesquisas, muitas publicações, mas aquilo que a gente conseguiu fazer em 85, 86, que é juntar esses profissionais, esses conhecimentos pra um trabalho que desse resultado, um trabalho coeso, que possa dar sentido na transformação, isso não tem isso hoje. Isso realmente é um desafio. Como aproveitar todo esse potencial? Você, todo o grupo de pessoas que está se formando e que já se formaram, como reunir essas pessoas e apresentar uma proposta de projeto de saúde. [...] Então você tem um potencial muito grande, muita gente formada. [Mas] esses cursos de pós-graduação não estão conseguindo reunir as pessoas, encontrar um caminho. Tão bom trabalhar nessa maneira. Temos agora a eleição de governador e presidente. Qual é a proposta de saúde? Não consegue. Um pensa de um jeito, um pensa de outro, um pensa de outro. A gente não consegue juntar as pessoas. Esse me parece hoje o grande desafio (e-INF 36).

Também foi realizada uma análise da repetição dos assuntos por IES. Essa análise dos assuntos, traz à tona um panorama de linhas de pesquisa mais características

de cada IES. Ou seja, verifica-se a fortaleza de cada IES na constituição de uma área do conhecimento, delimitada aqui por assunto.

Encontramos que os temas relacionados à saúde mental (incluindo abuso de substâncias), saúde do trabalhador e alimentação, nutrição e atividade física são mais comuns na UECE. Saúde ambiental é uma temática mais prevalente na UFC, tendo também certa relevância a produção em saúde do trabalhador. Arboviroses tem uma significativa presença tanto na UFC como na UECE. Doenças negligenciadas, doenças infecciosas e HIV/AIDS são mais frequentes na UFC. Estudos sobre práticas de gestão e formação profissional encontram locus de produção nas três IES, sendo as dimensões de gestão mais frequentes na UECE e UFC. As práticas de cuidado, a promoção da saúde e a qualidade de vida são temáticas mais recorrentes na Unifor. A participação e o controle social são temas mais comuns na UECE. Violência tem linha de pesquisa na UFC e na Unifor, sendo mais frequentes produções desses assuntos nas duas IES. Materno infantil é um tema de alta frequência nas 3 IES.

Entretanto, a análise dos resumos revela uma segmentação de assuntos. Mesmo quando há um assunto forte em mais de uma IES, fica nítida a mudança de enfoque. Por exemplo, arboviroses são trabalhadas tanto na UECE como na UFC. Nesta em uma perspectiva mais ecológica e epidemiológica. Naquela de um modo mais focada na antropologia e na educação em saúde.

Além disso, o fato de conhecermos um pouco da história de cada programa e o processo de constituição, vai sendo possível fazer as devidas relações entre a história vivida e o conhecimento que é construído. Na Unifor, cujo mestrado iniciou com um enfoque de Educação em Saúde e Promoção da Saúde, esses temas, apesar da mudança de perfil já identificada, ainda são bastante relevantes. Na UFC e UECE, os eixos temáticos de produção tem muita relação com o perfil dos docentes que foram encarregados de iniciar o programa. Na UFC, essas aproximações ficam ainda mais claras uma vez que resgatamos toda a história dos antecedentes do DSC e do PPGSP-UFC. O IMEP era formado por professores da parasitologia e de doenças infecciosas. Depois, na constituição do DSC, os docentes de ginecologia, obstetrícia e pediatria uniram-se aos de doenças infecciosas para integrar um departamento, onde depois surgiria um mestrado com número insuficiente de professores e que precisou “pedir emprestadas” vagas nos departamentos parceiros. Esses eixos que foram fundidos na constituição do antigo DSC são exatamente os ainda mais recorrentes na produção dessa IES: doenças infecciosas, doenças negligenciadas, e saúde materno-infantil. É claro que isso tem a ver também com

as características institucionais, tais como a existência de uma maternidade de referência vinculada à IES.

Ou seja, salientamos, aqui, que, para a compreensão da produção acadêmica e da inserção dos programas de PG no campo, é necessário o reconhecimento da instituição para além do conteúdo produzido, mas conhecer sua história, sua estrutura e outras características que possam influenciar. Por isso, para além da produção acadêmica, os relatórios da coleta CAPES por instituição e as entrevistas possibilitaram uma caracterização em linhas gerais dos 3 programas autônomos, conforme quadro 2.

Quando do início da SC como um campo científico, juntamente com os movimentos militantes que deram origem à Reforma Sanitária, os cursos, núcleos e departamentos de estudo e formação foram sendo formados com as mais diversas nomenclaturas: Medicina Preventiva, Medicina Social, Medicina Comunitária, Saúde Coletiva, Saúde Pública, etc. (NUNES, 2009). Observa-se, assim, a existência de *“um sem número de rótulos, que não são aleatórios, mas na verdade são resíduos históricos de projetos políticos institucionais que precederam a emergência da Saúde Coletiva como proposta em 1979”* (c-INF 10).

Esse neologismo [SC] existe apenas no Brasil, digamos que é uma criação, uma invenção brasileira, você não vai encontrar nem nos DeCS. O mundo inteiro chama Saúde Pública. Ainda que a gente faça experiências semelhantes do ponto de vista da produção de conhecimento em alguns grupos e em alguns países que seguem afiliados ao pensamento crítico da América Latina (c-INF 10).

Ou seja, o uso do termo SC surge como algo mais condizente e politicamente alinhado com a realidade brasileira. Alguns programas brasileiros tradicionais permaneceram com a nomenclatura original, outros passaram a adotar a nomenclatura SC. No caso cearense, ressalta-se o fato de o programa da UECE ter atualizado a nomenclatura para Saúde Coletiva e o programa da Unifor já ter sido criado (quando da extinção do programa de Educação em Saúde) com o nome Saúde Coletiva, enquanto que o programa da UFC permanece até hoje com nomenclatura de Saúde Pública e o premente desafio, exposto no relatório (UFC, 2019c), de ampliar sua formação e investigação científica para além da Epidemiologia, fortalecendo também as outras dimensões do campo.

O termo Saúde Pública é apontado por muitos autores como ligado à noção da oferta de serviços básicos e gratuitos para a população mais pobre, garantindo o saneamento das cidades quando do início do início das intervenções assistenciais do

Estado baseados na epidemiologia (NUNES, 2009). Segundo c-INF 10, concordando com Everardo Nunes,

foram as CHS, conversando com a epidemiologia e o planejamento (que era àquela época de 1970 fundado em uma vertente funcionalista) [...] então, nessa reconfiguração dos objetos [...] faz uma ruptura com a Saúde Pública tradicional e cria uma nova ordem discursiva, que é a Saúde Coletiva.

Alguns docentes do PPGSP-UFC, todavia, parecem discordar desse entendimento e confessam que há um quê de intencionalidade na manutenção do nome do programa como Saúde Pública: *“na criação do mestrado, diferente da herança do nome do DSC, no termo Saúde Pública houve um dedo da minha escolha”* (c-INF 4). E complementa:

tenho certa resistência – passiva – na aceitação plena da ruptura entre Saúde Pública e Saúde Coletiva. Meu esforço na busca dos clássicos e dos antigos na epistemologia da Filosofia me dá uma importância simbólica e subjetiva muito grande à questão da República, da coisa pública. [...] considero que isso [essa ruptura] foi muito mais um movimento político, de criação de um dispositivo que dá eleição a uma determinada perspectiva sociológica que consolidou até a hegemonia social desse campo [...] eu considero como uma decisão política de um grupo da Saúde Coletiva. [...] como uma narrativa interna da Saúde Coletiva, nossa mitologia formativa, mas na realidade eu acho que a Saúde Pública, com essa origem na coisa pública romana, já incorporava as CSH, mas incorporava com todos os vieses do funcionalismo e do positivismo. Foi um movimento simbólico de demarcação e que é irreversível (c-INF 4).

É certo que c-INF 10, em sua conferência, justifica que defende uma superação na concepção dialética, onde não se pode negar, nem *“jogar pela janela tudo o que a Saúde Pública nas suas intervenções no indivíduo biológico ela pode fazer e é importante [...] mas há no plano epistemológico uma ruptura, nessa dimensão mais abstrata de produção do conhecimento”*.

É pertinente apresentar que as entrevistas e a leitura dos relatórios trouxeram a percepção de que o programa da UFC reconhece essa necessidade de atualização da terminologia para 2020 junto ao reconhecimento da necessidade de fortalecimento das outras formações disciplinares da SC dentro do PPGSP-UFC. Esse movimento de mudança de nomenclatura, já vivenciado pela UECE, é brevemente analisado por alguns docentes entrevistados:

E a saúde coletiva avança nessas dimensões, porque ela inclui a promoção de saúde, a prevenção que a antiga saúde pública já tinha, o planejamento, a política que a antiga saúde pública não tinha, só tinha o planejamento como se o planejamento fosse uma ação técnica que

substituiu a política, a epidemiologia mas uma nova epidemiologia crítica, o próprio planejamento é modificado com as escolas de planejamento do Chile, da Venezuela e do Brasil (e-INF 22).

Quando se apresenta o programa para ter doutorado próprio, a Capes engendrou para que o programa deixasse de ser ação pública e ser ação coletiva. A palavra 'pública' é muito forte pra gente, nós sanitaristas, médicos da saúde pública e tal, mas na reforma sanitária e nas conferências nacionais de saúde, a criação do SUS, quando também se institui a ABRASCO. E a saúde coletiva se torna mais abrangente pra pegar os componentes sociais e determinantes sociais das doenças, aí os programas saíram mais daquela linha tradicional e se tornaram mais alargados em termos de abertura de categorias profissionais, a incorporação das Ciências Sociais de maneira mais forte (e-INF 15).

De fato, a adoção de uma ou outra nomenclatura muitas vezes teve a ver com a área de concentração prevaiente e/ou com a influência internacional que mais modelou aquele espaço. Todavia, ao longo dos anos, a CAPES tendenciou a orientar a unificação da área de avaliação dos programas para Saúde Coletiva, mesmo que as nomenclaturas adotadas continuem podendo ser variadas. Esse movimento pode ser percebido no gráfico 4.

Quanto à amplitude desses programas, observa-se que, no Brasil, tem acontecido um movimento de aumento na quantidade de matriculados e titulados no mestrado e doutorado com área de avaliação em SC, conforme o gráfico 5. O Ceará tem acompanhado esse movimento de crescimento no número de matriculados e titulados nas PG em SC/SP (Gráfico 6).

Observando a tendência de crescimento no Ceará, observamos alguns pontos de aumento do total de titulados e matriculados: 2001 e 2002; 2008; 2013 e 2016. Em 2001/2002 houve o início do programa da Unifor, o que pode ter implicado esse ponto de ascensão numérica. Em 2008, associa-se esse aumento ao início do doutorado em AA e um maior incentivo em pesquisa no país, em 2013 ao início do mestrado profissional em Saúde da Família na UFC; e, em 2016, ao início dos doutorados próprios e do curso de mestrado profissional em gestão em saúde na UECE. Entretanto, seria necessário um estudo mais aprofundado para fazer uma correlação verídica entre esses fatos aqui iluminados como possíveis associações.

Quanto à quantidade de vagas ofertadas, observa-se que a UFC é o programa com maior número de vagas tanto para mestrado quanto para doutorado. Apesar disso, muitas dessas vagas não são preenchidas durante o processo seletivo, permanecendo ociosas. No PPGSP-UFC não há a possibilidade de migração entre as linhas de pesquisa,

o que possivelmente justifica essa especificidade das vagas ofertadas e seu consequente não preenchimento. Em paralelo a isso, observa-se que o relatório da UFC foi o único que citou a necessidade de formar estudantes com autonomia intelectual, bem como isso apresentou-se na fala do coordenador do programa. Seria essa meta do programa um determinante para essa peculiaridade do processo seletivo?

Encontrando uma relação direta com essa situação, observamos na tabela 10, uma tendência de diminuição nas defesas da UFC a partir de 2013. Essa redução não tem a ver, necessariamente, com a diminuição do número de vagas, mas com o não preenchimento delas. O coordenador do PPGSP-UFC relatou uma preocupação com a qualificação do processo seletivo de seus ingressos e uma valorização maior da qualidade de alunos que da quantidade, o que parece explicar esse fenômeno:

E a gente está pensando em reduzir o número de alunos e melhorar a qualidade desses alunos, porque não adianta eu ter 15 orientandos, 10 orientandos e no final eu não conduzir e não conseguir produzir nada com esses alunos. Produzir, para deixa bem claro, não é só artigo, produzir um livro, um boletim epidemiológico, um trabalho técnico, um vídeo, uma cartilha, qualquer coisa que saia desse mestrado de produção desse aluno, que dê retorno a sociedade (e-INF 34).

Paripasso ao maior número de vagas, encontra-se o maior número de professores na UFC, embora seja este também o programa com maior número absoluto de professores visitantes e colaboradores. Observa-se, no programa da UFC, a manutenção de um quadro docente formado por professores aposentados, visitantes e/ou com outros engajamentos políticos, legislativos e profissionais. Há um maior número de professores, mas não necessariamente há uma maior carga horária docente dedicada ao programa. Essa revisão do corpo docente, pois, é uma preocupação dos 3 programas, já tendo sido iniciada em todos, conforme as falas dos próprios coordenadores, visto que esse aspecto implica na produtividade e na avaliação.

Dos 19 anos de existência dos programas registrados pelo GEOCAPES, a UECE não tinha programa em SC durante os 3 primeiros anos do primeiro quadriênio. Depois, passou a ter um curso apenas por 7 anos, durante o segundo e quase que completo o terceiro quadriênio. Aumentou para dois cursos durante 8 anos, de 2008 até 2015, devido ao início do doutorado em AA. Como o doutorado próprio consta na mesma referência do programa que antes era apenas mestrado, não interfere no aumento de programas por IES. Em 2016, esteve ainda com um curso a mais, o curso de mestrado profissionalizante em Gestão em Saúde, totalizando 3.

A UFC permanece com apenas um programa durante 15 anos, de 1998 a 2012. Em 2013, inicia-se o curso de mestrado profissional em Saúde da Família na IES, modificando o total de programas para 2 no último quadriênio. Quanto à UNIFOR, não foram registrados programas de 1998 até 2001. De 2002 por diante, a IES responde por um programa apenas ao longo de 15 anos, até 2016.

Partindo-se da contagem do total de matriculados e titulados, observamos que durante os 8 primeiros anos do período analisado havia menos que 100 matriculados, depois disso, a quantidade passou a mais de 100 nos últimos 11 anos incluídos. Conquanto, o número de titulados não foi diretamente correspondente ao número de matriculados. Só passamos a contar com mais de 100 titulados por ano nos últimos 2 anos. Acredita-se que em parte isso tem relação com o tempo de duração do doutorado, o que provoca que 4 ou 5 turmas estejam matriculadas concomitantemente; com a transição do AA para os doutorados próprios em termos do número de vagas, afinal acumularam-se programas; e porque há também muitos discentes que demoram além do tempo de titulação mínimo previsto pela CAPES, permanecendo mais tempo como matriculado. Um mesmo discente matriculado tem seu registro repetido por uma média de 2 anos no mestrado e 4 anos no doutorado. Sua titulação, outrossim, só é contabilizada em um ano.

Separando-se essa análise entre mestrado e doutorado, obtem-se que havia até 70 alunos de mestrado matriculados nos 6 anos iniciais do período, enquanto nos 13 anos consecutivos, aumentaram para 71 ou mais o total de alunos. A quantidade de titulados só passou a corresponder a 71 ou mais nos últimos 6 anos. O mesmo aconteceu para o doutorado, número de matrículas não passava de 20 por 11 anos, dado ser o período sem doutorado e de início remoto do AA. Registrar mais de 20 discentes de doutorado é fato pertencente apenas aos dois últimos quadriênios. Quanto ao número de titulados só passamos a registrar mais de 20 titulados no último quadriênio. Apesar de haver um período *gap* de ajuste entre matriculados e titulados, observa-se que para o doutorado esse intervalo está mais condizente com período de duração do curso que em relação ao mestrado.

Se analisarmos a quantidade média de matriculados e titulados conforme os dados do GEOCAPES, obteremos a tabela 11.

Nos anos estudados, foram matriculados em média 127,21 estudantes $\pm 70,11$ – min:29; max: 233. Destes foram titulados em média apenas 59,95 $\pm 31,52$ – min:11;

max: 110. No doutorado, houve uma média de 33,53 matriculados $\pm 41,92$ – min:0; max:111; enquanto que se titulou uma média de 5,79 $\pm 9,82$ – min:0; max: 30. Para o Mestrado, estiveram matriculados uma média de 93,68 $\pm 33,81$ – min:29; max:134. No entanto, titularam-se em média 54,16 mestres $\pm 24,96$ – min: 11; max: 87.

Ou seja, observa-se que a média de matriculados é diferente da média de titulados visto que existe o *gap* entre matrícula e titulação, especialmente o é em relação ao doutorado, pois, dentre os 19 anos dos quais dispomos de dados, o doutorado esteve presente apenas em 8 anos. De todo modo, há uma defasagem entre o número de matriculados e o de titulados.

Os orientadores dos programas de pós-graduação em SP/SC do Ceará em 25 anos

Quantidade de orientadores e sua distribuição

A busca de teses e dissertações aqui empreendida nos levou a uma quantidade total de 125 orientadores. Levando-se em consideração que são 1375 trabalhos, teríamos uma média de 11,08 orientações por professor-orientador. Essa é uma quantidade razoável, mas não condizente com a realidade. Visto que, de acordo com a tabela 12, temos orientadores com mais de quatro vezes essa média e 37 orientadores com 2 ou menos orientações.

Percebe-se uma certa instabilidade do corpo docente. Muitos docentes parecem ter “estado de passagem”, não conseguindo constituir uma linha de pesquisa e um campo de investigação. Cerca de 30% do corpo de orientadores juntos orientou apenas 3,57% dos trabalhos. É certo que existem professores que constam nessas estatísticas porque são recém-chegados aos programas, mas diante desse quantitativo e do quadro docente das IES, conclui-se que eles são minoria nesse montante.

Quando contabilizamos a porcentagem de orientadores por IES, encontramos os gráficos 8, 9 e 10.

Os gráficos nos possibilitam compreender que, no montante geral de orientadores, 45% são vinculados à UFC, 39% à UECE, e 13% à Unifor. Quando se caracterizou a distribuição dos orientadores com duas ou menos orientações por IES, obteve-se o gráfico 9, onde: 37% são da UFC, 34% da Unifor e 29% da UECE. Ou seja, a UFC tanto apresenta o maior número geral de orientadores, como tem o maior número de orientadores com poucas orientações.

A Unifor, por sua vez, tem um menor número total de orientadores, apesar da produção em ascensão, como já discutido aqui. Todavia, a Unifor também tem elevado número de professores com poucas orientações, o que parece estar associado à entrada de novos docentes, que não são os professores mais tradicionais do programa e que, inclusive, tem contribuído para a mudança no perfil disciplinar do PPG. Já a UECE tem um número intermediário de orientadores no geral e um menor número de professores com 2 ou menos orientações.

Essa pequena permanência dos professores é uma realidade que remonta desde o início dos programas. Quando da criação dos dois primeiros mestrados, em 1994, eram poucos os mestres fixados no Ceará. Especialmente, não havia mestres na área da SC. O movimento de viabilidade para constituição das PG foi a parceria com professores de outros departamentos e áreas. Na UFC, por exemplo, professores da farmácia, da ginecologia, da obstetrícia, da parasitologia e da pediatria (reunidos no mesmo departamento de Saúde Comunitária) passaram a orientar em SC. Por outro lado, como não havia um campo forte e bem consolidado, os programas parecem ter atraídos orientadores mais velhos, com menos perfil acadêmico ou muito vinculados aos serviços, que acabaram não se adequando às exigências ou precisando, por motivos pessoais, se afastar. Ao mesmo tempo, o fato de os programas do Ceará serem pioneiros parece ter atraídos professores de outros estados que depois retornaram a suas cidades de origem. Como o foco deste trabalho não foi analisar esse fluxo de professores orientadores, não se fez uma análise da trajetória profissional de cada um deles, o que apresentamos aqui são apenas percepções e sugestões a partir da informação analisada.

Reforçando essas percepções, tal instabilidade é expressada na colocação do corpo docente do PPGSP-UFC e também de professores que participaram do processo de constituição do programa. Esse processo parece estar mais vinculado, especialmente na UFC, à formação disciplinar de políticas públicas de saúde e ciências sociais e humanas, que eles denominam de área 2.

Nosso programa é o primeiro programa nota 5 no estado do Ceará, é um dos poucos programas nota 5 da região Nordeste, nota 5 é o máximo de nota que você tem de programas de excelência nacional. [...] Eu acho que foi uma coisa espetacular a gente ter chegado a isso, com muito esforço, contando nos dedos os professores... E eu que estava acostumada com a abundância da Fiocruz do Rio, dos professores da UFRJ, um corpo docente que é muito grande, da rede institucional que você pode pedir apoio, fazer cooperação ali do lado, você vai muda de

um bairro pro outro, você tem a UERJ, você tem a Fiocruz, você tem a UFRJ. Aqui sempre foram poucas pessoas... (e-INF 10).

E o que é que eu vejo de uns seis, sete anos para cá mais ou menos? Um enfraquecimento novamente dessa área 2, dessa área de políticas e de gestão, principalmente pela aposentadoria de alguns professores e com a saída de outros para fazer pós-doutorado [...] Hoje a gente tem um, dois, três [contando]... acho que são sete professores dessa linha 2 aqui na pós. Desses sete, um é vinculado à Fiocruz, um é professor visitante, outra está na pós-doutorado, o outro vai para um pós-doutorado, outro é bolsista pós doc, tem mais um aposentado, então a gente acaba tendo uma fragilidade muito grande nisso (e-INF 34).

Então isso aí foi facilitando, mas até hoje ele é um campo difícil com a saída do Ricardo ele não tem nenhum docente. Vai ter zero docentes. Você vê a dificuldade dele constituir-se como uma área. É uma área da saúde coletiva importantíssima. Tinha o Odorico também, mas o Odorico depois foi pra vida política e ficou muito difícil. A Ivana também tentou vir, mas ficou na Escola de Saúde Pública (e-INF 18).

A gente sai do viés da epidemiologia. Então a gente deixa de ser, sobretudo de 2005 até 2010, 11 a gente começa a ter um investimento pesado na nossa área 2. Então nós tínhamos basicamente epidemiologia, gestão e avaliação então a gente começa a ter cheiro e começa a ter uma identidade também por exemplo das ciências sociais. Então a vinda da Malu foi importante, o retorno da Raquel Rigotto foi importante. Pessoas chaves como Fernando Pires, Angela Linhares em algum momento. [...] O quê que tem acontecido, sobretudo, nos últimos 5 anos? Um movimento inverso: a epidemiologia continua sempre muito forte e muito restritiva porque os parâmetros que são estabelecidos pela nossa área, as métricas, pra epidemiologia elas estão mais que ultrapassadas. É obvio, eu não posso utilizar a mesma régua pra elementos tão distintos, mas olhando a epidemiologia, ela já é restritiva por natureza. Não só porque tem a maior parte dos professores, mas professores com alta produção, então ela é restritiva. Então, ela nunca se fragilizou, ela sempre tem um contingente de pessoas que pode estar compondo. O nosso grande nó, o nosso grande desafio era a [área] 2, de formar pessoas, de ter docentes nessas áreas e essas pessoas entrarem. E foi uma área que nós tivemos muitas perdas. Então eu temo porque a Márcia Machado já está na beira de se aposentar. Então você imagina, Marcia Machado, líder, Raquel Rigotto, líder, Ricardo Pontes, líder. Por isso que esse concurso agora do Ricardo Pontes vai ser um concurso muito importante. Eu acho que ele está entendendo a relevância (e-INF 39).

Mas são poucas pessoas e que conseguiram fazer em tão pouco tempo né. Se a gente imaginar temporalmente, quer dizer, a gente está completando 25 anos. Então em 25 anos você praticamente saiu de uma clandestinidade para uma identidade forte, uma liderança não apenas loco-regional, mas nacional e internacional né. Então como manter isso? (e-INF 39)

Trata-se de um corpo docente instável e reduzido, bastante dividido entre atividades administrativas dentro do programa e também em cessões para atividades

profissionais nos serviços de saúde. Por isso, o programa da UFC não contou com um corpo docente estruturante robusto. A área 2 parece enfrentar esse desafio de forma ainda mais intensa, uma vez que, além da instabilidade de corpo docente, tem menos unidade na produção e menos valorização/adequação da produtividade às métricas da Capes.

Uma perspectiva de análise da distribuição dos orientadores por IES que nos chamou atenção foi o ranking dos 20 professores com mais orientações (tabela 13). Observa-se que os 5 mais produtivos estão na UECE, aparecendo ainda mais 2 professores dessa IES dentre os 20, somando um total de 7. Da UFC, registramos 2 entre os 10 primeiros, que são professores que orientam desde a fundação do programa, e 2 nas posições 19^a e 20^a. Além disso, esses 20 professores mais produtivos, em termos de orientações, concentram 53,38% das produções de trabalhos de conclusão de curso.

Um outro fato bastante interessante que esse ranking nos apresenta é a existência de 9 professores da Unifor dentre os 20. Esse dado é relevante pela maioria absoluta, mas também pela grande quantidade relativa de orientações, caso levemos em consideração o tempo de existência do PPG da Unifor, que é menor que os outros 2. Acreditamos que isso se deve à maior regularidade na oferta de vagas e cumprimento dos prazos que o programa vivencia, diante do fato de estar vinculado a uma IES privada.

Ressalta-se também a exponencial quantidade de orientações realizadas por professora Maria Salete Bessa Jorge, da UECE, que encabeça a lista com 81 orientações, quando o segundo colocado, mesmo sendo da mesma instituição, registra 52 orientações.

Ainda na busca de analisar o perfil do corpo docente das PG em SC no Ceará e entendendo que muitos não tem uma contribuição relevante para a estruturação dos programas, optou-se por analisar mais detalhadamente o perfil e vinculação dos professores que estiveram ligados no doutorado em AA, visto que exigia mais produtividade, mais engajamento e, por certo, mais permanência na instituição para que fosse viável uma orientação com tempo esperado de 4 anos. A tabela 14 sintetiza essa caracterização.

Os orientadores da UFC foram responsáveis por 44,17% das orientações do doutorado em AA, enquanto a UECE corresponde a 39,17% e a UNIFOR a 16,67%. Dos 25 professores orientadores da AA, 13 eram do corpo docente da UFC, 8 da UECE e 4 da UNIFOR. Observa-se uma maior participação da UFC, como o relatório da própria instituição já anunciava:

destaque-se que, no período de 2008 a 2012, 50,4% (64) dos alunos do Doutorado em Associação estavam vinculados a orientadores da UFC, todos também componentes do Mestrado em Saúde Pública da UFC; 37,8% (48) a orientadores da UECE e 11,8% (15) a orientadores da UNIFOR, evidenciando a capacidade institucional da UFC e o desempenho de seu corpo docente como instituição âncora da Associação (UFC, 2019c).

Analisando a participação do grupo de orientadores de cada IES na produção total de sua IES de origem, observamos que os 13 professores da UFC incluídos na AA orientaram 48,04% dos discentes do programa próprio da UFC, tendo ainda um professor que orientou 6 dissertações na Unifor. Os 8 professores da UECE que estavam na AA orientaram 61,80% dos trabalhos do programa próprio da UECE, contando ainda com a participação de um professor na orientação de 12 dissertações na UFC. Por fim, o grupo de 4 professoras da Unifor incluídas na AA corresponde também a 26,62% de todas as orientações do programa próprio da Unifor, incluindo uma professora que também teve participação da UFC, com 3 orientações. Ou seja, esse grupo de docentes que participou da AA é responsável por grande parte da produção acadêmica das IES, o que nos fez considera-los grupo estruturante da PG em SC/SP no Ceará e procedemos a análise bibliométrica de sua produção, conforme tabela 15.

A partir da tabela 15, observa-se que há uma discrepância muito grande entre os índices de publicação e citação registrados por esses orientadores do *Web of Science*. Na UFC, encontram-se quatro orientadores com menos de 4 publicações e índice H bem baixo. Todavia, existem outros com mais de 150 publicações e índice H de 35. Na UECE, encontramos um pesquisador com índice H de 30 e outro com 11, enquanto os outros ficam todos com índice abaixo de 10. Na Unifor, percebe-se que as pesquisadoras tem grande quantidade de publicações, tomando como base a média da amostra, todavia alcançam baixo número de citações e baixo índice H. Seria esse índice H então uma justa medida de comparação entre docentes, IES e programas?

Para uma breve análise, observamos que os pesquisadores com melhores índices nas 3 IES tem origem internacional e publicam em parceria frequente com outros países. Bem como, os pesquisadores com maiores índices estão aposentados (em regime especial de trabalho) ou em vias de se aposentar. Está esse índice H, então, a favor da lógica produtivista e arrisca levar a segundo plano o sentido e a qualidade das produções?

Morin diz que por conta desse jogo '*impact fator game*' que a gente joga o tempo todo, está se perdendo a capacidade de pensar e aí, quanto mais os problemas se tornam multidimensionais, maior nossa

incapacidade de pensar essa multidimensionalidade, quanto mais a crise progride, mais progride a incapacidade de pensar a crise (c-INF 10).

Essa análise também reforça a preocupação com o cenário de muitas aposentadorias, bem como explica porque as IES tem buscado a internacionalização, a contratação de professores visitantes e a reconfiguração do corpo docente na perspectiva das métricas de produção da CAPES (CAPES, 2017; CAPES, 2019b).

O produtivismo e o papel desses orientadores

Apesar de a Saúde Coletiva ter se diferenciado enquanto saber e prática própria, face a inclusão de agentes em um projeto de mudanças (democracia, Reforma Sanitária Brasileira, princípios do Sistema Único de Saúde, conceito ampliado de saúde, etc.), boa parte de seu desenvolvimento enquanto ciência se ordena pelo regime de produtividade que norteia as avaliações acadêmicas no Brasil (BOSI, 2012), particularmente pelas regras e normas cunhadas pela CAPES, que atua na expansão e consolidação da pós-graduação stricto sensu (BOSI, 2012).

Além da perspectiva de número de orientações, o que a leitura dos relatórios e a conversa com os coordenadores ressaltam é a necessidade de adequar-se às exigências da avaliação Capes para que seja maior o número de publicações em periódicos científicos estratificados com maiores Qualis CAPES, quais sejam: A1, A2 e B1. Bem como, há valorização, pela avaliação Capes, do firmamento de parcerias interinstitucionais, tanto nacionais quanto internacionais. Isso desencadeia na gestão acadêmica dos programas uma preocupação com esses parâmetros, que acabam desembocando num delineamento da atuação dos professores-orientadores.

Essas métricas de avaliação e de produtividade são importantes nuances para compreensão do campo científico já apontadas por Bourdieu (BOURDIEU, 2003), uma vez que elas determinam uma valoração do que se configura como capital simbólico. Sendo essa adequação ao modelo ou correspondência ao que se espera diferente para as diferentes abordagens disciplinares, como já comentamos. Aqui essa discrepância aparece ilustrada na fala do professor, na época coordenador do PPGSP-UFC:

E a dificuldade que a gente tem também na sustentação nessa área [área 2], que eu acho que é muito importante, é a questão da produção científica em relação a isso. A gente vê que muitas vezes tem um trabalho de dissertação, tem um trabalho de tese, mas morre aí, não sai um livro, não sai um artigo, não sai um trabalho técnico, não sai nada depois disso né, morre aí. E

morrer na tese, morrer na dissertação, é no meu ponto de vista é um trabalho que você gasta quatro anos, às vezes dois anos no mestrado, quatro anos no doutorado, às vezes mais, para ter uma produção, um retorno muito pequeno para a sociedade. Ai como uma pós de saúde pública, de saúde coletiva, não dá esse retorno para a sociedade? É uma coisa que me deixa muito agoniado (e-INF 34).

O coordenador ressalta a importância da publicação, mesmo que não nos periódicos científicos, como um retorno a sociedade em termos de responsabilidade social. Nos últimos anos, a CAPES tem inclusive passado a valorizar outros tipos e produção, como livros, capítulos, relatórios técnicos, etc (CAPES, 2019b). Todavia, sabe-se que o grande peso das avaliações gira em torno das publicações em periódicos científicos.

E, tomando como base esse escopo, percebemos que aquela diferença epistemológica entre as formações disciplinares reverbera também na produtividade das mesmas. “*No extrato B1 pra cima, em Saúde Coletiva, com pesquisa qualitativa, só tem 7 possibilidades*” (c-INF 10). Essa colocação reforça a distribuição de revistas já analisada na revisão crítica da literatura. Além disso, continua c-INF 10: “*a gente não tem nenhuma revista brasileira [da Saúde Coletiva com publicação qualitativa] no extrato A1. A Saúde Coletiva brasileira é uma coisa interessante, né?*”.

Esses pequenos trechos da conferência nos fazem perceber que, apesar de as exigências serem iguais para as formações disciplinares diferentes, as condições de competição são díspares. Some-se a isso o fato de que a internacionalização da pesquisa qualitativa e em CSH é mais complexa que para a pesquisa epidemiológica. E, c-INF 10 acrescenta ainda uma outra perspectiva a essa análise, que aqui se faz muito pertinente por situar loco-regionalmente os programas que nos propomos a analisar: “*revistas nucleares são todas do Sudeste. Não tem nenhuma revista aí [mostrando um quadro em uma apresentação de slides] que não seja do Sudeste, isso já fala alguma coisa. Os editores também são do Sudeste, tá?*”.

Essa conjuntura torna-se um dos desafios enfrentados na constituição do campo da saúde coletiva do Ceará:

a questão dos Qualis das revistas... Quem está lá, por exemplo. Quem são os editores que estão coordenando o campo da publicação? Por que a gente ainda tem muita dificuldade no Nordeste e no Norte de estar entre os grandes periódicos? Será se é porque a gente não produz conhecimento de qualidade mesmo? Eu acho que essa é uma tarefa pra saúde coletiva desbravar. Se o conhecimento que é tido muitas vezes que a gente recebe dos nossos artigos e que foi de uma pesquisa local,

mas quando você ver um artigo que foi produzido no município vamos dizer, do estado de São Paulo, como as vezes a gente acompanha, porque que ele não é um estudo local? Por que as pessoas já começam a ter chaves, tipo: Ah se você colocar no título do seu artigo Capital do Nordeste, já é diferente, do que colocar Fortaleza, por quê? Onde é que está essa diferença? Então é mais um jeito de enviesar a coisa, então eu acho que a gente vai precisar um desafio é descortinar, assumir que há diferenças, que somos diferentes, que cada um tem potência, mas que temos potencialidades diferentes pela nossa constituição, pela capacidade de produzir aprofundamento (e-INF 9).

É importante observar que a efervescência científica e política (concebida pela RSB) não foram exatamente iguais entre os centros de estudos e pesquisas e, conseqüentemente, nas diferentes regiões do país. O engajamento nesse processo, bem como as condições de possibilidade históricas de cada estado/região acabaram estando relacionados com o potencial de assumir os espaços de dominação (e determinação das regras) dentro do campo, e assim também se conceberam as condições locais da assistência e da formação profissional em saúde ampliando e multiplicando as vias de produção (OCKÉ-REIS, 2017; SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Mota, Schraiber e Ayres (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2017), por exemplo, apontam as influências da paulistanidade na construção da SC no estado de São Paulo. Perceber e elaborar essa relação direta entre as condições sociais, econômicas e políticas de cada região com a constituição do campo da SC, reforçam a importância de levar a cabo o objetivo aqui proposto de estudar as peculiaridades cearenses.

Mas, ainda pensando o cenário nacional, sabe-se que é larga a discussão sobre a concentração de periódicos, editores e membros dos comitês da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do CNPq no Sul e Sudeste. Afinal, “*a verdade social é objetivo da prova de força e, portanto, é preciso estar em posição de força, nas revistas, editoras, etc., para ter socialmente razão sobre os adversários*” (p. 105) (BOURDIEU, 2004). E, por mais que essa dominação aconteça “*sem nada fazer*” ou inconscientemente, há uma influência dessas questões e desigualdades regionais na definição do que é ciência, do que deve ser publicado e do que é relevante ao campo no cenário nacional. Houve, nos últimos 12 anos, um incentivo à abertura e ampliação de programas de pós-graduação em Saúde Coletiva no Norte e Nordeste. Esse é um passo importante, todavia, há de se concordar que a quantidade não necessariamente está relacionada com a qualidade, ainda mais quando se ingressa no campo em condições políticas e simbólicas desfavoráveis para o engendramento das lutas internas do campo.

“*O conhecimento assenta não na evidência subjetiva de um indivíduo isolado, mas na experiência coletiva, regulada por norma de comunicação e argumentação*” (p. 102) (BOURDIEU, 2004). E onde se localiza, pelo senso comum ou pela história hegemonicamente contada, a experiência coletiva originária da SC? De onde emergem os autores principais e as referências consagradas? Por que experiências pontuais e localizadas em cidades pequenas do Sul e Sudestes são mais difundidas que experiências exitosas em grandes centros nordestinos? Será porque não há construção de conhecimento de qualidade nesses últimos? Será por que há supremacia técnica na produção científica daqueles? Depois de toda essa reflexão a cerca do campo científico sob a perspectiva de Pierre Bourdieu, não se pode mais analisar tal contexto ingenuamente.

Produzir cientificamente no Ceará tem menor relevância? O estudo do sertão, do sertanejo, do local, tem menos validade? Como já entendemos que no campo científico não há neutralidade, acredita-se que todos esses elementos, inclusive a região à qual pertencem os editores, implica na avaliação e reconhecimento das pesquisas cearenses. Tradicionalmente, os grandes centros de formação estão localizados no Sudeste e Sul do país. E, partindo da perspectiva de que os dominadores tecem avaliação com base em seus valores em um campo político, social e não-neutro, concluímos sobre a grande probabilidade que há de que a desvalorização social e cultural do Nordeste, tão fortalecida no senso comum e nas relações loco-regionais, seja impressa nas avaliações científicas. É certo que não podemos fazer generalizações, mas aqui apontamos perspectivas de análise dos fatos interno ao campo. Afinal,

o poder que os administradores científicos exercem sobre os campos, apesar de ser regulado por considerações científicas, está longe de ser regido estritamente por elas (sobretudo quando se trata de ciências sociais) e pode sempre apoiar-se nas divisões internas dos campos (p. 83) (BOURDIEU, 2004).

Desse modo, “*a circulação e o processo de consagração e universalização dos trabalhos dependem das posições ocupadas na estrutura do campo*” (BOURDIEU, 2004) (p. 84).

No campo da SC, percebe-se que os fundadores do campo, por mais que partidários de ideias contra hegemônicas e revolucionárias para a concepção de saúde e organização dos serviços à época, precisaram acumular previamente certo capital científico dentro do campo para se constituírem como agentes e possivelmente revolucionários. Aqueles que promoveram a Medicina Social e a RSB, bem como os que atuaram no CEBES, na ABRASCO, nas Escolas de Saúde Pública e nos Departamentos

de Medicina Preventiva, eram médicos e cientistas sociais. Também a manutenção de alguns ideais só foi possível pelo ingresso desses atores nas estruturas de gestão e execução dos serviços de saúde depois da criação do Sistema Único de Saúde, bem como nas estruturas de gestão acadêmica e docência nas universidades. Essas hierarquias assumidas dentro do campo estabelecem também a seletividade daquilo que permanece e do que fica relegado ao esquecimento (VIEIRA-DA-SILVA, 2015).

Outrossim, parte robusta da avaliação da Capes prevalece considerando as quantidades de professores bolsistas de produtividade e com estágio pós-doutoral concluído. Esse peso avaliativo conferido a tais títulos acaba por ser critério muito importante na seleção docente para os programas. Em termos de quantidade de pós-doutores o número absoluto é praticamente o mesmo entre os programas cearenses, apesar de se desenhar uma proporcionalidade maior de pós-doutores na Unifor, visto ser o menor grupo docentes incluindo permanentes e visitantes.

Quanto aos bolsistas PQ, há uma concentração destes na Unifor. Todavia, ressalta-se o movimento de valorização e vinculação desses bolsistas a todos os programas. Na UECE, a última professora vinculada possui bolsa PQ-2 e, dos 3 professores visitantes da Unifor, 2 são PQ. Ao mesmo tempo, os relatórios da UECE e da UFC (UECE, 2019b; UFC, 2019c) apontam esse processo de revisão e desligamento de alguns professores que não atendiam ao perfil da pós-graduação.

Mas, a distribuição dessas bolsas não é equitativa entre as formações disciplinares: *“a gente pode ver que tiveram alguns professores que ganharam a bolsa PQ. A gente está agora, se não me engano, são 4 ou são 5 professores PQ. Até isso é desigual, são 4 da epidemiologia e só 1 da área de qualitativa”* (e-INF 34).

Ou seja, todas as nuances e vieses relacionados à produção científica diferenciada entre as formações disciplinares e as abordagens se imprimem na produtividade em geral e interferem na aquisição diferenciada também de bolsas de produtividade. O que nos leva a refletir sobre os impactos dessa lógica bibliométrica de avaliação dos programas e, conseqüentemente, no delineamento que eles assumem. Um elemento central é que, ao passo em que a bolsa garante status ao pesquisador dentro do campo e é relevante na contabilidade institucional do campo científico, ela se transforma quase em um título honorífico. É certo que a bolsa envolve financiamento e a questão monetária direcionada pessoalmente ao pesquisador, mas seu valor parece estar muito mais ligado ao capital simbólico dentro do campo que ao valor monetário propriamente

dito. Percebe-se, no trabalho empírico aqui realizado, um movimento dos programas para acúmulo de pós-doutores e bolsistas PQ, mesmo que, para isso, seja necessário redefinir perfis dentro da formação e das linhas de pesquisa.

Mas, quem são os bolsistas PQ na Saúde Coletiva? Se levarmos em consideração os critério produtivistas de concessão dessas bolsas e os dados analisados por Barata e Goldbaum em 2003 (BARATA; GOLDBAUM, 2003), concluiremos que a maioria destes pesquisadores produz na formação disciplinar da epidemiologia, conseguindo publicar no exterior e em revistas com melhor avaliação do qualis. Além disso, muitos deles nem tem formação, nem produção mais prevalente na área de SC. Todavia, os relatórios elaborados para a coleta CAPES demonstram a importância de contar com esses pesquisadores no seu quadro de docentes, evidenciando a incoerência existente entre a multidisciplinaridade, as disputas e a articulação teórico-prática dos objetos de pesquisa no campo científico.

Nessa perspectiva, quem serão os docentes contratados/vinculados aos programas? Quem detém mais capital simbólico a ponto de dominar as definições do campo? Quem serão os alunos aprovados, se não aqueles que já tem inclinação (ou mais provas curriculares) para publicação científica? O que vai ser pesquisado, se não prioritariamente aquilo que tem mais chances de internacionalização e publicação em altos estratos?

Na tentativa de compreender melhor o perfil dos bolsistas PQ dos programas de PG em SC do Ceará, sistematizamos algumas informações no quadro 3.

As informações sistematizadas no quadro 3 deixam evidente que a valorização desta bolsa está mais atrelada ao fato de sua concessão que a sua correspondência à área de conhecimento ao qual o programa está vinculado. A UFC é a instituição que tem maior número de bolsas em SC. Na Unifor, em contrapartida, nenhuma bolsa PQ é em SC. É certo que a SC é um campo multidisciplinar, com interfaces em várias outras áreas de conhecimento reconhecidas pelo CNPq, no entanto, o segmento ao qual a bolsa está vinculada corresponde ao maior impacto de produção daquele docente. Acreditamos que isso faz diferença para o delineamento das produções no campo, apesar de ter o mesmo peso na avaliação da Capes. Se o alvo de cada gestão acadêmica é adquirir capital científico e afirmar-se no campo, passaria a importar mais a presença da bolsa que o perfil de produção a ela ligado?

Há inclusive o questionamento de alguns docentes sobre o real valor das bolsas PQ: “*por que essa bolsa de incentivo virou agora um título honorífico?*” (e-INF 4). Tornar uma bolsa de produtividade um “título”, diante de tudo que aqui já discutimos sobre produtivismo acadêmico e campo científico (BOSI, 2012; BOURDIEU, 2003), torna-se uma preocupação relevante para as configurações do campo? Valorizar esse título sem traçar a inter-relação direta entre a área de produção do pesquisador e a área de concentração do programa constitui-se em risco à descaracterização do campo na PG? Ou, em certa maneira, tenderia o estabelecimento de um perfil para as PG em SC? Talvez esse seja um risco não tão perceptível em outros campos porque não há tanta diversidade no perfil dos pesquisadores, nem uma luta histórica de disputa entre as formações disciplinares que são múltiplas. Para o campo da SC isso é um problema epistêmico e político. “*Bolsa PQ, que eu tenho, tem que ser revisto. Cria um apartheid que não é vantajoso para quem tem, muito menos para quem não tem*” (c-INF 10). Tudo isso contribui para o acirramento das disputas já inerentes ao contexto dos campos científicos.

As coisas são marcadamente competitivas, né? E você pode fazer até a pesquisa e ver lá quais pessoas das ciências humanas e sociais estão no nível 1. A gente sabe a dificuldade que é você emplacar um artigo e o número de PQ, que são 6 em 170 e pouco o último levantamento são 7 em 170 e poucos, apenas 7, então são iniquidades que a gente tem no campo científico (e-INF 10).

Nesse cenário, encontramos também posicionamentos de professores mais ligados às CSH, que ainda contribuem com a graduação, mas se sentem excluídos da PG porque não se encaixam nessa lógica de produção:

Estou inquieto. Porque não estou mais convencido que não deveria publicar. Minha decisão de não publicar é coerente, é autêntica. Mas não estou mais convencido. Fico feliz em contribuir com essas discussões, mas ser institucionalizado, estou resistindo um bocado (e-INF 27).

Até que ponto é sustentável estar na academia e não produzir? Até que ponto essa é uma escolha que garante a esses docentes uma posição dentro do campo? E até que ponto o campo científico é beneficiado com a valorização de quem mais produz, mesmo que de modo não engajado no campo ou focando apenas em parte da riqueza epistêmica do campo?

A única forma de estar no campo científico, nos moldes atuais, é produzindo. Há a necessidade realizar uma militância, mas para militar é preciso estar dentro, é preciso ser reconhecido como ator legítimo no campo.

Até que ele [referindo-se a um professor resistente em produzir] entrou na última vez e viu que não tinha jeito ou a gente fazia essas pessoas entenderem que nós tínhamos que brigar com a CAPES, como brigamos produzindo artigos e tudo, mas a gente tinha que andar de certa maneira como eles querem, se não a gente não sobrevive, não sobrevive, é expulso. Eles te dão nota três, dois acabou, você tá morto (e-INF 18).

Ou, para usar os conceitos bourdieunianos, mesmo para ser revolucionário é preciso ter um acúmulo mínimo de capital. Afinal, só seria revolução válida aquela conduzida por um agente autêntico do campo. E só se torna agente do campo quem acumula capital (BOURDIEU, 2004).

Além da produção em si, as métricas da CAPES e CNPq valorizam mais as pesquisas e os periódicos com internacionalização e publicação em outros idiomas. Todavia, especialmente quando se pensa na pesquisa qualitativa e de abrangência local, há um baixo potencial de generalização e internacionalização. O que acaba por desvalorizar esse tipo de produção. Além disso, mesmo quando se busca a adequação ao estilo de multi-idiomas e internacionalização, as traduções tantas vezes limitam a compreensão daquilo que é regional e faz sentido em determinada cultura ou momento histórico. A análise de falas tem um cunho de compreensão muito mais relevante para a cultura regional, convergindo para mais um aspecto de desvalorização (BRANDÃO; RIBEIRO; COSTA, 2018; MERCADO; BOSI, 2004).

Diante de tudo isso, podemos apontar que as métricas de avaliação dos programas, levando em consideração a produtividade e titulação dos professores, quando aplicadas pela Capes, também obrigam os programas a revisarem seus quadros docentes e motivarem seu enquadramento nesse perfil docente. Percebe-se, nesse processo, a definição, mesmo que implícita, dos critérios de ingresso e permanência nos estratos privilegiados e dominantes dentro do campo científico. Todavia, questiona-se, qual o capital simbólico mais importante na definição dos membros do campo e de seu status? As métricas de avaliação? Ou sua histórica contribuição com o campo e com o programa?

Também não podemos, nessa posição de crítica aos critérios, negar a importância da avaliação. A avaliação é necessária, “*é uma questão de controle social*” (c-INF 10). O que desejamos reafirmar é que os critérios de avaliação também estarão

sempre em jogo diante do perfil de disputas que se instaura no interior de um campo científico, bem como conhecendo-se a parcialidade do julgamento e das escolhas dos dominadores.

A partir das características atuais dessa avaliação e exigência de produtividade, destacamos duas falas relevantes:

Eu acho que os nossos desafios como academia é primeiro produzir a superação dessa coisa da nota, eu acho que a gente precisa produzir essa superação, porque esse caminho que tem se adotado de avaliação, ele não é compatível com a vida da saúde coletiva. Eu acho que a gente pode produzir sim, eu acho que a gente tem obrigação, mas esse roubo que eles fazem conosco de querer 400 mil artigos publicados, isso tira da gente da saúde coletiva, acho que isso é um grande desafio. Como é que a gente vai superar isso? (e-INF 9).

Por mais que a Saúde Coletiva queira parecer politizada, equânime, nós somos profundamente fraticidas e competitivos. Mais que a área de Psicologia ou Direito, que quer colocar todos seus programas para 7 [maior nota]. Nós não. Ficamos colocando tudo no limite, ao ponto de a UERJ, naquela crise que passou tremenda de fechamento [por falta de financiamento estadual], ter sua nota rebaixada de 7 para 6 porque não conseguiu um pontinho. [...] A gente tem que operacionalizar nas avaliações acadêmicas aquilo que a gente fala no discurso do SUS! Para onde foi a humanização? Para onde foi a participação? Para onde foi o controle? Para onde foi a universalidade? Cadê esses princípios na hora de dividir o bolo? (c-INF 10).

Se a percepção das disputas pelo capital científico é conscientemente inaceitável diante das ideias de desinteresse e contribuição inerentes ao *habitus* das ciências em geral, quanto mais o seria para o campo da SC, onde, além dos aspectos científicos em si, engendra-se, historicamente, uma luta pela cidadania, uma dimensão de movimento e os princípios citados por c-INF 10. Desta feita, a não aceitabilidade de algumas disputas vai se perpetuando ladeada pelas contradições encontradas na análise do campo científico, especialmente em suas avaliações.

A lógica de avaliação dos cursos de pós-graduação e dos agentes de práticas com base em critérios quantitativos de produtividade parece desvalorizar a riqueza teórica e metodológica da interdisciplinaridade característica da SC; desencorajar a produção voltada para os problemas que não sejam de interesse internacional, especialmente aquelas ligadas à abordagem qualitativa; e gerar barreiras à cooperação entre pesquisadores, dado que a diferente valoração de publicações por área disciplinar parece fortalecer os grupos de cientistas focados no acúmulo de capital simbólico (BOSI, 2012; CAMARGO JUNIOR, 2005; TAQUETTE; VILLELA, 2017).

Nesse contexto, a “*Epidemiologia persiste como o núcleo hegemônico*” (BOSI, 2012) (p. 2388), visto que, além do contexto histórico de fomento à pesquisa quantitativa e epidemiológica e a supremacia ideológica do modelo biomédico e positivista, essa formação disciplinar seria favorecida dos atuais índices bibliométricos e, ao passo que domina os meios de produção científica e ensino na saúde, perpetua os parâmetros que lhe fortalecem.

Também diante do produtivismo e da cientometria, o direcionamento que os pesquisadores assumem nessa disputa depende da posição que eles ocupam. Aqueles que estão na condição de dominadores tendem a operacionalizar estratégias de conservação por meio da dominação dos meios de produção, do controle sobre a circulação de bens, da influência sobre os consumidores de bens (os estudantes) e da definição dos critérios de ingresso, pertença e veiculação de produtos no campo.

Tomando como exemplo as revistas e os periódicos científicos, verificamos que os dominadores são aqueles que criam e aplicam os critérios de julgamento daquilo que é ou não ciência, daquilo que tem ou não mérito para ser divulgado. Consciente ou inconscientemente, esse processo culminaria na censura e/ou no desencorajamento à publicação das produções heréticas (BOURDIEU, 2003). Em SC, atual e recorrente é o debate sobre os desafios de afirmação da pesquisa qualitativa em saúde (que é a abordagem prioritariamente utilizada pelas CSH) (MINAYO, 2017; VENTURA-LEÓN; BARBOZA-PALOMINO, 2017), especialmente em periódicos mais tradicionais, que, muitas vezes chegam a ser hostis quanto a veiculação de resultados de abordagem qualitativa (TAQUETTE; VILLELA, 2017).

Taquette e Villela (TAQUETTE; VILLELA, 2017) analisaram as instruções aos autores dos 88 periódicos da área da saúde indexados na *Scielo*. Destes, mais da metade apresentavam exigências incompatíveis com a pesquisa qualitativa, e cerca de 20% deles não especificavam sobre abordagem metodológica, parecendo ser pouco favoráveis à pesquisa qualitativa. Todavia, dentre os periódicos da Saúde Coletiva, a maioria publica estudos qualitativos.

Em estudo conduzido por Minayo (MINAYO, 2013), foram analisadas as 7 principais revistas científicas brasileiras em Saúde Coletiva. Dessas, não havia nenhuma no extrato A1 do qualis CAPES e os dois únicos periódicos no extrato A2, publicaram 7% e 14,3%, respectivamente, de seus artigos com abordagem qualitativa. Das demais cinco revistas, quatro tinham mais de 50% de sua produção em artigos qualitativos e a outra tinha 33,4%, porém todas eram avaliadas no extrato B1. É certo que com a nova

estratificação do qualis CAPES, acreditamos em um movimento de valorização dessas revistas. Entretanto, a nova conceituação incluiu mais revistas no extrato A, sem contanto reduzir significativamente a diferença de avaliação dos artigos. Isso continuaria impactando na análise de produtividade dos pesquisadores qualitativos. E, no campo, a pesquisa qualitativa está prioritariamente ligada às Ciências Sociais e Humanas, o que acaba estendendo essa dificuldade a essa formação disciplinar.

Tomando para nossa realidade atual, podemos nos questionar: quem são os pareceristas dos periódicos científicos e quais os critérios utilizados? Especialmente, na produção com abordagem qualitativa pautadas em Ciências Sociais e Humanas na Saúde, encontra-se uma série de pareceres que desvalorizam a pesquisa social e apontam demérito antecipadamente diante da abordagem escolhida. Além disso, as normas de submissão e quantificação do mérito atuam por métricas injustas: a obrigatória tradução para o inglês se torna inviável para algumas pesquisas sem que hajam perdas na compreensão semântica, o limite de extensão dos artigos prejudica a produção qualitativa e, ainda, a classificação dos periódicos pelo índice *qualis* confere uma discrepância entre as formações disciplinares (TAQUETTE; VILLELA, 2017). Some-se a isso que os editais de financiamento de pesquisa e concessão de bolsas também registram as mesmas disparidades (BOSI, 2012). Assim, ao passo em que não é permitido acesso dos pesquisadores de abordagem social em saúde aos espaços deliberativos, menos eles influenciarão nas decisões. Quanto mesmo eles participam da delimitação das regras, tanto mais se mantem os esquemas de perpetuação do *habitus* até então fortalecido dentro do campo. Trata-se de um ciclo sem fim, com vistas à conservação do modelo.

Quanto às publicações na área de Política, Planejamento e Gestão também se encontrariam certas disparidades, apesar de ser menos presente o esforço científico em registrar essa lacuna e apontar as questões aí envolvidas (PAIM; TEIXEIRA, 2006). Todavia, essa realidade reverberaria, inclusive, na incorporação dos saberes produzidos no campo científico pelos serviços de saúde. As métricas das agências de fomento e as exigências científicas distanciariam a realidade acadêmica da assistencial. Estar inserido nos serviços não tem valia para a progressão funcional, bem como não impactaria positivamente na avaliação dos programas de pós-graduação. Os resultados de Novaes e colaboradores (NOVAES; WERNECK; CESSÉ; GOLDBAUM *et al.*, 2018) apontam que houve um aumento no número de vagas para pós-graduação em SC, houve um aumento do número de titulados, todavia houve um maior distanciamento das pós-graduações do SUS. Observa-se que, nesse processo, apesar de a vertente militante ser

uma lógica fundante do campo da Saúde Coletiva (BOSI, 2012), os contornos internos acabam por prescindir-la (ANGULO-TUESTA; SANTOS; ITURRI, 2018).

Partindo-se da compreensão de campo científico e analisando tais fatos, observa-se as consequências do regime produtivista e de avaliação acadêmica na relação entre as diferentes formações disciplinares (BOSI, 2012).

As aposentadorias e o perfil docente dos programas

Contemporaneizando esse debate, podemos perceber que esse tipo de condução produtivista da CAPES, analisado na conjuntura do o atual momento histórico em que vivemos, é exposto como uma preocupação em muitas falas dos entrevistados, especialmente daqueles vinculados à UFC.

Eu vejo hoje, enfim a gente vê com preocupação, tem todo um cenário aí pra gente ver como é que vai caminhar. Há um fenômeno que a mim me aflige muito, não é um fenômeno, é um fato, que é a aposentadoria de todos esses meus amigos que comigo criaram o programa. Todos se aposentaram, praticamente todos. Não estou lembrando aqui de ninguém que não se aposentou embora continue contribuindo com o programa, mas na verdade, não estamos mais à frente e essa questão da reposição com uma continuidade histórica dessas questões no campo, é uma questão que preocupa não só nós, mas a ABRASCO. A própria ABRASCO é preocupada com isso, porque foi se perdendo muita coisa ao longo do caminho que formava aquilo que podemos chamar de uma mentalidade sanitarista. Então eu acho que hoje, o campo da saúde coletiva no Ceará, ele está tensionado pela saída dos protagonistas que o criaram. Não estou querendo dizer com isso que as coisas só dão certo com a gente, que a gente tem que estar pra poder dar certo, não é isso. Mas eu tenho uma profunda reverência pelas articulações históricas dos fenômenos. Isso aí é um traço de quem faz uma leitura histórica sociológica, sócio histórica do mundo. E acho que isso precisa ser olhado sob pena da gente fragilizar essa coesão e essa epistemologia que ela é fundante do que a gente conhece como saúde coletiva e termos um retrocesso ou podemos ter, como em outras instituições aconteceram, o retorno a programas de epidemiologia ou certas especializações como medicina de família e comunidade [...] Então é uma coisa assim que é um pouco aflitiva mesmo, da gente ver a questão da manutenção. Conversava outro dia com a coordenadora da UNIFOR, que também é dessa geração e que também se preocupa em relação à própria continuidade e consolidação com o curso que ela está. Mesmo raciocínio você vai fazer na UECE, talvez até com mais agilidade. Então o campo ele está, sob o ponto de vista acadêmico, ele vai certamente sofrer reconfigurações, mas a gente sabe que o campo é dinâmico, não temos que cristalizar coisa alguma, mas eu acho que a questão fundante dos compromissos que se tem da questão histórica e das bases epistemológicas, né? Pra que a gente não se confunda com outra coisa ou perca essa identidade, é algo que circula no meu pensamento, entende? (e-INF 10).

Acredita-se que o momento político e institucional vivenciado em 2019/2020 (período de realização das entrevistas) justifica essas colocações. Vivemos novo cenário de gestão federal do país e a estruturação de uma reforma da previdência social que exclui muitos direitos sociais adquiridos pelos servidores públicos, especialmente os federais, bem como um desânimo generalizado em relação ao futuro do SUS, que tem sofrido constantes desmontes. Esse cenário levou vários docentes a solicitarem sua aposentadoria ao longo de 2018, culminando com um cenário de afastamento, parcial ou permanente, de significativa parcela do corpo docente.

a gente está em um momento histórico, eu estou muito preocupado, muito preocupado, porque o cenário atual do país nós tivemos aposentadoria, Vaudelice por conta da idade. Mais Vaudelice, Terezinha de Jesus, Ricardo Pontes, Lígia Kerr, Raquel Rigotto, daqui a pouco está saindo Luciano Correia, Gomes se aposentou também por tempo, enfim. Pessoas que tiveram seus méritos, sua importância em maior ou menor grau, mas que se aposentaram. E hoje nós temos majoritariamente uma geração muito nova. [...] Então há um risco a meu ver, de sustentabilidade. Então é por isso que hoje os aposentados seguem. Os aposentados servem na pós-graduação. Só que a gente não pode ter uma pós-graduação de aposentados, porque existem algumas questões, como vínculo com a graduação. A gente vai começar a comprometer alguns indicadores importantes, mas eles são fundamentais (e-INF 39).

As pessoas que participaram da reforma sanitária elas estão saindo e nós não temos muitas pessoas de política, gestão e avaliação [...] Só que agora a gente está nesse momento de aposentadorias, a tensão entre a tradição, elemento chave pra essa história, que estão saindo e elementos que estão entrando, alguns que não compreendem de uma forma mais clara o quê que é a saúde coletiva, o quê que é o campo, não conseguem compreender um pouco da história (e-INF 39).

Esta situação é ainda mais complexa para a UFC, devido à vinculação do PPGSP-UFC à Faculdade de Medicina (por meio do DSC). Esse fator determina que o corpo docente desse programa deve ser oriundo daquele grupo admitido para lecionar em um contexto de graduação. Por se tratar da graduação em Medicina, que se caracteriza como um curso com demandas clínico cirúrgicas acentuadas, o perfil desse docente de graduação, que também seja “adequado” para estruturação da PG, é ainda mais desafiador.

Como é que a gente conserva o núcleo fundante da saúde coletiva? E você pode apontar, acho um estudo bastante interessante esse, os mecanismos institucionais que conspiram contra a interdisciplinaridade nesse campo. Porque você vê a inserção da graduação da saúde coletiva e de mais corporações. Aí você entra pra fazer os concursos nas corporações, eles querem as disciplinas técnicas da corporação. Entre uma vaga pra algum antropólogo dar algumas aulas em uma disciplina

e um cirurgião que vai concursar pra medicina, não tenha dúvida que a vaga vai pra cirurgia. Então você tem uma hegemonia do modelo biomédico que é central pra você entender o tensionamento com o campo (e-INF 10).

Na UFC os concursos eles são vinculados para dar aula na graduação, o concurso público que é feito aqui é vinculado para dar aula na graduação. E a pós-graduação é um interesse do professor, ele não ganha a mais por isso, ele não tem nenhum recurso a mais para fazer isso, é simplesmente vontade dele mesmo querer entrar em um uma pós, orientar, fazer pesquisa e seguir em frente com esse tipo de carreira. Então acaba que alguns dessa última leva de professores, que entraram nos últimos concursos, eles não têm muito perfil para a pós-graduação e aqueles que tem interesse para a pós-graduação não tem ainda o currículo necessário, suficiente, básico, mínimo, para entrar na pós (e-INF 34).

Agora tem um concurso aberto, espero que entre algum talento que poderia de certa maneira reforçar um pouco isso, porque é muito difícil, uma vez que você não tem disciplina na graduação de epistemologia qualitativa ou de pesquisa qualitativa, você não tem isso, nem mesmo sociologia na medicina ou antropologia médica, você não tem isso, você tem um cheiro disso, mas que não leva esse nome. Então como é que você vai concursar pessoas com perfil de ciências humanas e sociais se o curso é feito pra graduação, você compreende? Então você não faz o concurso pra pós-graduação, você não faz. O meu caso, foi uma excepcionalidade porque poderia ser vinculado a ABS4 [Atenção Básica em Saúde 4] e o perfil estava em uma época de aumentar um pouquinho os titulares. [...] Mas o que se faz mesmo é concurso para a graduação. Então a gente tem dificuldade de ampliar essa configuração das ciências humanas e sociais, que é uma coisa que também me preocupa. Estou te falando as preocupações de campo, né? Se você só concursa epidemiologia, você vai ter uma hipertrofia dessa configuração e isso incide no campo que ele precisa ser saúde coletiva (e-INF 10).

Ou seja, o fato de a UFC ter seu programa vinculado à graduação, torna a seleção do quadro docente feita com vistas a atender à demanda da graduação. Isso significa, tantas vezes, a admissão de docentes sem currículo mínimo necessário para a docência e/ou orientação na PG ou mesmo sem perfil para essa incumbência. Alguns casos aconteceram em caráter de exceção: o caso que e-INF 10 cita em seu auto relato, um professor que era epidemiologista e migrou para a área da CHS, uma professora da educação que participa da PG no DSC, etc. Essa preocupação de sustentação da PG em sua diversidade de linhas motivou também uma proposta já em operacionalização na UFC:

A gente está com a ideia e que já está quase pronto, um edital de seleção de professores para a pós, não vinculados à UFC, não como se fosse uma carreira de professor da Universidade Federal do Ceará, mas apenas da nossa pós e dizer, olha nós estamos precisando de professores

de características tais, tais e tais, se você se enquadra faça a sua inscrição que vai ser feita uma seleção. Por conta do que eu falei no começo, a gente não tem como sustentar uma linha de pesquisa sem ter professores que possam fazer isso. Aí seriam vinculados professores de dentro da universidade e também de outras instituições que pudessem dar continuidade a essa linha, porque a gente já está tendo problemas em relação a isso (e-INF 34).

Considera-se relevante essa possível solução apresentada. Entretanto, precisamos analisar essa decisão na perspectiva do campo científico. Qual o lugar dos professores contratados por esse edital no contexto do campo? Como se dará a pertença e a integração? Qual o tempo de permanência? Se as disputas já são acirradas entre os pares, quem pode prever as dominações e desafios dessa disputa entre integrantes permanentes do corpo docente e os externos? Há diferença de mérito e valorização entre ingressar como orientador por concurso público oficial ou ingressar por um edital “resolve problema”?

Além disso, é preciso que essas tensões internas sejam analisadas sem ingenuidade e na perspectiva do campo científico, buscando uma superação dessas tensões com a busca de projetos comuns que capilarizem a força produtiva e o capital simbólico disponível nos programas.

Quer dizer, as tensões já existem, já estão postas, internamente nós temos várias tensões, são tensões geracionais, de interesses, alguns mais de interesses individual, outros mais de interesse institucional, mas nós precisamos convergir com algum projeto que supere as diferenças, mas que sejam projetos comuns [...] Então talvez uma outra estratégia nossa seja de capilarizar essa experiência para expansões universitárias com Minters e Dinters (e-INF 39)

Nós perdemos muitas pessoas, muitos elementos importantíssimos. Então Nesc vai ter esse papel, de reagregar essas pessoas, algumas pessoas que vão ficar meio que sem referencial, mas de criar algum tipo de projeto comum. Então um dos projetos é a formação *Latu Sensu* de gestão, voltar a fazer cursos de vigilância, vigilância em saúde (e-INF 39).

Mas, para que esses novos projetos se efetivem, faz-se necessária a disposição do corpo docente em empreender esse tipo de projeto, como o mesmo e-INF 39 também complementa:

A gente está perdendo os titulares. Pelo menos ao meu ver, a minha visão de titular é uma visão de um grande líder. Então a gente está perdendo os titulares, está perdendo os contadores de história, isso é importante, inclusive o Ricardo tem uma tarefa que eu já coloquei pra ele, de contar essa história né toda. [...] Então hoje nós somos nota 5, para Capes nós somos excelência nacional e nós temos a possibilidade de por exemplo de fazer minter e dinter, só que para isso nós precisamos

dos líderes. A gente precisa de gente que tope por exemplo ir pro interior do Pará. Você pode até montar uma turma de uma determinada linha. ‘Ah eu quero montar uma de política, gestão e avaliação, pode?’. Pode ter, mas eu preciso de pessoas com projeção nacional e internacional. E muitos dos novos não têm essa projeção ainda.

Ao mesmo tempo em que toda essa mudança do corpo docente é vivenciada, o relatório da instituição (UFC, 2019c) anuncia esperançosamente as possibilidades de maior autonomia do DSC em relação à graduação a partir da mudança de sede do DSC. Espera-se que com a definição do atual bloco utilizado pelo PPGSP-UFC como exclusivo da PG, o programa passe a ser entendido em patamar suficiente aos demais centros de gestão da formação dentro da instituição, operacionalizando, inclusive, essa contratação de docentes de outros departamentos via edital interno/externo. Essa mudança de sede aconteceu no início do ano de 2019, mas os impactos dessa transição não puderam ser analisados por esse trabalho.

Quanto às demais IES aqui analisadas, a posição no organograma institucional dos programas da UECE e da Unifor, vinculado ao CCS, onde se congregam vários cursos da área da saúde, favorece a correspondência a uma das solicitações da CAPES: integração à graduação e interdisciplinaridade. Especialmente dentro do campo da SC, essa noção de complementaridade entre as disciplinas é essencial e valorizada, bem como acaba sendo prenunciada na qualidade e abrangência das pesquisas desenvolvidas (CÂMARA; CYRINO; CYRINO; AZEVEDO *et al.*, 2016; MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013; REEVES ; PELONE; HARRISON; GOLDMAN *et al.*, 2017). Na UFC, há inclusive um relacionamento mais estreito com a graduação visto que todos os professores, exceto os colabores, possuem obrigatoriamente vínculos com a graduação. Todavia, essa dimensão de organogramas, no PPGSP-UFC vinculado à Medicina, mais parece atrapalhar que favorecer.

Alunos, produção e currículo na pós-graduação em SP/SC do Ceará em 25 anos

Em relação ao perfil dos discentes ingressos nos programas de PG em SC/SP do Ceará, percebe-se uma mudança no perfil ao longo do período analisado nesse estudo. Os cursos e programas iniciaram-se pelo intuito de formar pessoal qualificado para o SUS e congregar pesquisadores preocupados com as questões sanitárias e de organização dos serviços de saúde. A primeira metade dos anos 1990 era o período de implementação do SUS e havia

uma demanda reprimida muito grande pra estudar, pra fazer mestrado, essas coisas todas, porque você não tinha como sair daqui. Quando o Ricardo veio pra cá com a Lígia, eles primeiro criaram o curso de epidemiologia, logo em seguida eles criaram o mestrado em saúde pública, foi quando eu fiz o mestrado em saúde pública e mais um grupo de pessoas (e-INF 7).

Quando eu fui fazer o curso de especialização era o grupo que a gente formou no planejamento e a gente ia se aproximando de outras pessoas da própria secretaria, ia aglutinando um pouco as pessoas que pensavam como a gente: o Chico Passeata, o Chico Barreto, a Sara, o Edson uma série de pessoas que mais na frente a gente se encontrou no Mestrado (e-INF 7).

Muitas pessoas ingressaram no mestrado por já estarem no serviço e desejarem qualificação técnica. Mas, com o passar o tempo essa demanda diminuiu e houve o ingresso maior de profissionais de saúde recém-formados.

Havia uma demanda muito grande das pessoas que estavam trabalhando no serviço, de se capacitar com novos conhecimentos para aplicar no serviço mesmo. E com o passar do tempo, essas pessoas começaram a diminuir a demanda disso porque todas as pessoas estavam sendo capacitadas, estavam sendo formadas como mestres. E acabou que abriu as portas, de certa forma, para outros grupos que pudessem ser incluídos na pós-graduação. E muitas vezes essas pessoas que eram ingressas na pós eram pessoas recém-formadas (e-INF 34).

Houve um movimento muito importante se você resgatar turmas, nós formamos uma legião de gestores. Então teve um movimento forte de vários gestores do estado, do ministério também, mas do estado e de municípios que tiveram um espaço aqui institucional pra formação, pra qualificação. Nós mantivemos isso, só que o perfil foi mudando um pouco né, acho que por esgotamento dessas pessoas, desse coletivo e a gente passou a formar pessoas mais jovens, também ainda de municípios, mas muitos sem um vínculo formal e vários começando a ter uma inserção mais intensa dentro da atividade acadêmica (e-INF 39).

Para analisar essa dualidade de perfis entre os primeiros e os últimos formados em SC, tomaremos duas realidades: a dos entrevistados dentre os protagonistas da SC no Ceará e a dos estudantes formados mais recentemente por esses cursos de pós-graduação. Esse perfil do ingresso tem grande relevância para compreender a produção científica em SC no Ceará, bem como para que possamos analisar as características do campo científico no estado.

O perfil dos protagonistas e suas diásporas

Nas entrevistas com os protagonistas da construção do campo da SC no Ceará, além de saber a formação acadêmica de cada participante, tínhamos como foco o reconhecimento da história de vida desses sanitaristas. Tomando como base essas trajetórias, que são trajetórias de pessoas que também são pós-graduados em SP/SC, percebemos que usualmente aconteceu um processo de não identificação com a carreira tradicional de sua categoria profissional.

É um dado muito interessante que você vai encontrar na biografia de muitas protagonistas da saúde coletiva, que é uma espécie de desencontro epistemológico com os seus campos de origem. Sabe aqueles médicos que não se sentem muito médicos, sabe? Aqueles nutricionistas que não são tão nutricionistas, aqueles psicólogos que vão para uma área que se chama saúde mental, são os enfermeiros que acabam fazendo enfermagem em saúde pública. Então, esses atores né, que constituem os sanitaristas. Não vamos chamar de sanitaristas, sanitaristas mesmo eram aquele pessoal sanitarista médico que é de uma geração anterior à minha. Vamos dizer, esses que protagonizaram a saúde coletiva, são pessoas que trazem um pouco esse perfil, de uma certa desidentificação. [...] A gente observa que os que procuram mestrado, doutorado na saúde coletiva, trazem também essa marca. Caso contrário, vão fazer mestrado em psicologia né? Ou medicina clínica. No entanto, os que vem, eles têm essa sede de interdisciplinaridade, essa percepção de que os objetos que eles trabalham, transbordam muito o campo de origem das suas formações (e-INF 10).

Essa trajetória de desencontro com o caminho que a maioria dos outros egressos de sua categoria profissional seguiam é, de fato, recorrente nos relatos dos entrevistados, caracterizando o que aqui nomeamos com o neologismo “*desidentificação*” com o caminho tradicional, para concordar com e-INF 10. Esse processo foi denominado também por Nelson Filici Barros, em uma conferência (BARROS, 2019) por conta dos 25 anos do programa da UECE, como uma diáspora. Há uma migração de sua área de origem para outro campo do conhecimento. É claro que essa diáspora, ao molde da diáspora do povo hebreu, não acontece sem estranhamentos e desafios. Tanto há um estranhamento inicial por não se identificar à formação de sua categoria profissional, quanto há certa resistência à mudança acrescida da dificuldade e do estranhamento causados pela mudança.

O melhor modo de ilustrar esse fenômeno de diáspora é com a citação de alguns informantes:

Então o quê que ocorre, eu por uma questão de uma crise institucional política dentro do curso de nutrição, uma crise importante que era inclusive de mentalidade, de visão de mundo, de projeto institucional. Fui assim elegantemente expulsa da unidade e aceita na medicina, no

departamento de medicina preventiva e social. Ali eu acredito que tenha sido o portal da minha entrada nesse campo (e-INF 10).

Mas eu fui uma nulidade nas cirurgias e na anestesiologia, aliás era onde eu me refugiava, era na anestesiologia pra eu não ficar no campo cirúrgico. Toda disciplina de cirurgia que eu fui ter no curso de medicina eu preferia ficar atrás junto com o anestesista do que ficar junto com o cirurgião (e-INF 22).

As entrevistas revelaram ainda que a diáspora para a SC passa, muitas vezes, por uma experiência de identificação com o social e com o cuidado ampliado, que se origina não apenas na formação técnica a nível de graduação, mas na história de vida pessoal e na formação humana e familiar.

Eu queria fazer medicina porque eu queria trabalhar mesmo com o ser humano, eu achava fantástico, eu tinha uma ideia bem idealizada da profissão. Na faculdade, quando eu entrei eu já comecei a ver que a coisa não era bem do jeito que a gente pensa, a forma de receber o aluno de medicina, eram muitos alunos. Eu me lembro que quando eu entrei na aula de anatomia eu fiquei chocadíssima, porque não prepararam a gente e eu tomei um susto quando eu vi aquele povo tudo trabalhando com aqueles cadáveres sem nenhum preparo pra tratar do cadáver. Quer dizer, eles falavam que tinha que tratar com um certo respeito, mas muita coisa sobre indigente. E na faculdade onde todo mundo queria fazer especialidade médica, eu queria fazer clínica e queria fazer saúde pública, me interessava muito pela saúde do homem no seu contexto social. E na faculdade de medicina naquela época o departamento de medicina eu acho que não era nem de saúde comunitária era de medicina preventiva, era um departamento que era detestado por todo mundo. Só dava aula de estatística, de epidemiologia, eram umas aulas sem graça, o pessoal não gostava de jeito nenhum [...] o que a gente percebia era que tinha muito mais a ver com a minha formação vamos dizer familiar, do que mesmo com a formação lá, porque a forma de ensinar era uma forma muito cheia de retalhos, não tinha integração nenhuma com as disciplinas. Mas eu tinha uma formação familiar assim muito humanística de se preocupar muito com o ser humano, com o social. E era dentro dessa minha busca de militância, de política, de formação... que fui buscar integrar assim na universidade (e-INF 7).

Desde pequena, me inquietava muito essa coisa da mortalidade, porque praticamente todos os dias na [minha] cidade [natal] tocava um sino. E aquele sino eu perguntava: por que que todo dia toca? Esse sino todo dia toca porque morreu mais um anjinho. Era uma maneira figurativa de se trabalhar a morte de mais uma criança e eu me perguntava: por que que morre? Morre de desnutrição, fome? Sim, morre de fome, porque bebeu água, bebeu água suja e teve diarreia e morreu, e não tinha condições. E aquilo acho que foi um movimento interno que eu fui introjetando e acabei que focando um pouco na minha trajetória na graduação quando eu defini fazer enfermagem, porque eu vi algumas enfermeiras que vinham de outros países, que tinha uma escola muito grande de freiras lá na [minha] cidade e muitas delas tinham terminado enfermagem. E eu achava bonito aquela forma delas fazerem um

trabalho domiciliar, de tentar orientar as pessoas, de tentar fazer grupos (e-INF 14).

Primeiro, eu sou filho, neto e bisneto de farmacêuticos. [...] Farmacêutico não com curso de farmácia, farmacêutico da prática. E meu pai então era o responsável pela assistência à saúde em Jucás. Era quem fazia parto, quem extraia dente e vendia remédio, atendia as pessoas. Eu já tinha esse interesse digamos em saúde. E na faculdade de medicina eu tive uma participação política importante, estudando os problemas nacionais, eu tinha sido de diretório e eu representei os estudantes na reforma do currículo da faculdade de medicina (e-INF 36).

As raízes familiares e culturais, aliadas a um processo de não identificação, levaram a um encontro com outra dimensão da formação que muitas vezes era desacreditada pela maioria dos outros estudantes. Foram encontros garantidos pela militância política, por influências das contingências históricas, por coincidências até hoje inexplicadas, enfim por acontecimentos que levaram os protagonistas da constituição desse campo por caminhos não imaginados, de transgressão, militância, envolvimento com questões sociais e construção do campo. Isso fica perceptível no relato de e-INF 22 sobre as experiências vivenciadas no projeto social, sem vínculo com a IES, que um padre, por um encontro casual, o convidou a participar:

No íterim, a gente começa a fazer teatro, a gente começa a pegar música do Roberto Carlos e botar letra sanitária né. Lembro por exemplo com os meninos da paróquia, os jovens da paróquia. Eles saem e a gente colocava uns vestidos de jaleco, com estetoscópio ao redor do pescoço fazendo de conta que era agente da saúde e os outros vinham em forma de um dragãozinho chinês, aí vinha a *taenia solium* e os exércitos da saúde, Solitária eu estou aqui!! pegando a musica do Roberto Carlos. Isso iluminou a minha vida inteira. Quer dizer, essas experiências rústicas, improvisadas cheias de paixão e de certa incompetência técnica, mas supridas por questionamentos, por perguntas, por ir buscar leitura, pelo debate entre nós, esse tinha um pedaço de informação, o outro tinha o outro pedaço da informação e a gente montou um projeto fantástico e que durou uns dois anos lá. Sem supervisão de nenhum professor porque nenhum professor topou. E nós estávamos no período que não era pra fazer coisa nenhuma, era só pra estudar nome de músculo, nome de osso, essas coisas todas. Não era nem autorizado a gente fazer aquilo. Então a gente fez isso ilegalmente duas vezes. Ilegalmente para os poderes públicos e ilegalmente para o currículo (e-INF 22).

Esses protagonistas tiveram estímulos a uma formação diferenciada, mesmo que extracurricular ou alicerçada em currículos ocultos. A pós-graduação, muitas vezes, apresentou-se apenas como uma iluminação, um incentivador para a concretização da diáspora, uma vez que possibilitava perceber que essa não-identificação e o desejo de

migração não era uma sensação particular, mas uma inquietação partilhada com outros. A pós-graduação tornava a “desidentificação” uma identificação, sacramentando a diáspora. Foi também a pós-graduação que possibilitou que alguns desses profissionais retornassem ao cenário cearense como lideranças dos serviços e da formação. Os primeiros foram lideranças do campo em um cenário onde havia poucas definições tanto do sistema de saúde quanto das fronteiras disciplinares do campo. Muitos gestores também buscaram os programas de PG para conseguirem a formação desejada em SC:

Voltando um pouco às primeiras turmas do mestrado, lá na origem, havia uma clara vocação das pessoas para a gestão. Muitas pessoas inclusive já estavam na gestão e vieram fazer o mestrado. Depois, numa segunda fase, algumas pessoas foram absorvidas pela universidade, também abriu oportunidade, concurso e o pessoal foi entrando. É o caso do próprio Alberto e de algumas pessoas que fizeram a formação aí e depois entraram na universidade. Depois, nos últimos 10 anos, eu não tenho acompanhado, então não saberia te dizer (e-INF 38).

Então a gente formou muita gente boa. Então era isso, eu acho que nós temos muito valor aí de ter capacitado muita gente que mudou a história do Ceará (e-INF 18)

A gente sempre formou, na realidade desde o início era mais um mestrado profissional do que acadêmico. Isso foi muito legal porque talvez a gente tenha tido algum grau de influencia inclusive no êxito do Ceará que teve em relação às políticas públicas de saúde, se a gente parar pra pensar em larga escala. Quem eram as pessoas que estavam liderando esse movimento? Se você parar pra pensar, Ana Maria Cavalcante passou por aqui, Luis Odorico, Valdelice, Ivana, muita gente da SESA. Então assim, pessoas que foram pra política né, pessoas que a gente apoiou direta e indiretamente como a Ligia que apoiou o atual prefeito de Fortaleza. Enfim, se a gente for pensar em um efeito obviamente UFC, UECE sobretudo. Há uma influência razoável que pode ter gerado questões como: o avanço da atenção primária, a questão das gestões estratégicas, eu acho que é um efeito muito maior (e-INF 39).

Os programas, especialmente o programa da UFC, valem-se do mérito de ter formado os principais gestores do SUS Ceará. Havia um processo concomitante, cronológico e ideológico, de constituição do campo científico e dos serviços de saúde em Saúde Coletiva no Ceará. Observa-se um período em que se confundiam os atores e os engajamentos.

Algumas coisas são naturais. É natural que no começo do programa tivesse maior interesse desse público de gestores. O aumento do volume de ingresso, naturalmente tu vai ter um outro perfil e também outros itinerários, que precisam ser monitorados. Isso é uma questão significativa (e-INF 38).

Hoje a situação é bem diferente, não é? Você tem três doutorados, três pós-graduações em saúde coletiva, na federal, na estadual e na unifor, mestrado e doutorado. E você tem a FIOCRUZ com o mestrado em saúde da família. Então você tem uma massa de profissionais, então isso é uma diferença grande. Tem uma escola de saúde pública. Tem uma experiência vitoriosa da secretaria de saúde do estado que conseguiu mudar a saúde no Ceará. Uma experiência muito positiva que é essencial pra animar as pessoas. Então você tem hoje no Ceará esse grupo de pessoas que acreditam que é possível fazer um SUS (e-INF 36).

Todavia, ao passo que muda o cenário, também muda o perfil desse ingresso, como já comentado no início dessa seção. E qual é o perfil dos atuais estudantes desses programas?

O perfil acadêmico na Pós-graduação em Saúde Coletiva no estado

Encontramos nesse estudo que a mudança no perfil dos discentes vem acrescida de certa preocupação, uma vez que se modifica também a intenção desses ingressos no campo:

ultimamente a gente está vendo muito pessoas que ingressam na pós como forma de fonte de renda, pra conseguir uma bolsa e ter dois anos com fonte de renda, não pensando em ter um problema de pesquisa pra responder, não pensando em ter um problema de saúde pública pra ter um retorno depois (e-INF 34).

Ao mesmo tempo, vemos a preocupação com a necessidade de muitos discentes precisarem trabalhar para garantir seu sustento, sendo inviável permanecer apenas com o auxílio da bolsa. Isso muitas vezes acarreta uma diminuição na qualidade da formação:

Então é disponibilidade. Trabalho muito, preciso ganhar, preciso comer e a bolsa é uma miséria. Quem é que vive com 2200,00? Quem é que vive com 1200,00? A maioria tem muitos alunos de fora, de outro estado. Agora mesmo peguei dois de outro estado, tá certo? (e-INF 8).

Some-se a isso uma preocupação consequente com o perfil do egresso. Afinal, quem é o mestre e o doutor em SC do Ceará?

Várias vezes, eu não vou mentir não, é que de forma geral são poucos os professores que fazem de forma diferente, nós estamos dando título de doutor e de mestre e muitas vezes a gente não está formando mestre em saúde pública ou de saúde coletiva, não estamos formando um doutor em saúde coletiva, nós estamos formando técnicos. Alguém que sabe fazer um método, que aprendeu a fazer uma coleta de campo, mas que muitas vezes não tem uma visão crítica, não tem uma visão da saúde coletiva como um todo ou pelo menos dentro da sua área. Se vinculado

à epidemiologia, ter uma visão crítica da epidemiologia para dar um start, começar a pensar fora daquilo que foi o seu mestrado. Então começar a pensar em como aplicar aquele conhecimento adquirido fora da vida acadêmica. Então acaba que a gente vê muitas defesas de dissertação e de tese e que a gente fica pensando: ‘poxa realmente essa pessoa chegou até aqui e muitas vezes é aprovado pelo esforço que teve, pelo esforço do orientador ou, às vezes (posso até dizer que comigo aconteceu uma vez), eu já não aguentava mais o aluno, mesmo tendo um trabalho mais básico, mas foi aquilo que eu consegui tirar dele, eu não conseguia tirar mais de jeito nenhum, para um mestrado a gente até aceita, mas para um doutorado fica mais difícil, porque você está colocando uma pessoa, um doutor, é a nata do pensamento científico do Brasil. Se a gente for contar a proporção de doutores em relação a população brasileira, é muito pequena. E a gente colocar uma pessoa pra fora da faculdade, não no sentido de expulsar, mas assim de finalizar, de titular essa pessoa só por dar esse título, sem o conhecimento necessário, às vezes me deixa muito triste realmente como coordenador e ver meu Deus essa pessoa mesmo está defendendo? E a gente vê que isso acontece muitas vezes aqui dentro da nossa pós-graduação (e-INF 34).

Precisa o professor ter uma mente aberta, porque se ele só ensinar aquilo, arroz com feijão, então não aprende nada. Então arroz com feijão faz no mestrado, faz no doutorado arroz com feijão. É como diz, trabalhar com escala, aí eu aplico a escala no mestrado e aplico a escala no doutorado, o quê que eu aprendi? Nada. Eu jamais faço isso... (e-INF 8)

Tem alunos que por conta disso, estão saindo sem uma formação básica de fazer suas próprias análises, não consegue. Alguns são muito bons e aí acho que depende muito do aluno, quando o aluno quer ele vai, ele dá um jeito, entendeu? Quando não quer e eu acho que a gente está formando algumas pessoas que não poderiam estar saindo com um título de doutor aqui (e-INF 18).

Quando você olha pros egressos, eu também fico preocupada assim com esse perfil. Você deve está vendo isso né, quando você vai analisar os títulos, quando você vai analisar os resumos, o quê a gente tem produzido? Do campo da inovação mesmo, o quê é inovação? Quais são as tecnologias que tem produzido inovação e que tem sido confirmado e afirmado pelos nossos programas. Onde é? Quais são os espaços que tem se dado pra esse campo da inovação? [...] Quais foram as teorias que esses estudantes beberam pra evidenciar a contribuição que o materialismo histórico dialético deu pra nossa produção? E aí quando eu falo dos trabalhadores, eles foram beber nessa fonte? Eles voltam pra academia pra reafirmar ou pra não afirmar ou pra produzir outras coisas, que sejam pra negar, que sejam pra referendar isso? Sabe, eu vejo muito movimento muitas vezes, de você querer provar aquilo que você já sabe, mas não de fazer uma aposta de fato naquilo que seria a inovação. E ao mesmo tempo eu imagino que é porque também esse corpo não suporta, esse corpo foi formatado por esse sistema, pra dar uma determinada resposta e romper com isso às vezes é tão humano sabe, que a gente não dá mais conta da nossa humanidade, aí a gente nega (e-INF 9).

O perfil do ingresso e do egresso são dimensões de análise muito caras para aprofundar a noção de campo científico. É certo que nessa análise as generalizações são perigosas. Não podemos afirmar que todos os egressos tem o mesmo perfil. Mas, em linhas gerais, quem entra nos programas de PG e como cada agente sai tem relação direta com os fluxos e as regras monetárias aplicados sobre capital simbólico existente (BOURDIEU, 2003). Os programas iniciaram-se com um ideal de construção da política pública e do sistema de saúde no Ceará, quem ingressou? Quem estava alinhado com essas práticas. O que se construiu? O que era significativo para esse momento histórico. E isso era valorizado e reconhecido dentro do campo. A partir do momento histórico em que as regras de subsistência do campo e dentro do campo passam a ser legisladas pelo ideal produtivista, outros modos de ingressar e se manter dentro do campo são instituídos. É certo que as primeiras turmas tiveram que abarcar uma demanda reprimida por PG do estado, mas também se percebe, a partir das falas, que houve a construção de uma nova perspectiva de carreira e produção em relação à PG em SC no Ceará (KUHLMANN JUNIOR, 2015; PATRUS; DANTAS; SHIGAKI, 2015; VOSGERAU; ORLANDO; MEYER, 2017).

Todavia, esse não é um movimento iniciado pelos estudantes. As regras de ingresso no campo são definidas pelos dominantes dentro deste campo. Quem se torna dominante é determinado por estruturas de poder e trocas de capital simbólico muito mais amplas. Estando no domínio, esses indivíduos estabelecem as regras. Então, é já esperado que essas regras legissem a seu favor. Tudo isso se torna uma engrenagem tão poderosa, tão perpetuada, que até mesmo a reflexão sobre ela, por mais humana que seja é desafiadora (KUHLMANN JUNIOR, 2015; VOSGERAU; ORLANDO; MEYER, 2017).

A lógica de valorização interna do campo determina o que esse campo produz. Observa-se que o amadurecimento histórico desses programas de PG no Ceará e a definição dos critérios de qualificação do campo por instituições nacionais tem ampliado a produção científica no estado, fato comprovado pelo aumento no número de trabalhos de conclusão, de titulados, de artigos publicados e de pesquisadores. Entretanto, o foco estrito na produção tem gerado uma desarticulação entre os estudantes e até entre as disciplinas constituintes desse campo. O produtivismo rompe com a lógica de solidariedade (BOSI, 2012; PATRUS; DANTAS; SHIGAKI, 2015).

Entretanto, não se pode analisar sob uma perspectiva de intenção malévola premeditada tudo o que é levado a cabo pelos agentes do campo. “*Os alunos, as alunas e os professores são todos vítimas dessa visão de mundo que, felizmente, vem sofrendo algumas reformulações com embates importantes*” (c-INF 10). Não se pode culpabilizar, nem, ao mesmo tempo, negar os esforços que alguns líderes vem empreendendo na subversão de alguns desses aspectos.

É importante ressaltar também que nenhum estudante ou recém-egresso foi entrevistado. O que parcializa nossa análise. Todavia, estabelece-se que tudo o que foi e será aqui apresentado parte do ponto de vista dos entrevistados e dos relatórios, que constituem opiniões de um grupo específico dentro do campo.

Essa desarticulação da formação parece tem a ver também com a perda da interdisciplinaridade característica do campo da SC:

Eu gosto da saúde coletiva por conta dessas possibilidades que ela trás. Não me trás um campo fechado, de muro alto, mas trás um campo que dá pra gente discutir interdisciplinarmente com outras áreas não é. Eu acho fantástico ouvir um economista. Minha turma tinha economista, tinha médico, tinha pedagogo, tinha enfermeiro. Agora mesmo a turma do mestrado eu acho fantástico ter gente de todas as outras áreas. Essa ideia interdisciplinar que a saúde coletiva trás, me atrai muito pelo fato de eu conhecer que nenhum problema humano hoje, ele é só unilateral. Ele é preciso ser visto por diversos ângulos e nenhum olho humano consegue ver por diversos (e-INF 12).

Eu percebo um tanto quanto distanciadas [as formações disciplinares], aí é que a realidade é muito interessante, se chega a uma conclusão de saúde coletiva formada por essas três grandes áreas, é assim como se agora vamos separar pra estudar né. Tá certo que tem horas que se precisa estudar em separado e precisa juntar depois. [...] Mas eu vejo de uma certa forma eles trabalhando desarticulados, eu acho que cada qual tem o seu pedaço. Às vezes eu acho que tem um pouco de vaidade, às vezes eu acho que é por que é assim mesmo, você se volta muito para o seu objeto de estudo e se distancia e vai identificando mais alguns aspectos pra aprofundar e esquece do todo, esquece do macro, aí a gente volta muito pro micro (e-INF 7).

A perda do diálogo interdisciplinar parece ir destruindo o alicerce de constituição da SC enquanto campo. Nunes (NUNES, 2009) já apontava esse campo como um grande mosaico que só existe por essas interfaces. À medida em que as métricas de avaliação e os delineamentos internos do campo nos levam a perder essa característica, poderíamos continuar falando do mesmo campo?

Por outro lado, muitas vezes, essa visão técnica e limitada sobre o mestrado e doutorado parece estar associada a um pequeno conhecimento e/ou pequena vivência

nos serviços de saúde. Daí, as sugestões de alguns entrevistados de que se valorizasse mais a experiência prévia ou concomitante nos serviços como articuladora desses saberes:

Você precisa integrar as grandes áreas. Quando você integra as grandes áreas de conhecimento é nos serviços (e-INF 7).

Então, pra nossa pós-graduação seria muito legal, muito bom se a gente pudesse ter ingressos no programa, pessoas que pelo menos já passaram um ou dois anos no serviço, porque essa pessoa já vivenciou os problemas de saúde de um determinado local e que começa a ficar com aquela pulga atrás da orelha, começa a ficar com vontade de tentar resolver esse problema. [...] Só que muitas vezes o aluno entra aqui e o professor que tem que tentar descobrir um problema pra que ele possa resolver. E muitas vezes ele não tem nenhuma afinidade com aquilo que está sendo proposto pelo professor e acaba sendo uma coisa muito impositiva. Eu até acabando usando um termo: “o estupro intelectual” porque você acaba forçado para ele se adequar aquilo que o professor quer ou muitas vezes acontece o contrário, o aluno chega com uma demanda, querendo resolver um problema que pra ele é importante, que na vivencia dele é importante e quando ele entra no doutorado, no mestrado o professor simplesmente diz esqueça aquilo, aquilo ali você pode fazer em outro momento da sua vida, mas nos vamos trabalhar com isso aqui, que é o meu projeto de pesquisa. Então isso é uma coisa que me deixa muito agoniado também, porque para um mestrado isso as vezes acontece porque o aluno vem recém graduado, não tem ainda uma experiência de pesquisa, ele poderia se adequar pra isso era bom. Mas para um doutorado onde ele já vem com um conhecimento a mais, ele já trás uma proposta, fazer isso é uma coisa que no meu ponto de vista é quase que um ‘estupro’ mesmo (e-INF 34).

Ou seja, observa-se que os mecanismos de ingresso no campo vão sendo definidos por um processo típico do campo científico: essa relação entre dominantes e dominados, entre quem detém o capital simbólico e os meios de produção, e os iniciantes (BOURDIEU, 2003). “*Existe uma falta de autonomia intelectual muito grande na maioria dos ingressos. Muitas vezes você entra querendo fazer uma pesquisa e vai fazer outra porque está dentro da linha de pesquisa do seu orientador. Então é difícil*” (e-INF 7). Essa submissão dos recém-ingresso aos modos de produzir pré-definidos dentro do campo, ilustram essa relação de dominação e repetição estabelecida dentro do campo, conforme explica Bourdieu ao discutir a verdade (BOURDIEU, 2004).

E como ingressar nesse campo da Saúde Coletiva, se não privilegiadamente pelas vias oficiais de formação e financiamento? Assim, muitas vezes, os processos seletivos já imprimem em suas normas as condições necessárias para verificar a competência e a apetência do estudante. Também as pesquisas e os programas de ensino seriam modelados pelos agentes, interessados em gerar recompensas, capital científico,

admissão. Ou seja, os agentes (ou pretendentes a agentes) considerariam as estruturas e conjunturas do campo para desenvolver suas ações (BOURDIEU, 2003).

Atualmente, a pós-graduação *stricto sensu* em SC é a via hegemônica de ingresso no campo. Para serem “aprovados” nos respectivos processos seletivos, muitos estudantes abririam mão de suas intenções científicas para se adequar a determinado objeto ou linha de pesquisa que lhe garantisse ingresso no campo em situação mais vantajada. Até que ponto essa lógica do capital simbólico limitaria nossa produção científica ou mesmo criaria padrões de engessamento e baixa criticidade? Por outro lado, como o pesquisador (docente) solidificaria uma linha de pesquisa sem essa continuidade? Muitas vezes não há intencionalidade nesse processo, mas configuram-se estratégias que vão sendo validadas e hereditarizadas dentro do campo.

Ou seja, os mecanismos de ingresso nos programas acabam sendo também ordenados pelas necessidades e modo de trabalho do orientador (VOSGERAU; ORLANDO; MEYER, 2017). Alguns professores citaram que os grupos de pesquisa acabam sendo via de aproximação dos alunos com os orientadores antes mesmo da seleção e, muitas vezes, alguns professores indicam para que alunos com o perfil necessário para aquela etapa de execução do projeto de pesquisa façam a seleção. Por mais que a seleção tenha uma fase inicial cega, há certa subjetividade no processo de realização das etapas subsequentes. E isso acaba parecendo configurar-se como um mecanismo importante dentro do campo científico da SC no Ceará. Apesar, faça-se a ressalva, de não ser uma prática operacionalizada por todos os agentes desse campo.

A mudança no cenário nacional e estadual e as modificações no modelo de formação reverberam também na organização do processo formativo (e por que não dizer de afirmação dentro do campo?). A efervescência do ambiente acadêmico, o compartilhamento de ideias, o debate, a construção conjunta de uma proposta: tudo isso parece estar sendo perdido pelas exigências produtivistas, pelas métricas individualizantes do trabalho de cada pesquisador e pelo contexto de inserção e atuação desse profissional-pesquisador-ator da SC.

As questões acabam capilarizando nas turmas dos alunos. Que hoje não fazendo turmas, fazem suas teses individuais, se ausenta, fala com o orientador e vai embora, não tem aquela coisa efervescente você ver uma pós-graduação por exemplo como eu vivi, que você realmente se internava ali dentro da academia, usava a biblioteca, fazia muitas buscas, fazia grupo de estudo, tentava entender os textos, tentava decifrar as traduções, traduzir, porque tinha muita coisa que não tinha assim traduzida. Então eu acho que nesse sentido, esse individualismo,

mas ele é marco da pós da modernidade tardia, pós moderna, essa questão vem muito com a evolução tecnológica, devido a modernização, tudo que os sociólogos contemporâneos discutem. Então temos que colocar o campo da saúde coletiva dentro da contemporaneidade, sistema de avaliação dentro da contemporaneidade. Essa ideia de bônus empresarial passou a ser também um bônus científico, então com todas as mediocridades que isso gera, porque nós temos um produto que extremamente difícil de mensurar e valorar, que é a reflexão, que é o conhecimento e a sua própria utilidade social. Utilidade no sentido de um pensamento lúcido né. Ter uma utilidade social, não é só uma patente (e-INF 10)

A comunidade científica só existe pela colaboração. Até mesmo a produtividade só pode existir pela colaboração entre pares. Como exemplo, pode-se citar o fato de o produtivismo depender da avaliação de mérito dos manuscritos por outros colegas, inseridos no mesmo campo (PATRUS; DANTAS; SHIGAKI, 2015). Esse trabalho avaliativo, mesmo sem remuneração financeira e/ou simbolicamente comprovada dentro do campo, é feito de modo colaborativo, em prol do campo científico. Todavia, essa colaboração, como afirmam Patrus, Dantas e Shigaki (PATRUS; DANTAS; SHIGAKI, 2015), parece ser alienada e não determinar a solidariedade.

Em discordância com essa visão preocupada com o perfil do egresso, os docentes da Unifor emitem uma opinião diferente sobre o perfil do egresso da PG em SC:

Eu acho um perfil de excelência, os egressos da saúde coletiva. Por que? Porque são profissionais que saem capacitados para uma tomada de decisão mais efetiva, para desenvolver pesquisa, para entrar na área de ensino e pesquisa, com capacidade de atuar nos serviços com muito mais preparação, coerência, com muito mais objetividade... quase todos eles estão na área de gestão. [...] Ele tem maior capacidade de pensar, de refletir, e reinventar a pesquisa. Tem capacidade de desenvolver outros projetos nessa área. [...] A Saúde coletiva, por ser muito abrangente, prepara o estudante para assumir as mais diversas situações (e-INF 5).

Acredita-se que essa reflexão de e-INF 5 ainda é válida quando tomamos como parâmetro de análise a comparação entre a SC e as demais áreas da saúde, especialmente as mais clínicas. Todavia, quando se toma como unidade de análise as possibilidades de integração, intercâmbio e criticidade dentro da amplitude do campo da SC, a preocupação antes apresentada nos parece justa e válida.

Quanto ao percurso formativo atual dentro desses programas cearenses, na UECE, observa-se uma preocupação adicional com o tempo de finalização do curso (UECE, 2019b). Desde o primeiro mestre formado por essa instituição, observa-se a

finalização do curso em menos tempo que o previsto pela CAPES. Essa parece continuar sendo uma marca registrada da UECE desde os primórdios do programa. Já na UFC, percebe-se um atraso (todavia dentro dos prazos aceitáveis de prorrogação pelo estatuto interno da IES) em relação aos prazos de finalização (UFC, 2019c). Na UNIFOR, a média de meses necessários para finalizar o curso de mestrado mantém-se absolutamente fixa nos 24 meses (UNIFOR, 2019b). Isso teria alguma relação com o fato de esta ser uma instituição privada e a quantidade de meses permanecidos ter relação direta com o investimento pago pela formação ou mesmo com as exigências gerenciais as quais os docentes são submetidos?

Refletindo-se que a PG tem um papel não apenas de produção científica, mas também de formação, esse tempo de formação é apontado como uma lacuna. Ou seja, há uma dicotomia entre acelerar o processo e atender a um parâmetro de avaliação da CAPES ou prolongar um pouco mais e fortalecer essa formação.

A lacuna no ensino, na formação, é uma lacuna assim... é muito difícil em 2 anos de formação você suprir lacunas de formação, lacunas de conhecimento. Não é? Porque é mais fácil você vir focado naquele tema que você quer desenvolver, desenvolver aquele tema e não importa os outros. Aí perde você, porque você está focando e perdendo visão. Ao passo que a Pós-graduação é para abrir visão. Você pode focar nesse objeto, mas o seu objeto é contextualizado de várias formas. Então essa contextualização é que lhe enriquece. [...] Eu acho que o primeiro ano do mestrado deveria aprofundar no sentido mais amplo da Saúde Coletiva, para depois aprofundar no seu objeto, mas com uma visão muito mais ampliada, para contribuir de forma mais efetiva na vida científica e na sociedade. [...] A obrigatoriedade da pós-graduação as vezes ela é muito injusta com nós mesmos. Devido esse corte que tem que fazer. Infelizmente temos um direcionamento, um prazo (e-INF 5).

Quanto ao tempo para titulação do doutorado, acredita-se ser muito cedo para tecer conclusões uma vez que as primeiras turmas dos programas próprios ainda não chegaram ao fim do prazo previsto e aprovado (inclusive com bolsa) pelo MEC. Tendo alguns discentes do doutorado que já concluíram antecipadamente, mas especialmente em situações especiais, como aprovação em concurso público.

Tanto os programas da UNIFOR quanto da UFC, há um projeto de localizar e monitorar os egressos (UFC, 2019c; UNIFOR, 2019b). Na UECE, esse acompanhamento dos egressos ainda está em fase de andamento e consolidação (UECE, 2019b). Há uma dificuldade em conseguir comparar as métricas de produção e atuação dos egressos entre as 3 IES uma vez que não se explorou em detalhes os métodos, técnicas e amostra alcançados por cada um desses programas, contudo os relatórios apontam

grande número de mestres e doutores como docentes, pesquisadores, profissionais da assistência e da gestão. Além do que, são alguns os casos de egressos desses programas que hoje são parte do corpo docente de programas do Ceará, como docentes e orientadores. Essa dificuldade reverbera na pobre análise que aqui podemos também desenvolver sobre o perfil do profissional pós-graduado em SC.

A formação curricular nos programas de Saúde Coletiva

As matrizes curriculares dos 3 programas contemplam variadas disciplinas com enfoque nas formações disciplinares, nos métodos e técnicas de pesquisa e nas abordagens quantitativas e qualitativas. Todavia percebem-se peculiaridades em cada IES. Na UECE, são muitas as disciplinas específicas sobre técnicas de análise qualitativa de informações. Na UFC, por outro lado, são muitas as disciplinas com enfoque mais quantitativo e/ou epidemiológico. Por sua vez, na Unifor, há um maior equilíbrio entre as formações disciplinares em termos de disciplinas ofertadas. Além disso, percebe-se que temas específicos relativos às linhas de pesquisa e às metodologias utilizadas pelo corpo docente local surgem nas disciplinas, tais como saúde materno-infantil e doenças infecciosas e parasitárias muito prevalente na UFC, dada a história de constituição de um corpo docente oriundo de departamentos de pediatria, obstetrícia e higiene. Na Unifor, um enfoque em promoção da saúde e, na UECE, em políticas públicas de saúde e nutrição e estilo de vida, uma vez que este programa possui docentes vinculados aos cursos de nutrição e educação física (UECE, 2019b; UFC, 2019c; UNIFOR, 2019b).

Nota-se, sobremaneira, uma diferenciação entre a carga horária total dos cursos de mestrado e doutorado na UECE, em contraposição à UFC (UFC, 2019b) e a Unifor (UNIFOR, 2019a). A grande diferença de carga horária encontra-se em relação ao tempo dedicado à dissertação/tese e às disciplinas optativas. Observa-se na UECE um padrão de formação muito mais vinculado a um estilo de dedicação exclusiva, pela estruturação do currículo e não pela adesão a uma bolsa de estudos. Na UFC, o próprio relatório ressalta uma grande quantidade de discentes vinculados aos serviços (seria essa ainda uma herança histórica da especialização em Saúde Pública?) (UFC, 2019c). Na Unifor, muitos dos estudantes já tem outros vínculos empregatícios também, o que se faz necessário especialmente por seu uma pós-graduação privada com necessidade de desembolso de investimento mensal ao longo do percurso formativo (UNIFOR, 2019b).

Por fim, pode-se comparar o que os relatórios (UECE, 2019b; UFC, 2019c; UNIFOR, 2019b) apontam sobre integração com serviços de saúde. Na UFC, a existência de um hospital e maternidade universitária favorecem o desenvolvimento de pesquisas nesse cenário. Na Unifor, existe o NAMI e todos os serviços de APS co-geridos pela IES. Na UECE, percebe-se um padrão de inserção mais vinculado à gestão dos serviços e às unidades de atenção primária, dado que a universidade não tem ligação direta com os serviços da rede estadual de assistência.

Uma breve análise do fomento dos programas por meio de bolsas

O fomento aos programas de PG também é uma variável importante para que se avalie o processo de constituição do campo científico no estado. Apesar de o portal GEOCAPES reunir muitos dados importantes sobre o assunto, aqui limitamos essa análise apenas à contagem de bolsas.

A partir dos gráficos 11 e 12, é possível identificar um processo nacional de crescimento no fomento acompanhado por um processo semelhante a nível estadual. Observa-se que, de 2003 a 2013 houve uma tendência a crescimento, com pequenas oscilações. Entretanto, de 2013 a 2016 iniciou-se um processo de queda. É fácil associar esse crescimento com o movimento político vivenciado durante os dois mandatos do governo Lula e o primeiro mandato Dilma, onde houve bastante investimento em ciência, pesquisa e tecnologia, especialmente com criação de programas de fomento a internacionalização e intercâmbio dos programas.

A questão do financiamento é apontada como detentora de uma relação direta com a manutenção da qualidade dos programas e com a criação de possibilidades para atender aos requisitos da avaliação CAPES. Isso é sentido também pelos coordenadores de programas e tem uma lógica direta com os mecanismos de funcionamento do campo científico: *“isso também melhorou muito depois que a gente foi para a nota 5, porque o financiamento quase que dobrou depois que a gente foi para a nota 5”* (e-INF 34). Ou seja, proporcionalmente ao acúmulo de capital simbólico e o reconhecimento dessa autoridade dentro do campo, o programa ganha mais possibilidades de financiamento, o que amplia sua capacidade de acúmulo de capital, gerando um fluxo contínuo e retroalimentado de exaltação dos dominantes (BOURDIEU, 2004). Repetindo uma citação de Bourdieu podemos afirmar que *“o capital simbólico atrai capital simbólico: o capital científico dá crédito aos que já te”* (BOURDIEU, 2004) (p. 81).

Além disso, o fomento dos programas e projetos de pesquisa tem um impacto nevrálgico sobre as tensões instaladas dentro do campo científico. A falta de homogeneidade, aqui já apontada, não pode ser entendida apenas na perspectiva de escolhas do corpo docente ou fatos objetivos decorrentes da história de cada programa.

a saúde coletiva não é um campo homogêneo e não é um campo harmônico. E como campo, uma definição do Pierre Bourdieu, é um lugar de disputas pelo monopólio da autoridade. E isso é muito claro, autoridade científica, que se desdobra em muita coisa. O campo é um espaço de disputas em torno da autoridade científica que lhe é coletivamente atribuído, está lá no campo científico. O quê que ocorre? Provavelmente você já viu muitos casos, não é? Da questão das disputas entre o pessoal das ciências humanas e sociais e a epidemiologia, isso ocorre nos editais, ocorre pelas bolsas CNPQ. E a gente pode dizer que esse paradigma da epidemiologia, ele segue sendo hegemônico. Ele é hegemônico não é assim porque tem mais aulas de epidemiologia, ele é hegemônico porque se você entrar no Cnpq e entrar na Caps, você vai ver que a maior parte dos recursos é monopolizado por esse grupo (e-INF 10).

Ou seja, há a construção de uma escala de valoração, do que é reconhecido, do que é financiado, do que é publicado (PATRUS; DANTAS; SHIGAKI, 2015). Esse movimento de disputa é muito mais relatado por quem está no lugar de dominado, pois percebe o “não lugar” ou o lugar de descrença que muitas vezes é dado à sua contribuição no campo:

Eu me sinto em disputa. Tu não imagina o que é uma pedagoga nesse meio. Uma coisa é ser da saúde, que já dá disputa e outra coisa é ser pedagoga. Tem também uma disputa. E é engraçado que a pedagogia que eu disse aqui na entrevista, pra muitos nem é ciência. Aí tu já pensou? Eu sempre digo que me sinto num “não lugar”, mas também me sinto confortada em não ter um lugar. Porque na hora que você diz, este é o meu lugar, você termina, vou usar uma expressão bem nordestina, bem interiorana: você atola os pés no chão e não sabe mais voar, sair (e-INF 12).

O campo científico tantas vezes camufla essa disputa na determinação do que é ciência ou não, do que é capital científico ou não (BOURDIEU, 2003). Por isso, o ideal de dominação positivista e biologicista acaba por relegar as CHS a um lugar de não ciência. Mesmo que sem uma premeditada intenção, os estudantes, recém-chegados ao campo, acabam por reproduzir essa interpretação em ingênuas perguntas direcionadas aos docentes:

Mas infelizmente tem muita gente ainda muito com compreensão de ciência positivista, fechada, quantitativa. E aí já relevam que [CHS] não é ciência. Aqui mesmo na UECE essa minha turma de mestrado de ensino em saúde, eles me perguntaram assim: professora e a

autobiografia é considerada ciência? Aí você vê o que é ciência para as pessoas, e aí eu acho que o próprio campo de saúde coletiva sofre disso, isso é ciência? É um campo que trás três eixos que muitas vezes os três nem se conversam, nem se dialogam, não é? (e-INF 12).

Mas, essas disputas não acontecem apenas entre as formações discursivas. Dentro da mesma formação, há dicotomias, como ilustrado nas falas a seguir:

Então hoje nós temos no departamento dois grupos trabalhando hanseníase separados. Eu e ele trabalhamos com áreas de hanseníase, separou. Eu comecei a trabalhar com um australiano, é um professor americano que mora na Austrália há muitos anos e ele falou assim: engraçado, eu vi que tem no departamento dois grupos trabalhando, nem você está no deles e nem eles estão no de vocês, ele falou porque você não trabalha com eles? (e-INF 18).

Nesse ínterim, aquilo que é unanimemente considerado ciência merece ser financiado. Aquilo que está nesse hiato de compreensão entre ciência e não-ciência parece encontrar mais desafios na sua afirmação do merecimento de financiamento. Teriam essas disputas origem na própria constituição do campo científico? Origem na disputa por financiamento, autoridade científica e lugar de dominação dentro do campo? E como conceber a interdisciplinaridade sem a necessária colaboração?

O campo científico é esse lugar de disputa, que será concebida por diferentes disparadores e interferências. Todavia, por mais que as relações e entrelinhas não possam ser completamente analisadas aqui, pode-se afirmar que o capital científico faz-se eixo de tais disputadas, mesmo que a explicação trazida pelos entrevistados gire em torno de outros (relevantes e justificáveis) elementos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Revisitar os protagonistas e os acontecimentos relacionados à construção político-institucional do campo da saúde coletiva no Ceará trouxe uma constatação muito importante: os parasitologistas são os antecessores dos sanitaristas. A revisão da literatura permitiu concluir que essa não é uma realidade apenas cearense, mas brasileira. Os médicos parasitologistas tinham contato próximo com a realidade das endemias e doenças infecciosas, reconhecendo a necessidade de uma assistência em saúde que incluísse promoção, prevenção e recuperação da saúde. Bem como, a proximidade com essa realidade fazia emergir a noção de determinação social da saúde, necessidade de ampliação da clínica, trabalho em equipe, e demanda por políticas públicas efetivas e respondentes às necessidades locais. Por todos esses elementos, alguns parasitologistas se tornaram os primeiros sanitaristas e o contato com essa realidade sanitária fortaleceu muito a epidemiologia como ciências de diagnóstico de tal realidade social.

Pensando nesse contexto, podemos identificar que, por meio do IMEP, o Ceará esteve em comunhão com o movimento internacional do preventivismo. As experiências exitosas e a produção científica da época sobre o assunto chegaram ao nosso estado por intermédio de intelectuais, como o Professor Alencar, que viajaram, especializaram-se e lideraram pesquisas e reformas dentro da academia local.

O fim do IMEP em meio às atrocidades da ditadura militar é um marco histórico que precisa ser de conhecimento dos agentes do campo científico. Mas, além de ser um fato que precisa ser registrado e de amplo conhecimento, constitui-se mote para reflexão acerca do papel da formação em saúde coletiva, do nosso papel enquanto pesquisador-docente-militante deste campo e das interfaces com a realidade atual que vivemos no país. Autoritarismo, censura, desmonte, ataques à democracia, *fake news*, alienação, polarização... qualquer semelhança não é mera coincidência. Do mesmo modo, as consequências e as perdas de tudo o que aconteceu na década de 1960 devem nos fazer posicionar com urgência mediante os ataques e as perdas (em curso ou já dadas) nos anos 2020.

Todavia, mesmo reconhecido seu potencial histórico e de reflexão sobre o presente, essa história permanece desconhecida de muitos. Apesar de alguns importantes registros, essa articulação de acontecimentos e produções não está acessível (ou devidamente valorizada?) aos estudantes e docentes da Saúde Coletiva. Acredita-se que

na formação do sanitarista há de existir também uma introdução às peculiaridades cearenses de construção desse campo, por isso reproduzir essa história e reconhecer seus protagonistas é um processo formativo que deve ser multiplicado.

Essa história também é um conhecimento relevante para que se possa compreender os desafios cotidianos enfrentados pelos agentes atuantes no campo. A relação entre as formações disciplinares, as disputas, o produtivismo, a configuração docente dos departamentos, e muitos outros elementos de uma análise de conjuntura podem ser resgatados na história e utilizados como elemento de compreensão do presente.

Além disso, a narrativa da história do campo estabelece uma interface dessa história com a história da Saúde da Família no estado. Tal interface não foi estudada, mas abre-se a inquietação por essa investigação. Delineia-se, pois, um objeto de estudo que pode ser desmembramento das perguntas de partida deste trabalho.

Por outro lado, reconhece-se a limitação desse estudo. A história de várias décadas demanda um inesgotável entrelaçamento de possíveis informantes. Ou seja, a relação com a saúde da família, com a graduação em medicina, com as outras IES, poderia gerar um movimento infinito de construção de informações. Esse processo completo não estava inscrito no objetivo desta tese, mas pode ser pensado como encaminhamento e desdobramento desse esforço inicial aqui empreendido.

Espera-se, por fim, que esse trabalho possa contribuir para a formação em Saúde Coletiva no estado, valorizando a história e construindo o futuro.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. **Sobre a Abrasco**. 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>. Acesso em: 02.11.2017.
- ALENCAR, M. B. **Carta à sociedade**. Fortaleza, 2004.
- AMARAL, M. I. V. **Formação em Saúde Coletiva: demandas da realidade do Ceará na perspectiva dos gestores e profissionais do SUS**. 2010. 78 f. (Dissertação) - Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- ANDRADE, L. O. M. Uma tentativa de construir uma nova tipologia acerca das onze mil noites de construção da reforma sanitária brasileira. Disponível em: <http://repositoriosanitaristas.conasems.org.br/jspui/handle/prefix/940>.
- ANGULO-TUESTA, A.; SANTOS, L. M. P.; ITURRI, J. A. Processos e desafios da interação entre pesquisa e política na perspectiva dos pesquisadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23, n. 1, p. 7-15, 2018.
- AROUCA, S. R. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- ARRUDA, G. M. M. S.; BARRETO, I. C. D. H. C.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 10, n. 4, 2017-06-24 2017. ARTIGOS ORIGINAIS.
- BACHELARD, G. **A formação do espírito científico**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.
- BARATA, R. B.; GOLDBAUM, M. Perfil dos pesquisadores com bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq da área de saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, 19, n. 6, p. 1863-1876, 2003.
- BARBOSA, J. P. A. **Saúde & poder: uma história das instituições de saúde pública do Estado do Ceará**. Fortaleza: RDS, 2017. 256 p.
- BARR, H. **The Genesis of a Global Movement**. London: CAIPE, 2015.
- BARRETO, I. C. H. C.; ANDRADE, L. O. M.; MOREIRA, A. E. M. M.; COSTA, É. D. *et al.* Reforma Sanitária no Ceará: lutas e conquistas em um cenário adverso. **Saúde debate**, 35, n. 90, p. 387-395, 2011.
- BARROS, N. F. The teaching of social sciences in health: between practice and theory. **Ciênc. saúde coletiva**, 19, n. 4, p. 1053-1063, 04/2014 2014.
- BARROS, N. F., 2019, Fortaleza. **O Campo da Saúde Coletiva**. Universidade Estadual do Ceará.

- BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. Interprofessional education in the teaching of the health professions: shaping practices and knowledge networks. **Interface (Botucatu)**, 20, n. 56, p. 202-204, 03/2016 2016.
- BOSI, M. L. M. Productivity and academic assessment in the Brazilian public health field: challenges for human and social sciences research. **Cad. Saúde Pública**, 28, n. 12, p. 2387-2392, 2012.
- BOSI, M. L. M.; PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15, p. 2029-2038, 2010.
- BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Ed.). **Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Olho d'água, 2003. p. 112-143.
- BOURDIEU, P. **Para uma sociologia da ciência**. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BOURDIEU, P.; PASSERON, J. C.; CHAMBOREDON, J. C. **Le métier de sociologue**. Paris: Mouton-Bordas, 1973.
- BRANDÃO, C.; RIBEIRO, J.; COSTA, A. P. Investigação qualitativa: em que ponto estamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, 23, n. 1, p. 4-4, 2018.
- BRASIL. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais : o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. SAÚDE, M. D. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde 2011.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde 2012.
- BRASIL. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde 2013.
- CAIPE. **Interprofessional Education: The definition**. 2002. Disponível em: <http://www.caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>. Acesso em: 02.02.2014.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. A Pesquisa e o Campo da Saúde Coletiva. **Physis**, 15, n. 1, p. 9-11, 2005.
- CANESQUI, A. M. Vinte cinco anos do Departamento de Medicina Preventiva e Social, 1965-1990. In: **Caderno de palestras proferidas por ocasião da comemoração dos 25 anos do DMPS/FCM**. Campinas, 1990. v. 1, p. 11-21.
- CANESQUI, A. M. About the presence of social and human sciences in public health. **Saude soc.**, 20, n. 1, p. 16-21, 03/2011 2011.

CAPES. **Sobre Pós-Graduação Stricto Sensu**. 2017. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/acessoinformacao/perguntas-frequentes/pos-graduacao-stricto-sensu/7443-sobre-pos-graduacao-stricto-sensu>. Acesso em: 08.09.2019.

CAPES. **GEOCAPES - Sistema de informações georreferenciadas CAPES**. Brasília, 2019a. Disponível em: <https://geocapes.capes.gov.br/geocapes/>. Acesso em: 28.03.2019.

CAPES. **Mudanças na ficha de avaliação valorizam qualidade dos programas**. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/36-noticias/9370-mudancas-na-ficha-de-avaliacao-valorizam-qualidade-dos-programas>. Acesso em: 18.09.2019.

CARVALHO, M. R. **Dr. GALBA DE ARAÚJO - pioneiro da Humanização Obstétrica**. 2015. Disponível em: <http://www.aleitamento.com/humanizacao-parto/conteudo.asp?cod=2028>. Acesso em: 03.09.2019.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. *In*: FIOCRUZ, E. (Ed.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2009. p. 137-170.

CASTELLANOS, M. E. P.; FAGUNDES, T. L. Q.; NUNES, T. C. M.; GIL, C. R. R. *et al.* Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18, n. 6, p. 1657-1666, 2013.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; OLIVEIRA, D. L. L. C. D.; BILIBIO, L. F. *et al.* Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13, n. 5, p. 1567-1578, 10/2008 2008.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 14, n. 2, p. 343-362, 2004.

COSTA, M. V. The interprofessional education in Brazilian context: some reflections. **Interface (Botucatu)**, 20, n. 56, p. 197-198, 03/2016 2016.

CÂMARA, A. M. C. S.; CYRINO, A. P.; CYRINO, E. G.; AZEVEDO, G. D. *et al.* Interprofessional education in Brazil: building synergic networks of educational and healthcare processes. **Interface (Botucatu)**, 20, n. 56, p. 5-8, 03/2016 2016.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **J Interprof Care**, 19 Suppl 1, p. 8-20, May 2005.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa em serviços de saúde: notas teóricas. *In*: BOSI, M. L. M. e MERCADO, F. J. (Ed.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 99-120.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas cidades, 1976. 124 p.

DSC. **Histórico**. Fortaleza, 2019. Disponível em: <https://saudecomunitaria.ufc.br/sobre-o-departamento/historico/https://saudecomunitaria.ufc.br/sobre-o-departamento/historico/>. Acesso em: 24.01.2020.

FOUCAULT, M. O nascimento da Medicina Social. *In*: MACHADO, R. (Ed.). **Microfísica do Poder**. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016. p. 143-170.

FRAZÃO, D. **Biografia de Michel Foucault**. 2015. Disponível em: https://www.ebiografia.com/michel_foucault/. Acesso em: 24.07.2017.

FRENK, J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z. A.; COHEN, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010/12/04 2010.

GARCIA, M. M. A. O campo das produções simbólicas e o campo científico em Bourdieu. **Cad. Pesq.**, n. 97, p. 64-72, 1996.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. *In*: BAUER, M. e GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 64-89.

GUERRA, A. C. **A implementação do REUNI na Universidade Federal do Ceará no contexto da contrarreforma da Educação Superior**. 2017. 136 f. (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Educação Brasileira, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C.; PIERANTONI, C. R.; BRENELLI, S. L. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, 44, n. 3, p. 383-393, 06/2010 2010.

ISC. **Conheça o PPGSC**. Salvador, 2019. Disponível em: <http://www.isc.ufba.br/conheca-o-ppgsc/>. Acesso em: 09.07.2019.

JORGE, M. S. B. **Histórico PPSAC**. Destinatário: ARRUDA, G. M. M. S. Fortaleza, 2019.

JORGE, M. S. B.; GURGEL, L. A.; ÁVILA, M. M. M.; MOREIRA, T. M. M. **Catálogo de publicações do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: 2004 - 2016**. Fortaleza: EdUECE, 2017. 586 p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=2ahUK EwjTnfHy1L3pAhXkILkGHQzxC3sQFjADegQIBBAC&url=http%3A%2F%2Fuece.br%2Feducacao%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D2126%26Itemid%3D1171&usq=AOvVaw3EPFQNXyJ0L-UtUit2g4yQ](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=2ahUKEwjTnfHy1L3pAhXkILkGHQzxC3sQFjADegQIBBAC&url=http%3A%2F%2Fuece.br%2Feducacao%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D2126%26Itemid%3D1171&usq=AOvVaw3EPFQNXyJ0L-UtUit2g4yQ).

- KUHLMANN JUNIOR, M. Produtivismo acadêmico, publicação em periódicos e qualidade das pesquisas. **Cadernos de Pesquisa**, 45, n. 158, p. 838-855, 2015.
- KUHN, T. S. A Estrutura das Revoluções Científicas. São Paulo: Perspectiva. Tradução de Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira 2011.
- LIMA, A. F. História oral e narrativas de história de vida: a vida dos outros como material de pesquisa. *In*: LIMA, A. F. e LARA JUNIOR, N. (Ed.). **Metodologias de pesquisa em psicologia social crítica**. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 13-34.
- LORENA, A. G.; AKERMAN, M. **Uma ou várias? IdentidadeS para o sanitário!** São Paulo: Hucitec, 2016. 150 p.
- LORENA, A. G.; SANTOS, L.; ROCHA, C. F.; LIMA, M. S. S. *et al.* Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? **Saúde e Sociedade**, 25, p. 369-380, 2016a.
- LORENA, A. G.; SANTOS, L.; ROCHA, C. F.; LIMA, M. S. S. *et al.* Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? **Saúde e Sociedade**, 25, n. 2, p. 369-380, 2016b.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, 42, n. spe1, p. 18-37, 2018.
- MARTIN, D.; MONTANARI, P. M.; PEREIRA, P. P. G.; HAMBURGER, F. G. *et al.* As contribuições das Ciências Sociais e Humanas no campo da Saúde Coletiva: vinte anos da revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 22, n. 67, p. 1029-1042, 2018.
- MARTINS, C. B. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. **Educação & Sociedade**, 30, n. 106, p. 15-35, 2009.
- MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Interprofessional collaboration and the Brazilian Sanitary Reform: implications for delivery of healthcare. **Saude soc.**, 22, n. 1, p. 173-186, 03/2013 2013.
- MENESES, J. J. S.; SILVA, M. M. O.; CASTELLANOS, M. E. P.; RIBEIRO, G. S. PANORAMA DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL ENTRE 2008 E 2014. **Trabalho, Educação e Saúde**, 15, n. 2, p. 501-518, 2017.
- MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M. Introdução: Notas para um debate. *In*: MERCADO, F. J. e BOSI, M. L. M. (Ed.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. v. 2.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MINAYO, M. C. S. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, 22, p. 21-31, 2013.

MINAYO, M. C. S. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22, n. 1, p. 16-17, 2017.

MONTEIRO, F. C. D. **O Instituto de Medicina Preventiva (IMEP): uma história do ensino da Medicina Preventiva na Universidade Federal do Ceará**. 1997. 153 f. (Dissertação) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

MONTESUMA, F. G.; FÉ, M. R. A. I. B. M.; GOMES, S. C. C.; FERNANDES, T. C. L. *et al.* Saúde pública no Ceará: uma sistematização histórica. **Cadernos ESP**, 2, n. 1, p. 6-19, 2006.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. The “Paulista way”: building collective health in the state of Sao Paulo, Brazil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 21, n. 60, p. 5-11, 2017.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. Desenvolvimentismo e preventivismo nas raízes da Saúde Coletiva: reformas do ensino e criação de escolas médicas e departamentos de medicina preventiva no estado de São Paulo (1948-1967). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 22, n. 65, p. 337-348, 2018.

MOTTA, J. M. C. **Fragmentos da história e da memória da Psicologia no mundo do trabalho no Brasil: relações entre a industrialização e a Psicologia**. 2004. 239 f. (Tese) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

MOTTA, J. M. C. Entrevista dialogal: o que pretende de novo? **Rev. bras. psicodrama**, 17, n. 2, p. 93-102, 2009.

NESC. Anteprojeto do Regimento Interno do NESC. UFC. Fortaleza: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva 1988a.

NESC. Projeto de Consolidação do NESC do Estado do Ceará (1988-1989). UFC. Fortaleza: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva 1988b.

NESC. Relatório NESC - 1994. UFC. Fortaleza: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva 1994.

NESC. Proposta de vinculação do NESC à Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da UFC. UFC. Fortaleza: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva 1995.

NOGUEIRA, J. A. D.; BOSI, M. L. M. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22, n. 6, p. 1913-1922, 2017.

- NOVAES, H. M. D.; WERNECK, G. L.; CESSÉ, E. A. P.; GOLDBAUM, M. *et al.* Pós-Graduação senso estrito em Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23, n. 6, p. 2017-2025, 2018.
- NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. D. S., *et al* (Ed.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 19-39.
- NUNES, E. D.; FERRETO, L. E.; BARROS, N. F. A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: trajetória. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15, n. 4, p. 1923-1934, 2010.
- NÉTTO, O. B. S.; FORTE, F. D. S. As Ciências Sociais na Educação Médica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23, n. 8, p. 2771-2772, 2018.
- OCKÉ-REIS, C. O. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. **Saúde em Debate**, 41, n. 113, p. 365-371, 2017.
- OLIVEIRA, D. A.; TOMÉ, G. S. **Centenário de Joaquim Eduardo Alencar**. São Luiz, 2012. Disponível em: <http://historiadamedicina-ma.blogspot.com/2012/12/centenario-de-joaquim-eduardo-alencar.html>. Acesso em: 15.08.2019.
- OMS. Seminários sobre la enseñanza de medicina preventiva: Viña del Mar, Chile, 10-15 de octubre, 1955; Tehuacán, México, 23-28 de abril, 1956. Washington: Organização Mundial de Saúde 1957.
- OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saude soc.**, 24, n. 1, p. 205-218, 2015.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, 40, p. 73-78, 2006.
- PATRUS, R.; DANTAS, D. C.; SHIGAKI, H. B. O produtivismo acadêmico e seus impactos na pós-graduação stricto sensu: uma ameaça à solidariedade entre pares? **Cadernos EBAPE.BR**, 13, n. 1, p. 1-18, 2015.
- PEDUZZI, M.; NORMAN, I. J.; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M. *et al.* Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Rev. esc. enferm. USP**, 47, n. 4, p. 977-983, 08/2013 2013.
- PIMENTEL, A. The method of documental analysis: the use for a historiogrphical research. **Cad. Pesqui.**, n. 114, p. 179-195, 2001.
- PINHEIRO, F. G. B. "**O médico dos lázaros**": Antônio Justa e o combate à lepra no Ceará (1928-1941). 2016. 174 f. (Mestrado) - Mestrado Acadêmico em História e Culturas, UECE, Fortaleza.
- PONTES, R. J. S. Memorial Concurso Professor Titular UFC. Fortaleza 2016.

- QUEIROZ, M. I. P. P. Relatos orais: do "indizível" ao "dizível". *In*: SIMSON, O. (Ed.). **Experimentos com história de vida**. São Paulo: Vértice, 1988.
- REEVES, S.; PELONE, F.; HARRISON, R.; GOLDMAN, J. *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, 2017.
- REIS, N. R. B. Rodolfo Teófilo e a luta contra a varíola no Ceará, 1905. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 8, n. 1, p. 286-289, 2001.
- ROSE, N.; CARVALHO, S. R.; OLIVEIRA, C. F. Ciências Humanas e Naturais: diálogos e política de colaboração. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 22, n. 65, p. 331-336, 2018.
- ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- ROTHEN, J. C. Os bastidores da reforma universitária de 1968. **Educação & Sociedade**, 29, n. 103, p. 453-475, 2008.
- SANTOS, B. O. **Fórum Cearense da Luta Antimanicomial : sua história a partir das narrativas de militantes**. 2016. 116 f. (Graduação em Psicologia) -, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- SCHRAIBER, L. B. Prefácio - Saúde Coletiva: um campo vivo. *In*: PAIM, J. S. (Ed.). **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 9-19.
- SCHRAIBER, L. B. A ciência ou as ciências? Encruzilhada para diálogos interdisciplinares. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22, n. 1, p. 18-19, 2017.
- SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5, n. 1, p. 187-192, 2000.
- SILVA, G. R. Da Higiene à Medicina Preventiva. **Revista Médica**, 81, n. especial, p. 24-27, 2002.
- SILVA, M. G. C. **JOAQUIM EDUARDO DE ALENCAR (1912-2012)**. Fortaleza, 2012. Disponível em: <http://blogdomarcelogurgel.blogspot.com/2012/10/joaquim-eduardo-de-alencar-1912-2012.html>. Acesso em: 15.08.2019.
- SOARES, G. M. M. **Collaboration and interprofessional education in health graduate : a case study of the Family Health Multidisciplinary Residency**. 2015. 286 f. Dissertation (Dissertação) - Departamento de Saúde Comunitária. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva., Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/13588>.

SOUSA, A. Q. **Leishmaniose cutânea no Ceará: aspectos históricos, clínicos e evolução terapêutica**. 2009. 285 f. (Doutorado) - Departamento de Fisiologia e Farmacologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SOUSA, A. Q. Joaquim Eduardo de Alencar: médico, professor e pesquisador. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará: 1-6 p. s/d.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, 40, n. 108, p. 204-218, 2016.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada** Antioquia: Sage, 2002.

TAQUETTE, S. R.; VILLELA, W. V. Balizas do conhecimento: análise das instruções aos autores das revistas brasileiras da área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22, n. 1, p. 7-13, 2017.

UECE. **Centro de Ciências de Saúde**. Fortaleza, 2019a. Disponível em: <http://www.uece.br/ccs/>. Acesso em: 12.05.2019.

UECE. Relatório Coleta Capes 2018. SUCUPIRA, P. Fortaleza: Capes 2019b.

UFBA. Documentos básicos: 1994. COLETIVA, I. D. S. Salvador: UFBA/ISC: 64 p. 1995.

UFC. **Histórico da Pós-graduação em Saúde Pública**. 2017a. Disponível em: <http://www.saudepublica.ufc.br/index.php/mestrado-historico/>. Acesso em: 08.08.2017.

UFC. **Maria Auxiliadora de Souza receberá título de Professora Emérita da UFC**. Fortaleza, 2017b. Disponível em: <http://www.ufc.br/noticias/noticias-de-2017/9953-maria-auxiliadora-de-souza-recebera-titulo-de-professora-emerita-da-ufc>. Acesso em: 23.01.2020.

UFC. Memorial Dra. Maria Auxiliadora de Souza. Fortaleza 2017c.

UFC. **"À frente de seu tempo", Maria Auxiliadora de Souza é Professora Emérita da UFC**. Fortaleza, 2017d. Disponível em: <http://www.ufc.br/noticias/noticias-de-2017/9968-a-frente-de-seu-tempo-maria-auxiliadora-de-souza-e-professora-emerita-da-ufc>. Acesso em: 26.08.2019.

UFC. **Linhas de pesquisa**. Fortaleza, 2019a. Disponível em: <http://www.saudepublica.ufc.br/index.php/mestrado-linhas-de-pesquisa/>. Acesso em: 05.06.2019.

UFC. **Processo Seletivo**. Fortaleza, 2019b. Disponível em: <http://www.saudepublica.ufc.br/index.php/doutorado-processo-seletivo/>. Acesso em: 08.06.2019.

UFC. Relatório Coleta Capes 2018. SUCUPIRA, P. Fortaleza: Capes 2019c.

UNESP. **Departamento de Saúde Pública - Histórico**. Botucatu, 2017. Disponível em: <https://www.fmb.unesp.br/#!/ensino/departamentos/saude-publica/historico/>. Acesso em: 09.01.2021.

UNIFOR. **Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**. Fortaleza, 2019a. Disponível em: <https://www.unifor.br/web/pos-graduacao/mestrado-saude-coletiva>. Acesso em: 30.04.2019.

UNIFOR. Relatório Coleta Capes 2018. SUCUPIRA, P. Fortaleza: Capes 2019b.

USP. **Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - História**. Ribeirão Preto, 2020. Disponível em: <https://rms.fmrp.usp.br/pb/a-criacao-do-departamento-de-higiene-e-medicina-preventiva/>. Acesso em: 04.01.2021.

VENTURA-LEÓN, J. L.; BARBOZA-PALOMINO, M. ¿Es posible generalizar en estudios cualitativos? **Ciência & Saúde Coletiva**, 22, n. 1, p. 325-325, 2017.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. *In*: LIMA, N. T. (Ed.). **Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 25-48.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? *In*: PAIM, J. S. e ALMEIDA-FILHO, N. (Ed.). **Saúde Coletiva - Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.

VOSGERAU, D. S. A. R.; ORLANDO, E. A.; MEYER, P. PRODUTIVISMO ACADÊMICO E SUAS REPERCUSSÕES NO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS. **Educação & Sociedade**, 38, n. 138, p. 231-247, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

Página 1/2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como participante da pesquisa intitulada **CONSTITUIÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA NO CEARÁ**, coordenada pela doutoranda do Curso de Doutorado em Saúde Pública da UFC, Gisele Maria Melo Soares Arruda, que tem como objetivo geral compreender o processo social, histórico, político e acadêmico de constituição do campo da Saúde Coletiva no Ceará. Por isso, essa pesquisa será realizada com protagonistas dessa constituição no estado do Ceará.

Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos.

Para reunir as informações importantes para a pesquisa, serão feitas entrevistas abertas e a análise documental. Dessa forma, **CONVIDAMOS** você a participar da pesquisa respondendo a entrevista e compartilhando, caso disponha, algum documento que registre o processo de constituição do campo da Saúde Coletiva no Ceará. A entrevista conta de 5 questões e não tem duração exata, mas estimamos que dure por volta de 30 min. Caso responda os questionamentos em menor ou maior tempo, não há nenhum problema.

Informamos que a pesquisa não trará nenhum risco, prejuízo, dano ou transtorno direto à saúde daqueles que dela participarem. Entretanto você poderá se sentir constrangido ao relatar sua história e suas vivências no campo da saúde coletiva, mas garantimos que todas as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar ainda que sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. A entrevista será gravada, por meio de um equipamento gravador de voz Mp3, apenas se você permitir. Caso, durante a gravação, você fale algo que não queira que seja incluído nas análises do estudo, você poderá solicitar omitir essa informação e nós lhe atenderemos prontamente. As entrevistas podem acontecer em qualquer lugar de sua preferência. A qualquer momento, você poderá retirar o seu consentimento em participar, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

A sua participação contribuirá para uma melhor e mais ampla compreensão do processo social, histórico, político e acadêmico de constituição do campo da Saúde Coletiva no Ceará. Acreditamos que conhecendo melhor o campo, esse benefício será voltado, mesmo que indiretamente, também para você.

Você não terá nenhuma despesa financeira por participar do estudo, nem receberá nenhum pagamento.

Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando o sigilo do seu nome.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para você e outra para arquivo da pesquisadora.

A qualquer momento, você poderá ter acesso a informações e esclarecimentos referentes a pesquisa, pelos endereços e telefones da pesquisadora e de seu orientador.

Gisele Maria Melo Soares Arruda
 Instituição: Universidade Federal do Ceará
 Endereço: R. Professor Costa Mendes, 1608 – 5º andar – Rodolfo Teófilo – Fortaleza/CE
 Telefone para contato: 85-99948.8296

Prof. Orientador Ricardo José Soares Pontes
 Instituição: Universidade Federal do Ceará
 Endereço: R. Professor Costa Mendes, 1608 – 5º andar – Rodolfo Teófilo – Fortaleza/CE
 Telefone para contato: 85-986840250

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 – Rodolfo Teófilo, telefone: (85) 3366-8346/44 (horário: 08:00 às 12:00, de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____ / ____ / ____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
----------------------------------	------	------------

Nome do pesquisador principal	Data	Assinatura
-------------------------------	------	------------

APÊNDICE B - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará: o PPSAC-UECE

O PPSAC [composto pelo Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva da UECE] pretende qualificar o egresso para docência e pesquisa no ensino superior (na graduação e pós-graduação) na área de Saúde Coletiva; assegurar ao egresso, qualificação para planejar e executar pesquisa original e independente, em Saúde Coletiva; atender à demanda local e regional de qualificação de profissionais de saúde, contribuindo para a melhoria das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, no que tange à participação do egresso em planejamento, coordenação, execução e avaliação de atividades no sistema de saúde (UECE, 2019b).

O projeto do Curso de Mestrado em Saúde Pública da UECE (CMASP) foi aprovado, internamente na IES, em 1993. Em março de 1994, iniciava-se a primeira turma, sendo aprovado pela CAPES em novembro de 1994. E, em 1996, já estava sendo formado o primeiro mestre em Saúde Pública (SP) do estado (JORGE, 2019).

O início do curso de doutorado na instituição se deu por meio do Doutorado em AA, em 2008/2009:

Quando o programa [AA] vingou, a UECE se sentiu forte e a professora Salete, um tanto quanto impulsiva e impetuosa, fez um projeto de doutorado, saiu com o projeto pronto. Partiu pra frente e esse programa foi aprovado. A UECE continuou com dois doutorados, o da associação ampla e o de saúde coletiva. Isso suscitou com que os outros programas fizessem o mesmo percurso. E a gente manteve os dois programas, mas à medida que a UFC conseguiu e a UNIFOR conseguiu, deliberou a não ingressar novos alunos, pois precisava completar o ciclo daqueles que tinham entrado (e-INF 15).

Em 2013, foi enviado um projeto do doutorado próprio da UECE, sendo aprovado no mesmo ano na IES e na CAPES. Em janeiro de 2014, iniciam-se as atividades do Doutorado em Saúde Coletiva da UECE e, com a criação do doutorado, o que antes era o Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública passou a se denominar Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC).

Dentro da UECE, o PPSAC está vinculado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), que conta com 6 cursos de graduação (Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Medicina, Nutrição e o recém-criado curso de Terapia Ocupacional) e cerca de 40 cursos de especialização *lato sensu* (UECE, 2019a). Essa diversidade formativa possibilita que o programa de pós-graduação conte com professores vinculados às mais diversas categorias profissionais, bem como seja acessado, desde a graduação, pelos estudantes dos diversos cursos (UECE, 2019b). Tem-se fortalecido no programa uma

maior integração entre graduação e PG, por meio da iniciação científica, do Programa de Educação pelo Trabalho (PET), do programa de estágio voluntário em pesquisa e dos grupos de pesquisa. Ao passo que os docentes tem dupla inserção, na graduação e na PG, esse processo de articulação fica mais facilitado e multiprofissional (UECE, 2019b).

São duas as linhas de pesquisa ativas (UECE, 2019b): 1) Políticas, planejamento e avaliação em saúde; 2) Situação de saúde da população. Na linha 1, incluem-se como temáticas todas as políticas públicas e as estratégias de avaliação das ações e serviços, bem como os temas mais específicos trabalhados pelos docentes e discentes, como saúde mental, saúde do trabalhador, controle social, economia da saúde, etc. Na linha 2, são abordadas as doenças crônicas e infecciosas e sua epidemiologia.

O perfil de produção acadêmica do PPSAC é também pontuado por e-INF 8: *“quando começou mesmo era mais epidemiologista, mas agora, de uns oito anos pra cá, oito a dez anos ele se transformou, é mais saúde coletiva. São poucos os professores de epidemiologia aqui dentro, poucos, muito poucos, uns quatro”*. Observa-se que essa configuração do campo parece estar impressa até mesmo na sequência com que as linhas de pesquisa são apresentadas. A linha 1 parece ser a prioritária para o programa e, por isso, numerada hierarquicamente assim.

Quanto à carga horária, o mestrado tem um total de 60 créditos (cr), equivalentes a 900 horas, distribuídas entre disciplinas obrigatórias (14cr), atividades obrigatórias (10cr), disciplinas optativas (16cr) e dissertação (20cr). São atividades obrigatórias, somando 10cr: Seminário Temático I - Saúde Coletiva e o SUS – 2cr; Seminário Temático II – Pesquisa quantitativa – 2cr; Redação e elaboração de artigo científico – 2cr; Estudo Tutorial I – 2cr; Estudo Tutorial II - 2cr; e estágio em docência (obrigatório, porém sem contar créditos).

Dentre as disciplinas optativas do mestrado, encontramos: etnografia na saúde coletiva (2cr); Micropolítica do processo de trabalho e o cuidado em saúde (3cr); Seminário teórico metodológico Hermenêutica do Sujeito (4cr); Seminário de avançado de Análise e Hermenêutica Crítica de Narrativas (2cr); Análise de dados Epidemiológicos (3cr); Metodologias de Avaliação de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde (3cr); Teoria das representações sociais e seus métodos (3cr); Bioestatística II (3cr); Financiamento em Saúde (2cr); Tópicos Avançados em Saúde da Criança e do Adolescente (2cr); Economia da Saúde (2cr); Letramento Funcional em Saúde (2cr); Nutrição das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (2cr); Saúde Mental em Saúde

Coletiva (3cr); Antropologia da Saúde (2cr); Nutrição em Saúde Pública (2cr); Epidemiologia das doenças parasitárias e infecciosas (2cr); Educação em Saúde e promoção da saúde (2cr); Bioética em Saúde (2cr); Epidemiologia Básica (2cr); Pedagogia e didática do Ensino Superior (2cr) (UECE, 2019b).

Para o doutorado em Saúde Coletiva, a carga horária é de 70cr, equivalentes a 1020 horas. Sendo 12cr para disciplinas obrigatórias, 10cr para atividades obrigatórias; 10cr para disciplinas optativas; 8cr para aproveitamento de disciplinas e 30cr para a tese. São disciplinas obrigatórias para o doutorado (UECE, 2019b): Epistemologia em Ciências da Saúde (3cr); Metodologia da Investigação Qualitativa em Saúde (3cr); Estado, Políticas, Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (3cr); e Metodologia da Investigação em Epidemiologia (3cr).

Constam ainda como atividades obrigatórias: Seminário Crítico de Pesquisa Social (2cr); Seminário Crítico de Pesquisa Epidemiológica (2cr); Estatística aplicada a Epidemiologia (2cr); Estudo Orientado 1 (2cr); Estudo orientado II (2cr); e Estágio Docência (não conta créditos, no entanto é obrigatória).

Já as disciplinas optativas ofertadas para o doutorado são: Métodos e Técnicas de Análise em Pesquisa Qualitativa (3cr); A Etnografia na Saúde Coletiva (2cr); Micropolítica do Processo de Trabalho e o Cuidado em Saúde (3cr); A Hermenêutica do Sujeito (2cr); Análise e Hermenêutica Crítica de Narrativas (3cr); Análise de Dados Epidemiológicos (3cr); Redação e publicação científica (3cr); Metodologias de Avaliação de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde (3cr); Representações Sociais e os Métodos de Análise (2cr). Optativas específicas da Saúde Coletiva: Financiamento e Alocação de Recursos na Saúde (2cr); Saúde da Criança e do Adolescente na Dimensão da Saúde Coletiva (2cr); Avaliação Econômica da Saúde (2cr); Letramento funcional em saúde (2cr); Nutrição e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (2cr); Saúde Mental em Saúde Coletiva (3cr); Antropologia da Saúde (2cr); Planejamento de Sistemas e Serviços de Saúde e Programação em Saúde (3cr); Educação Popular e Escola na Perspectiva da Promoção da Saúde (2cr); Epidemiologia das Doenças Parasitárias e Infecciosas (2cr); Tópicos Conceituais em Saúde Coletiva (UECE, 2019b).

Em parceria com a área de vigilância em saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará, são ministradas também aulas para mestrado e doutorado na sede da secretaria, com foco na análise de indicadores de saúde no Estado. Com a participação de técnicos da secretaria, os discentes podem verificar na prática o funcionamento da

vigilância em saúde, com o uso das ferramentas presentes nos Sistemas de Informação em Saúde utilizados no SUS (UECE, 2019b).

Alunos de outros cursos de pós-graduação podem fazer disciplinas no PPSAC, bem como pode haver intercâmbio de alunos do PPSAC para cursar disciplinas em outros programas, desde que estes tenham nota igual ou superior a do programa de origem.

Tanto no mestrado quanto no doutorado, o discente precisa apresentar proficiência em língua estrangeira. Em ambos os cursos, ocorre também o Exame Geral de conhecimento (qualificação do Projeto de pesquisa) e a defesa da dissertação ou tese, respectivamente. Na defesa de dissertação, o discente deverá entregar comprovante de submissão de dois artigos para periódico com qualis B2 ou acima em Saúde Coletiva, para que receba sua certificação e participe da colação de grau. Na defesa da tese, o discente deverá entregar comprovante de aceite/publicação de um artigo e submissão de dois artigos encaminhados para periódico com qualis B1 ou acima em Saúde Coletiva, para que receba sua certificação e participe da colação de grau (UECE, 2019b).

Segundo o último Relatório da Coleta Capes enviado pela instituição (UECE, 2019b), já ingressaram nesse mestrado, que depois mudou sua nomenclatura de Saúde Pública para Saúde Coletiva, 455 discentes. Destes, 411 defenderam suas dissertações, 7 foram desligados por não cumprirem as exigências do programa e 28 estavam matriculados. O doutorado próprio em SC da UECE foi iniciado em 2014, selecionando, neste mesmo ano, 10 discentes. Até 2017, a UECE contava com 69 alunos já matriculados no doutorado próprio, dos quais 13 já defenderam. O tempo médio de titulação está em torno de 21,5 meses para o mestrado e 33,5 meses para o doutorado (UECE, 2019b). Atualmente, o programa oferece 19 vagas de doutorado e 22 vagas de mestrado. Na última seleção registrada no relatório (UECE, 2019b), houveram 82 inscritos no doutorado e 62 inscritos no mestrado. Por meio da seleção, foram preenchidas todas as vagas ofertadas no mestrado e doutorado.

O relatório aponta que os 23 anos passados entre iniciar o programa de mestrado e ter as primeiras teses publicadas foi um tempo de consolidação da formação em SC na instituição. De acordo com esse relatório, o PPSAC conta com 20 docentes, sendo 2 visitantes. Dentre os docentes permanentes, existem 3 que são bolsistas de produtividade em pesquisa (PQ) pelo CNPq, nos seguintes estratos: PQ-1A, PQ-1B e PQ-2. No último ano, foi dado início a um processo de reconfiguração do quadro docente,

sendo desligados 4 docentes e credenciada uma nova docente, sendo esta bolsista PQ-2 (UECE, 2019b). Mais a frente discutiremos o papel dessas bolsas e títulos de produtividade nas relações estabelecidas no campo.

O relatório (UECE, 2019b) aponta ainda como desafios e metas principais: a atualização do regimento e da matriz curricular; a publicação de livros em editoras de outras IES; aumentar parcerias internas e externas à própria instituição, inclusive parcerias internacionais e estudos multicêntricos; aumentar as publicações em revistas classificadas nos estratos A1, A2 e B1 do QualisCAPES.

O programa tem investido na preparação dos docentes e discentes para a internacionalização. Do mesmo modo, tem se estruturado, enquanto programa, para viabilizar essas parcerias internacionais. Algumas iniciativas foram: site do programa em português, inglês e espanhol; histórico escolar emitido também nesses três idiomas; oferta de disciplinas em inglês e espanhol; incentivo à mobilidade internacional; encaminhamento e recebimento de doutorado sanduíche; participação em eventos internacionais; desenvolvimento de projetos multicêntricos; e produção científica com pesquisadores de outros países (UECE, 2019b).

Na UECE, o PPSAC tem parceria com 2 cursos de Mestrado Profissional: o mestrado de Gestão em Saúde (da própria instituição) e o mestrado em Saúde da Família (vinculado à Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ). Além disso, a UECE, por ser uma instituição de competência estadual, desenvolve vários cursos de especialização na cidade de Fortaleza e no interior do estado em parceria com os governos municipais e estaduais. Os docentes do PPSAC contribuem com esses cursos, bem como contribuem com a sociedade e com o SUS ao formarem profissionais qualificados e atualizados para atuação em SC. Além disso, o PPSAC tem parceria com escolas públicas, garantindo a parceria para a realização de pesquisas e aplicação de estratégias de intervenção (UECE, 2019b).

No histórico do programa cedido por e-mail à pesquisadora, há o registro de parcerias estabelecidas para a gestão compartilhada de projetos multicêntricos, tal como a parceria com Instituto de Saúde Coletiva da Bahia (de 2013 a 2015) e algumas parcerias com universidades portuguesas (JORGE, 2019). Ainda de acordo com Jorge,

houve contribuição do projeto [PPSAC] para inovação de produtos, processos ou políticas públicas, cabe destacar as inovações relativas ao modo de produzir conhecimento científico e tecnológico com base nos seguintes princípios: a interdisciplinaridade, o compromisso com a

democratização do conhecimento e a estreita relação entre produção e aplicação do conhecimento (p. 3).

O PPSAC tem ainda metas específicas de implementar o fórum de discentes e monitorar a qualidade da formação pelo indicador de empregabilidade do egresso (UECE, 2019b). Todavia, não apresentou no relatório nenhum resultado de análise desse indicador. Em 2019, foram comemorados os 25 anos do programa, por isso a UECE está construindo novo logotipo e planejando ações que garantam maior visibilidade ao programa.

APÊNDICE C - O programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza: uma ênfase na promoção da saúde

O Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unifor (PPGSC-Unifor) tem como objetivo geral

proporcionar formação acadêmica em pesquisa de forma interdisciplinar, incorporando os avanços recentes, aprofundando procedimentos metodológicos e desenvolvendo habilidades científica e tecnológica para lidar com as problemáticas de saúde local/regional/nacional e propor soluções, tomando como base as tendências atuais da Promoção da Saúde no ensino, serviço e comunidade (UNIFOR, 2019b).

A história desse programa inicia-se quando, em 2002, a Unifor teve aprovado um curso de mestrado em “Educação em saúde” com área de concentração em “Ações educativas na promoção da saúde”. Este mestrado, que iniciou a primeira turma em 2003, tinha 3 linhas de pesquisa, quais sejam: 1-Avaliação de políticas e práticas de educação em saúde; 2-Avaliação e promoção de ambientes educacionais saudáveis; 3-Humanização do cuidado em populações fragilizadas (UNIFOR, 2019b).

Ao longo das avaliações periódicas da CAPES em relação ao curso, sugeriu-se alteração do nome do mestrado para Saúde Coletiva, de modo que ele passasse a abranger de modo mais amplo as dimensões do campo científico da SC. Em 2006, o curso de mestrado foi denominado Saúde Coletiva, mantendo a área de concentração em promoção da saúde. Passando, então, a se estruturar em 3 outras linhas de pesquisa: 1- Políticas e práticas na promoção da saúde; 2-Análise da situação de saúde; e 3-Cultura e humanização em saúde. Mais tarde, o mestrado incorporou uma quarta linha, qual seja: Planejamento e Organização dos Serviços de Saúde (UNIFOR, 2019b).

O mestrado da Unifor antes era educação em saúde, depois, em 2006, nós passamos, pedimos a mudança do título para Saúde Coletiva. E aí deslanchou na área de Saúde Coletiva com todos esses preceitos indicados da Saúde Coletiva, as terminologias do SUS e toda a parte da literatura, da parte de conhecimento teórico e metodológico dentro da área da saúde coletiva (e-INF 5).

Desde o início até a avaliação de 2009, o mestrado manteve conceito 3 pela avaliação da CAPES. Nesta avaliação, foram sugeridas mudanças internas para que a instituição passasse a obter nota 4. No triênio de 2010-2012, a avaliação da CAPES garantiu nota 4 para o mestrado. Em 2011, portanto dentro desse mesmo triênio em que mudou de nota, a Unifor ingressou no doutorado em AA. Esse passo, segundo o relatório

do coleta Capes de 2018 (UNIFOR, 2019b), foi um “*modo expressivo, facilitador e incentivador de novos caminhos para o crescimento científico*”.

Em 2014, a UNIFOR submeteu projeto para criação de doutorado próprio. Em 2015, iniciou a primeira turma do seu doutorado próprio (UNIFOR, 2019b), constituindo oficialmente a formação em SC na IES como um programa de pós-graduação. Ao longo do processo de redefinições na estrutura do mestrado da UNIFOR, também houve mudança nas linhas de pesquisa. Anteriormente, eram 4. Agora foram redefinidas em 3, conforme quadro 1.

Linhas de pesquisa anteriores	Linhas de pesquisa atuais
Análise da Situação de Saúde	Análise da Situação de Saúde
Políticas e Práticas na Promoção da Saúde	Ciências Sociais e Epistemologia em Saúde
Cultura e Humanização em Saúde	Política, Planejamento e Avaliação em Saúde
Planejamento e Organização dos Serviços de Saúde	

Quadro 1 - Linhas de pesquisa do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR.

Fonte: (UNIFOR, 2019b).

O PPGSC-Unifor está inserido no CCS, onde também se localiza a gestão de 12 cursos de graduação (UNIFOR, 2019b), quais sejam: Educação Física, Enfermagem, Estética e cosmética; Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia; Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, e Terapia Ocupacional. Isso favorece a articulação da PG com a graduação em várias áreas de formação profissional por meio de grupos de pesquisa e iniciação científica.

O Mestrado da Unifor tem carga horária de 30cr, o que equivale a 450h, enquanto o doutorado tem carga horária de 60cr ou 900h (UNIFOR, 2019a). Essa carga horária está dividida entre disciplinas obrigatórias, optativas e atividades acadêmicas exclusivas ou comuns ao mestrado e doutorado.

São disciplinas obrigatórias do Mestrado, segundo a página da Unifor (UNIFOR, 2019a): Políticas e práticas na promoção da saúde (3cr); Epidemiologia em Saúde Coletiva (3cr); e Ciências Sociais e humanas em saúde (3cr). São disciplinas optativas: Seminário de Saúde Coletiva (2cr); Investigação qualitativa em saúde (2cr); Saúde, cultura e sociedade (2cr); Investigação quantitativa em saúde (2cr); Tecnologia em saúde (2cr); Métodos de pesquisa em saúde (2cr); Fundamentos filosóficos em saúde e bioética (2cr); Tópicos especiais I (2cr); Bioestatística (2cr); Bases teóricas da promoção da saúde (2cr); Planejamento e organização de programas e serviços de saúde (2cr); Metodologia do ensino (2cr); Avaliação de programas e serviços de saúde (2cr);

Vigilância em saúde (2cr); Qualidade de vida e saúde (2cr); Antropologia em saúde (2cr); Seminário de pesquisa e produção científica (2cr); Análise de estudos epidemiológicos (3cr); Saúde, ambiente e sustentabilidade (4cr); Redação científica (2cr); Comunicação social em saúde (2cr); Tópicos especiais II (2cr); Prevenção e controle das doenças infecciosas (2cr); Prevenção e controle das doenças crônico-degenerativas (2cr); Política, planejamento e gestão em saúde (3cr); Violência e saúde (2cr); Gênero, saúde e cidadania (2cr); Interdisciplinaridade no campo da saúde coletiva (3cr).

Para o Doutorado, constam como disciplinas obrigatórias: Epistemologia da Saúde Coletiva (4cr); e Seminário de projeto de tese (3cr). Por sua vez, são alternativas de disciplinas optativas: Saúde Cultura e Sociedade (2cr); Tecnologia em saúde (2cr); Métodos de pesquisa em saúde (2cr); Fundamentos filosóficos em saúde e bioética (2cr); Desenho de pesquisa quantitativa e epidemiológica (3cr); Tópicos especiais I (2cr); Técnicas de coleta e processamento de dados quantitativos e epidemiológicos (3cr); Desenho de pesquisa qualitativa (3cr); Bioestatística (2cr); Bases teóricas da Promoção da Saúde (2cr); Planejamento e organização de programas e serviços de saúde (2cr); Metodologia do ensino (2cr); Avaliação de programas e serviços de saúde (2cr); Vigilância em saúde (2cr); Antropologia em saúde (2cr); Técnicas de coleta e organização de dados qualitativos (3cr); Análise de estudos epidemiológicos (3cr); Educação e Promoção da saúde (2cr); Prevenção e controle das doenças infecciosas (2cr); Prevenção e controle das doenças crônico-degenerativas (2cr); Saúde, ambiente e sustentabilidade (2cr); Estágio docente (2cr); Redação científica (2cr); Comunicação social em saúde (2cr); Saúde da Mulher (2cr); Tópicos especiais II (2cr); Interpretação em pesquisa qualitativa em saúde (3cr); Política, planejamento e gestão em saúde (3cr); Seminário de gestão em saúde (2cr); Violência e saúde (2cr); Gênero, saúde e cidadania (2cr); Seminário de planejamento em saúde (2cr); Interdisciplinaridade no campo da saúde coletiva (3cr); Seminário de avaliação em saúde (2cr); Estudos avançados I (2cr); Estudos avançados II (2cr); e Saúde Global e direitos humanos (2cr) (UNIFOR, 2019a).

Essas estão previstas no programa, todavia, desde 2017, a Unifor tem adotado uma metodologia de avaliação das disciplinas e do programa por meio dos discentes e docentes. A partir disso, em 2018, o PPGSC-Unifor passou por uma reformulação de sua matriz curricular e das linhas de pesquisa. Observa-se que algumas disciplinas não foram necessariamente excluídas, mas renomeadas e/ou tiveram o conteúdo redistribuído de modo a contemplar as reais demandas dos alunos (UNIFOR, 2019b), no entanto o produto

final dessas oficinas e da remodelação da matriz curricular ainda não esteve disponível de forma clara no relatório.

São também atividades obrigatórias previstas no PPGSC-Unifor: a qualificação, a defesa pública e a submissão e artigos para a revista. A dissertação pode ser apresentada em formato monográfico ou como dois artigos. A proficiência em língua estrangeira é exigida como etapa eliminatória na seleção (UNIFOR, 2019b).

Em 2015, a primeira turma do doutorado contava com 11 matriculados. Desde então, já ingressaram mais 3 turmas de doutorado. Em 2016, 11 estudantes. Em 2017, 11 discentes. E, em 2018, 10 matriculados. Em 2018, aconteceram as 3 primeiras defesas (UNIFOR, 2019b). O tempo médio de defesas para o doutorado está em 36 meses. Em 2017, foram abertas 11 vagas para o doutorado, houve 18 inscrições para o processo seletivo, sendo matriculados 10 discentes. No mesmo ano, foram disponibilizadas 34 vagas para mestrado, inscreveram-se 39 pessoas e foram aprovados 25 estudantes. Em 2018, totalizavam-se 61 alunos matriculados no mestrado e 30 titulações de mestre nesse ano. O tempo médio de defesas de mestrado está em 24 meses (UNIFOR, 2019b).

Em 2018, o programa da Unifor ofertou, para o mestrado, 6 bolsas da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e 2 bolsas Capes-FUNCAP. Já para o doutorado, foram disponibilizadas 4 bolsas FUNCAP (UNIFOR, 2019b).

Atualmente, o programa consta com 3 professores visitantes e 15 professores permanentes. Há o projeto de vinculação de mais um professor permanente, somando 16. 4 desses docentes permanentes, ou seja, 27% deles, tem bolsa de produtividade em pesquisa, sendo 2 PQ-1C e 2 PQ-2. Dentre os 3 professores visitantes, dois são PQ. 60% (10 dos 15) dos professores permanentes tem titulação em nível de pós-doutorado e mais 2 professores tinham previsão de concluir o pós-doutoramento em 2019 (UNIFOR, 2019b). *“Temos um grupo de professores muito qualificado, que busca se qualificar... temos vários projetos financiados. Eu mesma fui contemplada ultimamente com dois projetos financiados”* (e-INF 5).

Além disso, o programa da Unifor tem se dedicado à internacionalização e integração em território nacional, por meio de parcerias interinstitucionais, intercâmbios acadêmicos, disciplinas ministradas por professores estrangeiros e pesquisas multicêntricas.

Em termos de infraestrutura, percebe-se, pelo que é descrito no relatório, que a Unifor faz grande investimento tanto na estrutura acadêmica como de serviços para a comunidade. A Unifor mantém, por exemplo, o Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI). Nesse núcleo, são realizados mais de 300 mil procedimentos por ano. Além disso, a Unifor faz a co-gestão de 18 Unidades de Atenção Primária à Saúde e de uma Farmácia Viva vinculadas ao SUS. Esses equipamentos de saúde sob gerência da Unifor constituem-se em espaço propício para realização de pesquisas e aplicação dos resultados alcançados no cotidiano dos serviços. Do mesmo modo a articulação com a graduação, inserida de forma concentrada nessas unidades, favorece o processo (UNIFOR, 2019b).

Por ter ênfase em promoção da saúde, o programa da Unifor tem desenvolvido vários aplicativos (UNIFOR, 2019b), o que o corpo docente gestor considera como um retorno à sociedade, bem como um impacto tecnológico e econômico para o SUS, visto que o acesso aos aplicativos é gratuito e sua qualidade é fruto de pesquisas científicas desenvolvidas com todo rigor metodológico da PG. Alguns desses aplicativos para dispositivos móveis são utilizados pela Unifor nos atendimentos e ações educativas no NAMI, nos projetos de extensão e no acompanhamento de professores (visto que existe uma forte linha de pesquisa e desenvolvimento de aplicativos sobre saúde vocal). Bem como, é possível encontrar em praticamente todas as Unidades de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza um totem para avaliação do serviço prestado e da satisfação do usuário, que foi desenvolvido e mantido pela Unifor, mas precisamente pelas pesquisas do campo da SC.

A Unifor também tem interface com escolas básicas, por meio dos projetos “saúde na escola” e “escola promotora de saúde”. Ressalta-se que o programa tem uma linha específica de pesquisa com muitas abordagens sobre saúde na escola. Acrescente-se ainda que o programa mantém também uma revista que tem sido referência nas publicações locais e regionais sobre promoção da saúde: a Revista Brasileira de Promoção da Saúde.

Em 2018, iniciou um MINTER com o Instituto de Educação Superior Raimundo Sá (IESRSA) em Picos/PI (UNIFOR, 2019b).

São objetivos futuros do programa: o fortalecimento do corpo docente; receber mais estudantes de pós-doutorado; ampliar vínculos com graduação; aumentar bolsistas de produtividade em pesquisa; aumentar o percentual de pós-doutores entre os docentes; aumentar as publicações em periódicos estratificados com qualis CAPES B1,

A2 ou A1 (almejando que a mediana fique em B1 ou maior); aumentar as publicações em outros idiomas (para isso a IES tem fornecido auxílio financeiro específico para tradução e pagamento de taxas de submissão e publicação); maior internacionalização do programa; e ampliação das parcerias interinstitucionais. O programa também aponta o desafio de incorporar a educação à distância com mais consistência em sua formação (UNIFOR, 2019b).

Há monitoramento de egressos por meio do programa “Egresso, onde você anda?” (UNIFOR, 2019b). Nesse monitoramento, os índices de produção científica apontaram, em 2017: 75 artigos, 88 capítulos de livros, 4 organizações de coletâneas, e diversos trabalhos em apresentados em eventos e publicados em anais. Sabe-se que muitos dos egressos exercem cargos de direção no SUS (âmbitos municipal, estadual e/ou federal). 85% dos egressos são docentes em faculdades e universidades do país, estando espalhados pelas regiões Norte, Nordeste e Sudeste. Pelo monitoramento, também se sabe que muitos deles continuam sua formação de doutoramento em outras instituições.

Eles fazem sua formação e voltam para sua cidade para construir grupos de pesquisa, orientar em curso de especialização, já criaram mestrados em suas instituições... Nós agora estamos com MINTER. Eu acho que a nossa contribuição social para o Nordeste e para o Brasil tem sido muito satisfatória (e-INF 5).

APÊDICE D - TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

Tabela 1 - Informações encontradas no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES

Tipo/Ano	IES								Total
	UFC		UECE		UNIFOR		AA		
	Dissertação	Teses	Dissertação	Teses	Dissertação	Teses	Teses UECE	Teses UFC	
2018	20	3	20	11	30	3			
2017	20	3	30	19	29			1	
2016	21	1	26	20	40			3	
2015	16		21	27	31			5	
2014	26		20	22	40				
2013	34		18	15	24				
2012	32		22		29		15		
2011	23		20		29		3		
2010	25		26		25		1		
2009	27		23		24		1		
2008	12		21		20				
2007	1		19		20				
2006	14		19		20				
2005	16		23		30				
2004	16		16		8				
2003	17		10						
2002	22		15						
2001	9		16						
2000	11		15						
1999	12		17						
1998	14		14						
1997	13		9						
1996			1						
Total	401	7	421	114	399	3	20	9	1374
Total por IES	408		535		402		29		1374

Tabela 2 – Produção de teses e dissertações por ano, grau de formação, IES e formação disciplinar

Variáveis	N	n	%
<i>Ano</i>	<i>1.375</i>		
1996		1	0,07
1997		22	1,60
1998		28	2,04
1999		29	2,11
2000		26	1,89
2001		25	1,82
2002		37	2,69
2003		27	1,96
2004		40	2,91
2005		68	4,95
2006		53	3,85
2007		40	2,91
2008		53	3,85
2009		75	5,45
2010		77	5,60
2011		75	5,45
2012		98	7,13
2013		89	6,47
2014		111	8,07
2015		99	7,20
2016		112	8,15
2017		103	7,49
2018		87	6,40
<i>IES</i>			
AA		120	8,73
UECE		445	32,36
UFC		408	29,67
UNIFOR		402	29,24
<i>Grau</i>			
Doutorado		153	11,13
Mestrado		1222	88,87
<i>Formação disciplinar</i>			
Ciências Humanas e Sociais		183	13,31
Epidemiologia		641	46,62
Política, Planejamento e Gestão		546	39,71
Sem informações		5	0,36

Tabela 3 – Produção científica quanto à classificação do estudo conduzido.

Variáveis	N	N	%
<i>Classificação quanto a natureza</i>			
Quali		539	39,20
Quanti		683	49,67
Quanti-Quali		122	8,87
Sem informações		31	2,25
Aplicada		3	0,22
Teórica		11	0,80
Sem informações		17	1,24
<i>Classificação quanto ao objetivo</i>			
Analítico		302	21,96
Descritivo		1056	76,80
Sem informações		17	1,24
<i>Classificação quanto ao procedimento</i>			
Análise de fala		595	43,26
Análise compreensiva		1	0,07
Análise de conteúdo		160	11,64
Análise de custos		11	0,80
Análise de narrativas		4	0,29
Análise de políticas		1	0,07
Análise de redes		8	0,58
Análise do discurso		19	1,38
Análise léxica		1	0,07
Antropologia interpretativa		3	0,22
Avaliação de serviços		76	5,53
Bibliográfico-documental		42	3,05
Crítico interpretativo		3	0,22
Discurso do sujeito coletivo		16	1,16
Etnografia		41	2,98
Fenomenologia		32	2,33
Hermenêutica		49	3,56
História de vida		2	0,15
Histórica		39	2,84
Interacionismo simbólico		3	0,22
Interpretação de sentidos		3	0,22
Mapas afetivos		1	0,07
Mapeamento associação de ideias		1	0,07
Metodológica		45	3,27
Relato de experiência		5	0,36
Representações sociais		27	1,96
Socio poética		1	0,07
Teoria histórico cultural		1	0,07
Estudos Epidemiológicos clássicos		737	53,61
Caso-controle		37	2,69
Ensaio clínico		73	5,31
Estudo de caso		79	5,75
Longitudinal		61	4,44
Transversal		442	32,15
Ecológico, espacial ou eco epidemiológico		45	3,27
Branco ou nulos		43	3,13

Não especifica	26	1,89
Sem informações	17	1,24

Tabela 4 – Assunto da produção científica definido pela leitura do título e resumo.

Assunto do resumo	N	%
Adesão	20	1,45
Atividade Física, estilo de vida e padrão alimentar	102	7,42
Ambiente	38	2,76
APS	53	3,85
Assistência farmacêutica	23	1,67
Autocuidado e autoimagem	10	0,73
Determinantes sociais	12	0,87
Direito à saúde, ética e judicialização da saúde	12	0,87
Doenças crônicas não transmissíveis e/ou degenerativas	17	1,24
Doenças infecciosas e parasitárias	55	4,00
Doenças negligenciadas	11	0,80
Formação profissional e Educação permanente	93	6,76
Funcionalidade	32	2,33
Gestão e Financiamento	94	6,84
Hanseníase e tuberculose	29	2,11
HAS e DM	7	0,51
HIV/AIDS	38	2,76
Linha de cuidado/rede de atenção	66	4,80
Materno-infantil	88	6,40
Neoplasias	19	1,38
Participação e controle social	20	1,45
Pesquisas	1	0,07
Pics	7	0,51
Pluralidade, vulnerabilidades e saúde	9	0,65
Práticas de cuidado	49	3,56
Qualidade de vida	55	4,00
Saúde bucal	14	1,02
Saúde coletiva	1	0,07
Saúde da criança	9	0,65
Saúde da família	4	0,29
Saúde da mulher	4	0,29
Saúde do adolescente	11	0,80
Saúde do homem e do viajante	6	0,44
Saúde do idoso	9	0,65
Saúde do trabalhador	29	2,11
Saúde mental	107	7,78
Sono	2	0,15
Tanatologia e Cuidados paliativos	9	0,65
Tecnologias em saúde	82	5,96
Transtorno alimentar	16	1,16
Violência	103	7,49
Voz, audição e linguagem	9	0,65
Total	1375	0,00

Tabela 5 – Categorização dos descritores da produção acadêmica de teses e dissertações da PG em SP/SC do Ceará.

Decs	N	%
Acesso aos serviços de saúde	23	1,67
Adesão ao tratamento	8	0,58
Alimentação/estilo de vida	70	5,09
Atenção Primária à Saúde	70	5,09
Atenção terciária à saúde	4	0,29
Audição, voz e linguagem	19	1,38
Cirurgia	5	0,36
Controle social	15	1,09
Corpo	2	0,15
Cuidado em saúde	21	1,53
Doença crônica não transmissível	88	6,40
Doença infecciosa	153	11,13
Educação e promoção da saúde	56	4,07
Formação e educação permanente em saúde	24	1,75
Gestão e Avaliação	57	4,15
Judicialização da saúde	3	0,22
Medicamentos	9	0,65
Neoplasia	24	1,75
Saúde pública e Política de saúde	36	2,62
Qualidade de vida	10	0,73
Rede de apoio pessoal e/ou social	21	1,53
Saúde ambiental	19	1,38
Saúde bucal	9	0,65
Saúde da mulher	75	5,45
Saúde do homem	4	0,29
Saúde do idoso	45	3,27
Saúde do trabalhador	47	3,42
Saude mental	90	6,55
Saúde na infância e adolescência	91	6,62
Sem informações	82	5,96
Sistema Único de Saúde	21	1,53
Tecnologia em saúde	17	1,24
Vigilância em saúde	68	4,95
Violência	67	4,87
Vulnerabilidades em saúde	22	1,60

Tabela 6 - Frequência de palavras-chaves por categoria temática nas posições de primeira, segunda e terceira palavra-chave.

	Palavras-chaves							
	N	%	1 ^a		2 ^a		3 ^a	
			N	%	N	%	N	%
	1678		621	37,01	552	32,90	505	30,10
Aspectos metodológicos	92	5,64	28	4,51	19	3,44	45	8,91
Epidemiologia	52	3,19	27	4,35	31	5,62	40	7,92
Direito e ética	38	2,33	9	1,45	10	1,81	19	3,76
Participação e controle social	36	2,21	14	2,25	4	0,72	18	3,56
Cultura	19	1,16	6	0,97	9	1,63	4	0,79
Indicadores e vigilância	126	7,72	50	8,05	40	7,25	36	7,13
Controle	20	1,23	8	1,29	7	1,27	5	0,99
Ambiente	26	1,59	9	1,45	11	1,99	6	1,19
Atividade, funcionalidade e incapacidade	23	1,41	4	0,64	13	2,36	6	1,19
Dor	5	0,31	3	0,48	1	0,18	1	0,20
Compreensão e comunicação	11	0,67	2	0,32	4	0,72	5	0,99
Desenvolvimento	7	0,43	4	0,64	1	0,18	2	0,40
Assistência e Atenção à saúde	203	12,44	69	11,11	82	14,86	52	10,30
Cuidado	97	5,94	27	4,35	38	6,88	32	6,34
Fármacos	46	2,82	19	3,06	15	2,72	12	2,38
Diagnostico	5	0,31	1	0,16	2	0,36	2	0,40
Exames	7	0,43	2	0,32	2	0,36	3	0,59
Cirurgia	8	0,49	6	0,97	1	0,18	1	0,20
Custos	16	0,98	6	0,97	7	1,27	3	0,59
Avaliação	63	3,86	22	3,54	25	4,53	16	3,17
Alimentos e saúde	10	0,61	2	0,32	6	1,09	2	0,40
Nutrição	45	2,76	18	2,90	18	3,26	9	1,78
Avaliação nutricional	36	2,21	9	1,45	11	1,99	16	3,17
Distúrbios nutricionais	45	2,76	20	3,22	16	2,90	9	1,78
Dietas	10	0,61	3	0,48	2	0,36	5	0,99
Doenças	80	4,90	36	5,80	23	4,17	21	4,16
Distúrbios	5	0,31	1	0,16	3	0,54	1	0,20
Deficiência	2	0,12	2	0,32	0	0,00	0	0,00
Neoplasias	36	2,21	20	3,22	8	1,45	8	1,58
DM	40	2,45	27	4,35	8	1,45	5	0,99
Infecções	9	0,55	3	0,48	4	0,72	2	0,40
Violência	82	5,02	48	7,73	25	4,53	9	1,78
Saude mental	63	3,86	22	3,54	22	3,99	19	3,76
Drogas	45	2,76	17	2,74	11	1,99	17	3,37
IEC	51	3,13	15	2,42	18	3,26	18	3,56
Comportamentos	15	0,92	7	1,13	3	0,54	5	0,99
Adaptação	4	0,25	2	0,32	1	0,18	1	0,20
Adesão	13	0,80	4	0,64	6	1,09	3	0,59
Profissões e profissionais	48	2,94	16	2,58	15	2,72	17	3,37
Experiência	24	1,47	7	1,13	7	1,27	10	1,98
Educação e formação	50	3,06	22	3,54	17	3,08	11	2,18
Escola e estudante	19	1,16	4	0,64	6	1,09	9	1,78

Tabela 7 - Produção acadêmica de cada programa de pós-graduação em SC/SP do Ceará por quadriênio, grau de formação, formação disciplinar, abordagem e tipo.

Variáveis	IES										P
	AA		UECE		UFC		UNIFOR		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
	120		445		408		402		1375		
Quadriênio											
1997-2000	0	0,00	55	12,36	50	12,25	0	0,00	105	7,64	0,00
2001-2004	0	0,00	57	12,81	64	15,69	8	1,99	129	9,38	
2005-2008	0	0,00	82	18,43	42	10,29	90	22,39	214	15,56	
2009-2012	20	16,67	91	20,45	107	26,23	107	26,62	325	23,64	
2013-2016	86	71,67	93	20,90	97	23,77	135	33,58	411	29,89	
2017-2020	14	11,67	66	14,83	48	11,76	62	15,42	190	13,82	
Branco ou nulo	0	0,00	1	0,22	0	0,00	0	0,00	1	0,07	
Grau											
Doutorado	120	100,00	23	5,17	7	1,72	3	0,75	153	11,13	0,00
Mestrado	0	0,00	422	94,83	401	98,28	399	99,25	1222	88,87	
Formação disciplinar											0,00
CSH	22	18,33	50	11,24	39	9,56	72	17,91	183	13,31	
Epidemiologia	55	45,83	175	39,33	247	60,54	164	40,80	641	46,62	
Gestão	43	35,83	218	48,99	119	29,17	166	41,29	546	39,71	
Branco ou nulo	0	0,00	2	0,45	3	0,74	0	0,00	5	0,36	
Abordagem resumida											0,00
Quali	57	47,50	202	45,39	120	29,41	160	39,80	539	39,20	
Quanti	51	42,50	191	42,92	252	61,76	189	47,01	683	49,67	
Quanti-quali	10	8,33	45	10,11	19	4,66	48	11,94	122	8,87	
Não informa	2	1,67	7	1,57	17	4,17	5	1,24	31	2,25	
Tipo resumido											
Análise de fala	68	56,67	205	46,07	126	30,88	185	46,02	584	42,47	0,00
Epidemiológico	52	43,33	220	49,44	264	64,71	212	52,74	748	54,40	
Branco ou nulo	0	0,00	20	4,49	18	4,41	5	1,24	43	3,13	

Tabela 8 - Categorização das teses e dissertações por IES, grau, formação disciplinar, abordagem e tipo, levando em consideração o período de publicação por quadriênio.

Variáveis	NI		1997-2000		2001-2004		Quadriênio		2005-2008		2009-2012		2013-2016		2017-2020		Total	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IES																		
AA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	20	16,67	86	71,67	14	11,67	120	0,000		
UECE	1	0,22	55	12,36	57	12,81	82	18,43	91	20,45	93	20,90	66	14,83	445			
UFC	0	0,00	50	12,25	64	15,69	42	10,29	107	26,23	97	23,77	48	11,76	408			
UNIFOR	0	0,00	0	0,00	8	1,99	90	22,39	107	26,62	135	33,58	62	15,42	402			
Grau																		
Doutorado	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	20	13,07	94	61,44	39	25,49	153	0,000		
Mestrado	1	0,08	105	8,59	129	10,56	214	17,51	305	24,96	317	25,94	151	12,36	1222			
Formação disciplinar																		
CSH	0	0,00	16	8,74	24	13,11	36	19,67	24	13,11	65	35,52	18	9,84	183	0,006		
Epidemiologia	1	0,16	58	9,05	62	9,67	88	13,73	153	23,87	179	27,93	100	15,60	641			
Gestão	0	0,00	30	5,49	42	7,69	90	16,48	146	26,74	167	30,59	71	13,00	546			
Não informa	0	0,00	1	20,00	1	20,00	0	0,00	2	40,00	0	0,00	1	20,00	5			
Abordagem resumida																		
Quali	0	0,00	37	6,86	54	10,02	85	15,77	118	21,89	182	33,77	63	11,69	539	0,428		
Quanti	1	0,15	54	7,91	62	9,08	99	14,49	169	24,74	195	28,55	103	15,08	683			
Quanti-quali	0	0,00	12	9,84	8	6,56	25	20,49	29	23,77	28	22,95	20	16,39	122			
Não informa	0	0,00	2	6,45	5	16,13	5	16,13	9	29,03	6	19,35	4	12,90	31			
Tipo resumido																		
Análise de fala	0	0,00	36	6,16	44	7,53	88	15,07	131	22,43	206	35,27	79	13,53	584	0,000		
Epidemiológico	1	0,13	61	8,16	72	9,63	119	15,91	182	24,33	205	27,41	108	14,44	748			
Branco ou nulo	0	0,00	8	18,60	13	30,23	7	16,28	12	27,91	0	0,00	3	6,98	43			

Tabela 9 - Frequência de assuntos dos trabalhos de conclusão por IES.

Assunto		AA	UECE	UFC	UNIFOR	
Abuso de substância	Contagem	5	15	5	3	28
	% dentro de IES	4,2%	3,4%	1,2%	,7%	2,0%
Acesso, acolhimento e humanização	Contagem	2	10	5	16	33
	% dentro de IES	1,7%	2,2%	1,2%	4,0%	2,4%
Adesão	Contagem	2	6	5	7	20
	% dentro de IES	1,7%	1,3%	1,2%	1,7%	1,5%
AF, sedentarismo e padrão alimentar	Contagem	6	46	13	20	85
	% dentro de IES	5,0%	10,3%	3,2%	5,0%	6,2%
Alimentação e cirurgia	Contagem	0	1	0	2	3
	% dentro de IES	0,0%	,2%	0,0%	,5%	,2%
Ambiente	Contagem	2	5	29	2	38
	% dentro de IES	1,7%	1,1%	7,1%	,5%	2,8%
APS	Contagem	1	6	9	4	20
	% dentro de IES	,8%	1,3%	2,2%	1,0%	1,4%
Arboviroses	Contagem	7	14	12	4	37
	% dentro de IES	5,8%	3,1%	2,9%	1,0%	2,7%
Assistência farmacêutica	Contagem	1	4	5	3	13
	% dentro de IES	,8%	,9%	1,2%	,7%	,9%
Cuidados paliativos	Contagem	0	0	0	2	2
	% dentro de IES	0,0%	0,0%	0,0%	,5%	,1%
Financiamento	Contagem	2	12	1	1	16
	% dentro de IES	1,6%	2,7%	,2%	,2%	1,2%
Determinantes sociais	Contagem	4	4	3	1	12
	% dentro de IES	3,3%	,9%	,7%	,2%	,9%
Doenças crônicas	Contagem	0	8	7	10	25
	% dentro de IES	0,0%	1,7%	1,6%	2,3%	1,8%
Doenças negligenciadas	Contagem	1	5	17	0	23
	% dentro de IES	,8%	1,1%	4,1%	0,0%	1,7%
Doenças infecciosas	Contagem	0	0	4	0	4
	% dentro de IES	0,0%	0,0%	,9%	0,0%	,3%
Educação permanente	Contagem	0	8	6	2	16
	% dentro de IES	0,0%	1,7%	1,5%	,5%	1,1%
Estilo de vida	Contagem	3	2	5	4	14
	% dentro de IES	2,5%	,4%	1,2%	1,0%	1,0%
Formação profissional	Contagem	8	26	24	17	75
	% dentro de IES	6,7%	5,8%	5,9%	4,2%	5,5%
Funcionalidade	Contagem	2	4	10	13	29
	% dentro de IES	1,7%	,9%	2,5%	3,2%	2,1%
Gestão	Contagem	7	32	28	11	78
	% dentro de IES	5,8%	7,2%	6,9%	2,7%	5,6%
Hanseníase	Contagem	2	1	13	1	17
	% dentro de IES	1,7%	,2%	3,2%	,2%	1,2%
HIV/AIDS	Contagem	6	4	21	7	38
	% dentro de IES	5,0%	,9%	5,1%	1,7%	2,8%
Imagem corporal	Contagem	1	1	1	7	10
	% dentro de IES	,8%	,2%	,2%	1,7%	,7%
Incontinência	Contagem	0	0	0	1	1
	% dentro de IES	0,0%	0,0%	0,0%	,2%	,1%
Influenza	Contagem	0	0	1	0	1
	% dentro de IES	0,0%	0,0%	,2%	0,0%	,1%
Intoxicação	Contagem	0	0	0	1	1
	% dentro de IES	0,0%	0,0%	0,0%	,2%	,1%
Judicialização da saúde	Contagem	1	7	2	1	11
	% dentro de IES	0,8%	1,6%	,5%	,2%	,8%
Linha de cuidado/rede de atenção	Contagem	9	36	11	9	65
	% dentro de IES	7,5%	8,1%	2,7%	2,2%	4,7%
Materno-infantil	Contagem	7	26	36	20	89
	% dentro de IES	5,8%	5,8%	8,8%	5,0%	6,5%
Medicamentos e imunização	Contagem	1	2	7	1	11
	% dentro de IES	,8%	,4%	1,7%	,2%	,8%
Neoplasias	Contagem	2	5	6	6	19
	% dentro de IES	1,7%	1,1%	1,5%	1,5%	1,4%
Participação e controle social	Contagem	0	14	4	2	20
	% dentro de IES	0,0%	3,1%	1,0%	,5%	1,5%
PICS	Contagem	1	2	0	4	7
	% dentro de IES	0,8%	,4%	0,0%	,9%	,5%
Pluralidade e saúde	Contagem	1	2	2	9	14
	% dentro de IES	,8%	0,4%	0,5%	2,2%	1,1%
População em situação de rua	Contagem	1	1	0	1	3
	% dentro de IES	,8%	,2%	0,0%	,2%	,2%
Práticas de cuidado	Contagem	3	17	8	22	50
	% dentro de IES	2,5%	3,7%	2,0%	5,4%	3,6%
Qualidade de vida	Contagem	2	11	7	35	55
	% dentro de IES	1,7%	2,5%	1,7%	8,7%	4,0%
Saúde bucal	Contagem	0	5	5	4	14
	% dentro de IES	0,0%	1,1%	1,2%	1,0%	1,0%
Saúde da criança	Contagem	0	0	7	3	10

	% dentro de IES	0,0%	0,0%	1,7%	,7%	,7%
Saúde da família	Contagem	0	1	1	2	4
	% dentro de IES	0,0%	,2%	,2%	,5%	,3%
Saúde da mulher	Contagem	0	0	1	1	2
	% dentro de IES	0,0%	0,0%	,2%	,2%	,1%
Saúde do adolescente	Contagem	1	0	1	0	2
	% dentro de IES	,8%	0,0%	,2%	0,0%	,1%
Saúde do idoso	Contagem	0	1	3	5	9
	% dentro de IES	0,0%	,2%	,7%	1,2%	,7%
Saúde do trabalhador	Contagem	1	13	9	6	29
	% dentro de IES	,8%	2,9%	2,2%	1,5%	2,1%
Saúde mental	Contagem	7	31	13	20	71
	% dentro de IES	5,8%	7,0%	3,2%	5,0%	5,2%
Tanatologia	Contagem	0	1	1	5	7
	% dentro de IES	0,0%	,2%	,2%	1,2%	,5%
Promoção da saúde	Contagem	6	25	7	45	83
	% dentro de IES	5,0%	5,6%	1,7%	11,1%	6,1%
Transtorno alimentar	Contagem	0	11	3	2	16
	% dentro de IES	0,0%	2,5%	,7%	,5%	1,2%
Tuberculose	Contagem	0	2	8	2	12
	% dentro de IES	0,0%	,4%	2,0%	,5%	,9%
Violência	Contagem	12	14	29	47	102
	% dentro de IES	10,0%	3,1%	7,1%	11,7%	7,4%
Voz, audição e linguagem	Contagem	0	1	4	4	9
	% dentro de IES	0,0%	,2%	,9%	,9%	,6%
Outros	Contagem	3	3	9	7	22
	% dentro de IES	2,5%	0,6%	2,0%	1,5%	1,8%
	Contagem	120	445	408	402	1375
	% dentro de IES	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 10 - Tipos de programas de saúde coletiva, instituições e alunos matriculados e titulados no Ceará entre 1998-2016, CAPES-BR, 2019³⁴

VARIÁVEIS	N (anos)	QUADRIENIO										P
		1997-2000		2001-2004		2005-2008		2009-2012		2013-2016		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Nº de programas												
UECE												0,000
0	3	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
1	7	0	0,0	4	100,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	
2	8	0	0,0	0	0,0	1	25,0	4	100,0	3	75,0	
3	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	
UFC												0,001
1	15	3	100,0	4	100,0	4	100,0	4	100,0	0	0,0	
2	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	
UNIFOR												0,006
0	4	3	100,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
1	15	0	0,0	3	75,0	4	100,0	4	100,0	4	100,0	
Matriculados e titulados												
Total de matriculados												0,019
Ate 100	8	3	100,0	3	75,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	
101 ou mais	11	0	0,0	1	25,0	2	50,0	4	100,0	4	100,0	
Total de titulados												0,079
Ate 100	17	3	100,0	4	100,0	4	100,0	4	100,0	2	50,0	
101 ou mais	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	
Matriculados no Mestrado												0,028
Até 70	6	3	100,0	1	25,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	
71 ou mais	13	0	0,0	3	75,0	2	50,0	4	100,0	4	100,0	
Titulados no Mestrado												0,006
Até 70	13	3	100,0	4	100,0	4	100,0	0	0,0	2	50,0	
71 ou mais	6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	2	50,0	
Matriculados no Doutorado												0,001
Ate 20	11	3	100,0	4	100,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	
21 ou mais	8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	4	100,0	
Titulados no doutorado												0,010
Ate 20	16	3	100,0	4	100,0	4	100,0	4	100,0	1	25,0	
21 ou mais	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	

³⁴ Uma via de quantificação e comparação do número de discentes matriculados e titulados por ano e por programa é a análise do banco de dados do GEOCAPES (CAPES, 2019a). Vale lembrar que nesse consolidado de domínio público da CAPES as informações não são idênticas ao encontrado na análise do catálogo de teses e dissertações, prova disso que o total de anos disponíveis (enquanto existência dos programas no Ceará) é 19. Todavia trata-se de uma análise oficial e legítima. Ressalvadas as devidas precauções de análise, vejamos a tabela 10, oriunda dessa banco de dados.

Tabela 11 - Quantidade de alunos matriculados e titulados no Ceará entre 1998-2016, CAPES-BR, 2019

DESCRIÇÃO	N	%
Alunos matriculados e titulados		
<i>Total matriculados: 127,21±70,11</i>		
Faixa do total de matriculados		
ate 100	8	42,11
101 ou mais	1	57,89
<i>Total titulados: 59,95 ±31,52</i>		
Faixa do total de titulados		
ate 100	7	89,47
101 ou mais	2	10,53
Total matriculados doutorado: 33,53 ±41,92		
Faixa de matriculados no doutorado		
ate 20	1	57,89
21 ou mais	8	42,11
Total titulados doutorado: 5,79 ±9,82		
Faixa de titulados doutorado		
ate 20	6	84,21
21 ou mais	3	15,79
Total matriculados mestrado: 93,68 ±33,81		
Faixa de matriculados no mestrado		
até 70	6	31,58
71 ou mais	3	68,42
Total titulados mestrado: 54,16 ±24,96		
Faixa de titulados mestrado		
até 70	3	68,42
71 ou mais	6	31,58

Tabela 12 - Quantidade de orientações por professor-orientador dos programas de pós-graduação em SC do Ceará.

	IES ³⁵	N	%
Maria Salete Bessa Jorge	UECE	81	5,89
José Jackson Coelho Sampaio	UECE	52	3,78
Helena Alves de Carvalho Sampaio	UECE	46	3,35
José Wellington de Oliveira Lima	UECE	43	3,13
Marcelo Gurgel Carlos da Silva	UECE	41	2,98
Ricardo José Soares Pontes	UFC	40	2,91
Andrea Caprara	UECE	37	2,69
Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr	UFC	36	2,62
Mirna Albuquerque Frota Sousa	UNIFOR	36	2,62
Raimunda Magalhaes Da Silva	UNIFOR	36	2,62
Luiza Jane Eyre De Souza Vieira	UNIFOR	34	2,47
Ana Maria Fontenelle Catrib	UNIFOR	33	2,40
Carlos Antonio Bruno Da Silva	UNIFOR	33	2,40
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos	UNIFOR	31	2,25
Maria Vieira De Lima Saintrain	UNIFOR	28	2,04
Marilyn Kay Nations	UNIFOR	28	2,04
Rosendo Freitas De Amorim	UNIFOR	26	1,89
Thereza Maria Magalhães Moreira	UECE	25	1,82
José Gomes Bezerra Filho	UFC	24	1,75
Renan Magalhães Montenegro Junior	UFC	24	1,75
Álvaro Jorge Madeiro Leite	UFC	23	1,67
Paulo César de Almeida	UECE	23	1,67
Maria Lucia Magalhães Bosi	UFC	22	1,60
Fatima Luna Pinheiro Landim		21	1,53
Raquel Maria Rigotto	UFC	21	1,53
Francisco José Maia Pinto	UECE	20	1,45
Marcia Maria Tavares Machado	UFC	17	1,24
Maria Alix Leite Araújo	UNIFOR	17	1,24
Terezinha do Menino Jesus Silva Leitão	UFC	17	1,24
Jorg Heukelbach	UFC	16	1,16
Lúcia Conde de Oliveira	UECE	15	1,09
Francisco Herlânio Costa Carvalho	UFC	13	0,95
Geraldo Bezerra Da Silva Junior		13	0,95
João Macedo Coelho Filho	UFC	12	0,87
Luciano Lima Correia	UFC	12	0,87
Ângela Maria Bessa Linhares	UFC	11	0,80
Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira	UNIFOR	11	0,80
Francisco Horácio da Silva Frota	UECE	10	0,73
Ilvana Lima Verde Gomes	UECE	10	0,73
Alcides Silva de Miranda	UFC	9	0,65
Ana Paula Soares Gondim	UNIFOR	9	0,65
Danielle Malta Lima	UNIFOR	9	0,65
Fabricio da Silva Costa	UECE	9	0,65
Jorge Luiz Nobre Rodrigues	UFC	9	0,65
Julia Sursis Nobre Ferro Bucher	UFC	9	0,65
Luiz Odorico Monteiro de Andrade	UFC	9	0,65
Adriana Rolim Campos Barros	UNIFOR	8	0,58
Alberto Novaes Ramos Junior	UFC	8	0,58
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	UFC	8	0,58
Jaqueline Caracas Barbosa	UFC	8	0,58
Luciano Pamplona Góes Cavalcanti	UFC	8	0,58
Maria Vaudelice Mota	UFC	8	0,58
Monica Cardoso Façanha	UFC	8	0,58

³⁵ Alguns orientadores tiveram passagem por mais de uma IES/PPG do estado. Considerou-se, para essa análise a IES onde o professor-orientador permaneceu maior quantidade de anos.

Regina Heloísa Mattei de Oliveira Maciel	UECE	8	0,58
Roberto da Justa Pires Neto	UFC	8	0,58
Sílvia Maria Nóbrega Therrien	UECE	8	0,58
Christina Cesar Praça Brasil	UNIFOR	7	0,51
Maria Irismar de Almeida	UECE	7	0,51
Maria Rocineide Ferreira da Silva	UECE	7	0,51
Aline Veras Moraes Brilhante	UNIFOR	6	0,44
Ana Valeska Siebra e Silva	UECE	6	0,44
Carlos Henrique Moraes de Alencar	UFC	6	0,44
Erasmio Miessa Ruiz	UECE	6	0,44
Marcelo Luiz Carvalho Goncalves	UNIFOR	6	0,44
Maria Teresa Moreno Valdes	UNIFOR	6	0,44
Pedro Braga Neto	UECE	6	0,44
Helena Lutécia Luna Coelho	UFC	5	0,36
João Joaquim Freitas do Amaral	UFC	5	0,36
Maria Marlene Marques Ávila	UECE	5	0,36
Paula Frassinetti Castelo Branco Camurça Fernandes	UECE	5	0,36
Regina Yoshie Matsue	UNIFOR	5	0,36
Alexandre Braga Liborio	UNIFOR	4	0,29
Ana Paula Vasconcelos Abdon	UNIFOR	4	0,29
Fernando Luis Gonzalez Rey	UFC	4	0,29
Francisco Ursino da Silva Neto	UFC	4	0,29
João Bosco Feitosa dos Santos	UECE	4	0,29
Paulo Henrique Dias Quinderé	UECE	4	0,29
Verbena Lima Vale	UFC	4	0,29
Zenilda Vieira Bruno	UFC	4	0,29
Ana Carina Stelko Pereira	UECE	3	0,22
Bernard Carl Kendall	UFC	3	0,22
Daniela Gardano B. Mont'Alverne	UNIFOR	3	0,22
Fernando Bezerra	UFC	3	0,22
Júlio Jorge D'Albuquerque Lóssio	UFC	3	0,22
Marcia Gomide da Silva Mello	UFC	3	0,22
Raimunda Hermelinda Maia Macena	UFC	3	0,22
Walter Vitor Correa da Fonseca	UFC	3	0,22
Orientação de 2 ou menos (37 orientadores)		50	3,57
Não identificado		1	0,07

Tabela 13 - Ranking dos 20 professores com mais orientações e sua vinculação institucional.

	IES	QUANTIDADE
<i>Maria Salete Bessa Jorge</i>	UECE	81
<i>José Jackson Coelho Sampaio</i>	UECE	52
<i>Helena Alves de Carvalho Sampaio</i>	UECE	46
<i>José Wellington de Oliveira Lima</i>	UECE	43
<i>Marcelo Gurgel Carlos da Silva</i>	UECE	41
<i>Ricardo José Soares Pontes</i>	UFC	40
<i>Andrea Caprara</i>	UECE	37
<i>Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr</i>	UFC	36
<i>Mirna Albuquerque Frota Sousa</i>	UNIFOR	36
<i>Raimunda Magalhaes Da Silva</i>	UNIFOR	36
<i>Luiza Jane Eyre De Souza Vieira</i>	UNIFOR	34
<i>Ana Maria Fontenelle Catrib</i>	UNIFOR	33
<i>Carlos Antonio Bruno Da Silva</i>	UNIFOR	33
<i>Zélia Maria de Sousa Araújo Santos</i>	UNIFOR	31
<i>Maria Vieira De Lima Saintrain</i>	UNIFOR	28
<i>Marilyn Kay Nations</i>	UNIFOR	28
<i>Rosendo Freitas De Amorim</i>	UNIFOR	26
<i>Thereza Maria Magalhães Moreira</i>	UECE	25
<i>José Gomes Bezerra Filho</i>	UFC	24
<i>Renan Magalhães Montenegro Junior</i>	UFC	24
	Total	734

Tabela 14 - Caracterização da participação de cada IES no doutorado em AA por quantidade de orientações.

INSTITUIÇÃO-ORIENTADOR	IES								Total
	AA		UECE		UFC		UNIFOR		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
UFC	53	44,17	0	0,00	196	48,04	6	1,49	
Alberto Novaes Ramos Junior	2	25,00	0	0,00	6	75,00	0	0,00	8
Álvaro Jorge Madeiro Leite	6	26,09	0	0,00	17	73,91	0	0,00	23
Bernard Carl Kendall	2	66,67	0	0,00	1	33,33	0	0,00	3
João Macedo Coelho Filho	1	8,33	0	0,00	11	91,67	0	0,00	12
Jorg Heukelbach	4	25,00	0	0,00	12	75,00	0	0,00	16
José Gomes Bezerra Filho	6	25,00	0	0,00	18	75,00	0	0,00	24
Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr	7	19,44	0	0,00	29	80,56	0	0,00	36
Luiz Odorico Monteiro de Andrade	2	22,22	0	0,00	7	77,78	0	0,00	9
Marcia Maria Tavares Machado	4	23,53	0	0,00	13	76,47	0	0,00	17
Maria Lucia Magalhães Bosi	7	31,82	0	0,00	15	68,18	0	0,00	22
Raquel Maria Rigotto	1	4,76	0	0,00	20	95,24	0	0,00	21
Renan Magalhães Montenegro Junior	3	12,50	0	0,00	15	62,50	6	25,00	24
Ricardo José Soares Pontes	8	20,00	0	0,00	32	80,00	0	0,00	40
UECE	47	39,17	275	61,80	12	2,94	0	0,00	
Andrea Caprara	6	16,22	31	83,78	0	0,00	0	0,00	37
Fabricio da Silva Costa	3	33,33	6	66,67	0	0,00	0	0,00	9
Helena Alves de Carvalho Sampaio	8	17,39	38	82,61	0	0,00	0	0,00	46
José Jackson Coelho Sampaio	7	13,46	45	86,54	0	0,00	0	0,00	52
José Wellington de Oliveira Lima	5	11,63	26	60,47	12	27,91	0	0,00	43
Marcelo Gurgel Carlos da Silva	5	12,20	36	87,80	0	0,00	0	0,00	41
Maria Salete Bessa Jorge	9	11,11	72	88,89	0	0,00	0	0,00	81
Thereza Maria Magalhães Moreira	4	16,00	21	84,00	0	0,00	0	0,00	25
UNIFOR	20	16,67	1	0,22	3	0,74	107	26,62	
Luiza Jane Eyre De Souza Vieira	5	14,71	0	0,00	0	0,00	29	85,29	34
Ana Maria Fontenelle Catrib	5	15,15	0	0,00	0	0,00	28	84,85	33
Marilyn Kay Nations	4	14,29	0	0,00	3	10,71	21	75,00	28
Raimunda Magalhaes Da Silva	6	16,67	1	2,78	0	0,00	29	80,56	36

Tabela 15 – Indicadores bibliométricos dos orientadores com participação na AA.

Orientadores com participação na AA	Indicadores bibliométricos						Média citações / ano
	Publicações	H índice	Média citação por item	Citações	Artigos fizeram a citação	que citações	
UFC							
Alberto Novaes							
Ramos Junior	4	1	7,5	30	30		2,31
Álvaro Jorge Madeiro Leite	35	9	6,86	240	232		17,14
Bernard Carl Kendall	1	0	0	0	0		0
João Macedo Coelho Filho	7	3	12	84	74		6,46
Jorg Heukelbach	17						
	7	35	22,52	3986	2221		166,08
José Gomes Bezerra Filho	2	2	35	70	70		4,38
Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr	45	10	13,62	613	525		51,08
Luiz Odorico Monteiro de Andrade	3	1	0,33	1	1		0,25
Marcia Maria Tavares Machado	31	6	3,71	115	106		11,50
Maria Lucia Magalhães Bosi	42	8	4,88	205	176		17,08
Raquel Maria Rigotto	17	6	5,65	96	91		8,73
Renan Magalhães Montenegro Junior	3	1	7,67	23	23		2,56
Ricardo José Soares Pontes	23	9	11,22	258	241		9,92
UECE							
Andrea Caprara	14						
	6	30	21,53	3143	2518		112,25
Fabricio da Silva Costa	90	11	3,86	347	304		10,21
Helena Alves de Carvalho Sampaio	2	1	4	8	8		0,36
José Jackson Coelho Sampaio	6	4	8,17	49	49		2,58
José Wellington de Oliveira Lima	22	11	16,86	371	367		15,46
Marcelo Gurgel Carlos da Silva	2	0	0	0	0		0
Maria Salete Bessa Jorge	35	9	6,06	212	192		17,67
Thereza Maria Magalhães Moreira	44	6	2,84	125	121		11,36
UNIFOR							
Luiza Jane Eyre De Souza Vieira	38	6	3,29	125	115		12,5
Ana Maria Fontenelle Catrib	12	4	3,67	44	44		5,50
Marilyn Kay Nations	33	12	20,24	668	596		18,56
Raimunda Magalhaes Da Silva	43	8	3,91	168	154		12,00

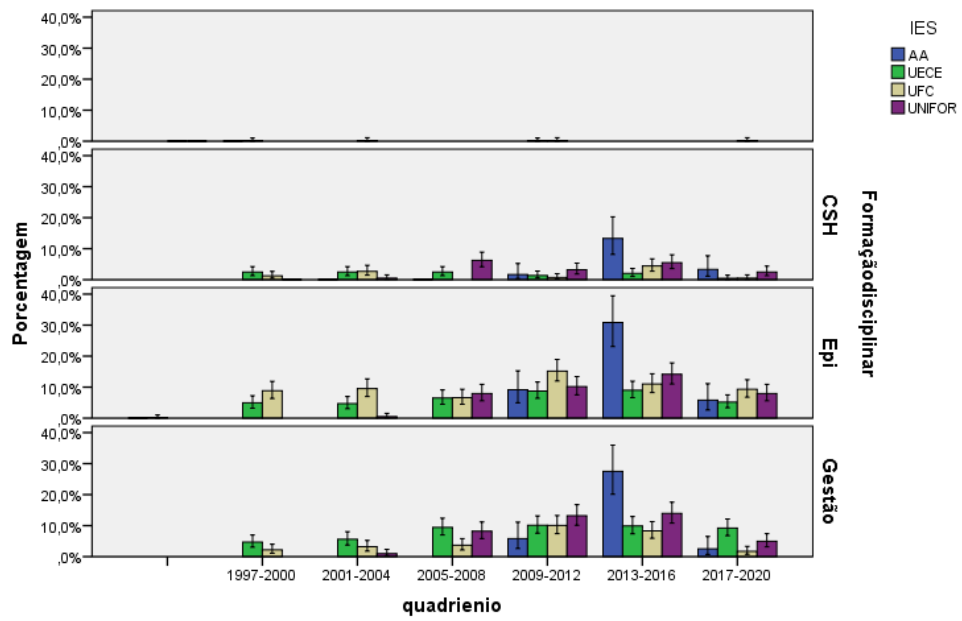
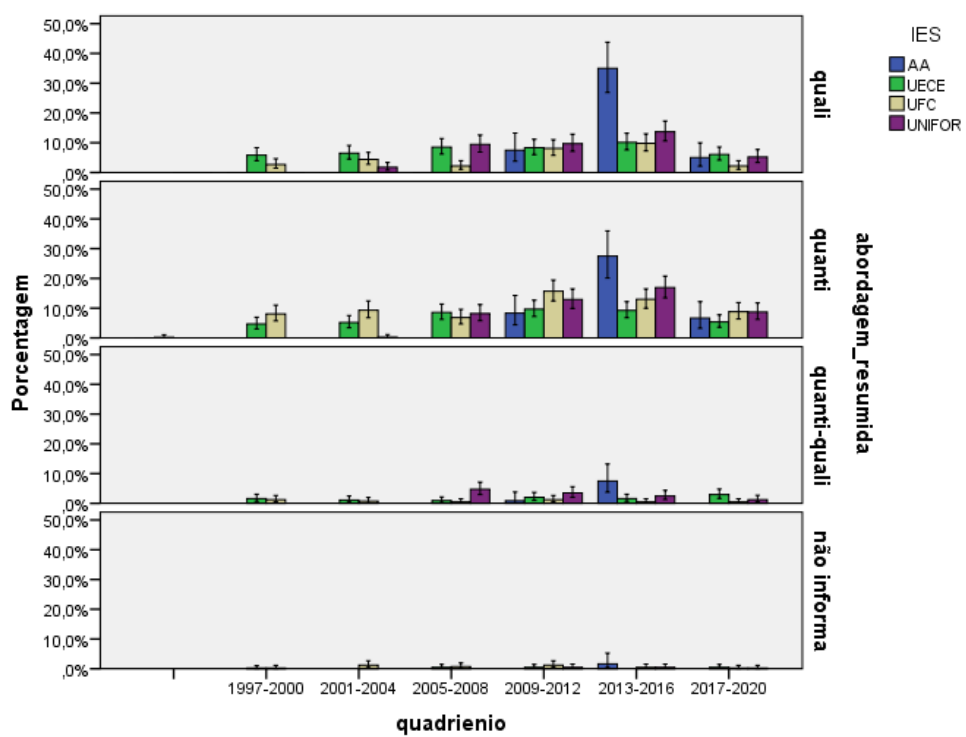
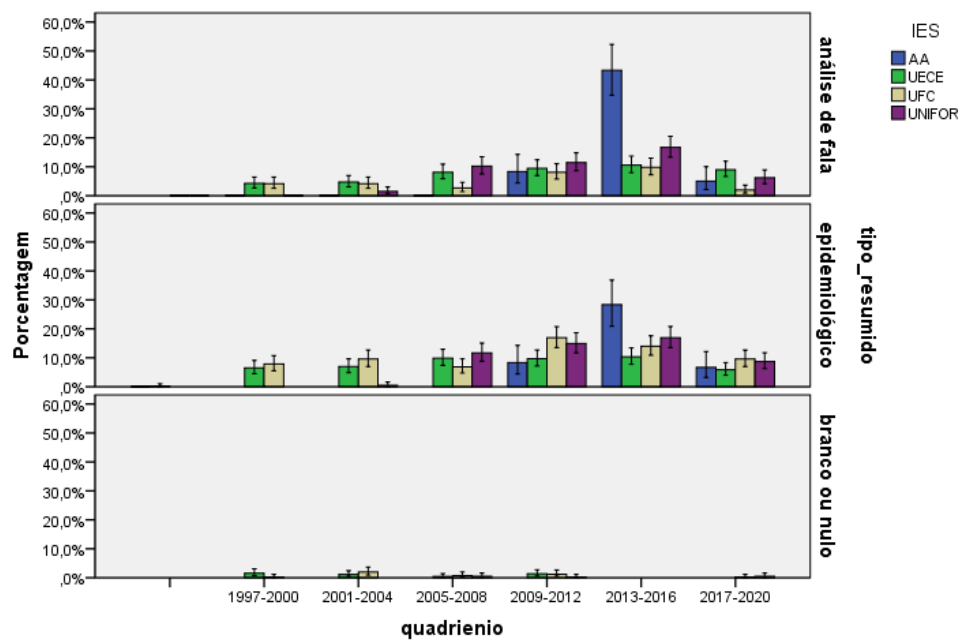


Gráfico 1 - Análise histórica da produção de cada IES por formação disciplinar



Barras de erro: 95% CI

Gráfico 2 - Análise histórica da produção de cada IES por abordagem



Barras de erro: 95% CI

Gráfico 3 - Análise histórica da produção de cada IES por tipo de estudo

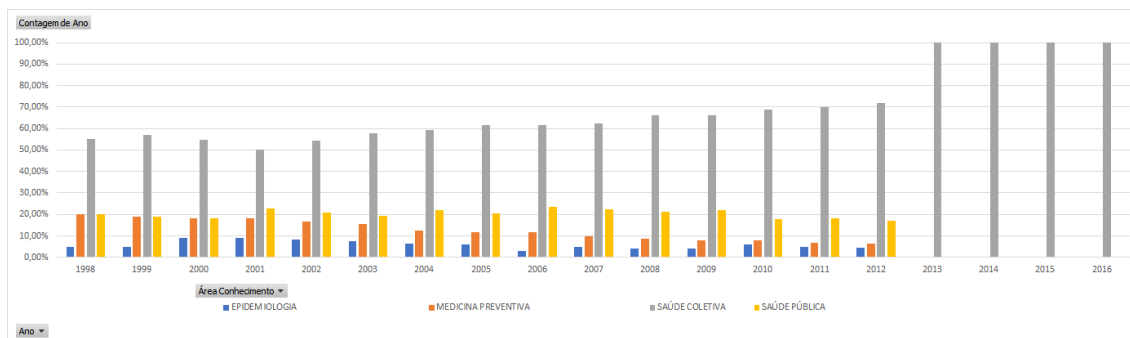


Gráfico 4 - Distribuição dos programas com área de concreção em Saúde Coletiva do Brasil por nome no período de 1998 a 2016

Fonte: (CAPES, 2019a)

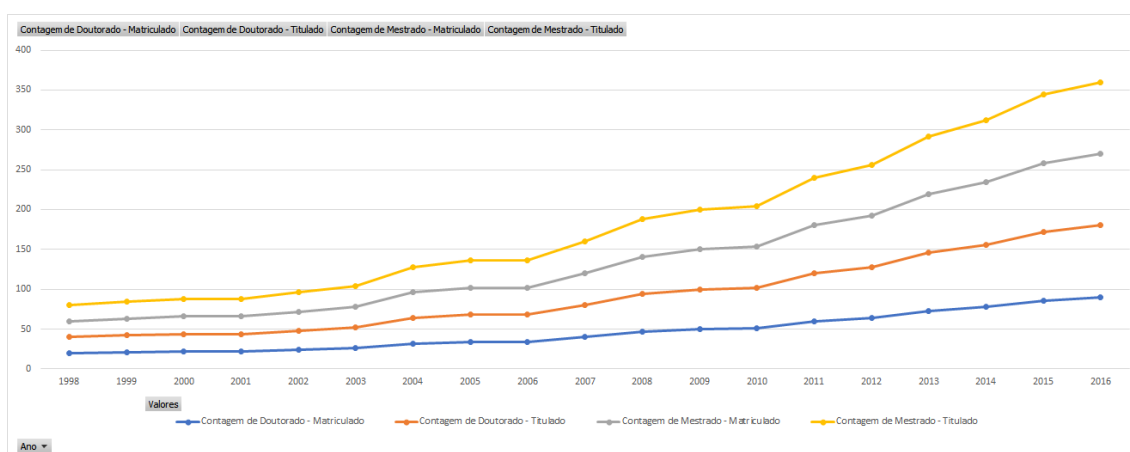


Gráfico 5 - Contagem de matriculados e titulados em mestrado e doutorado com área de avaliação em Saúde Coletiva no Brasil, 1998-2016.

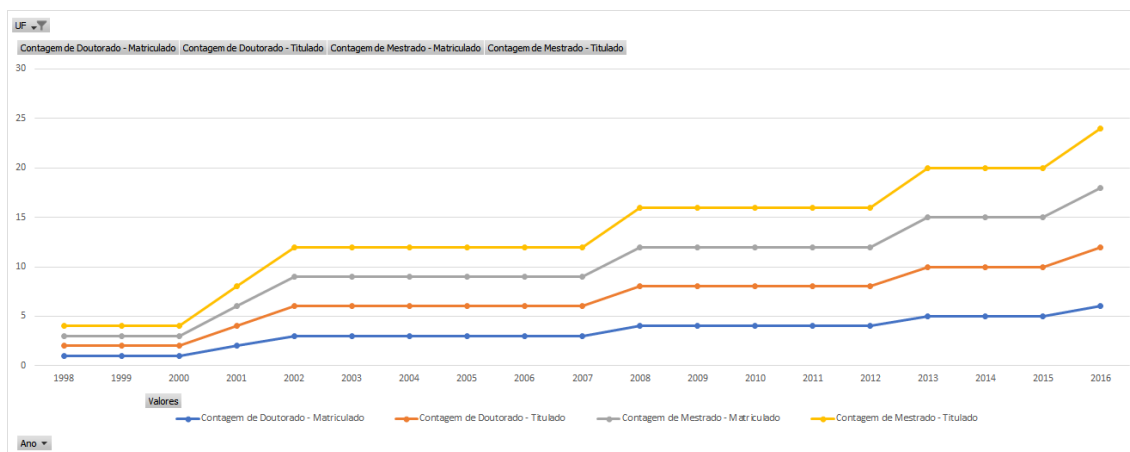


Gráfico 6 - Contagem de matriculados e titulados em mestrado e doutorado com área de avaliação em Saúde Coletiva no Ceará, 1998-2016

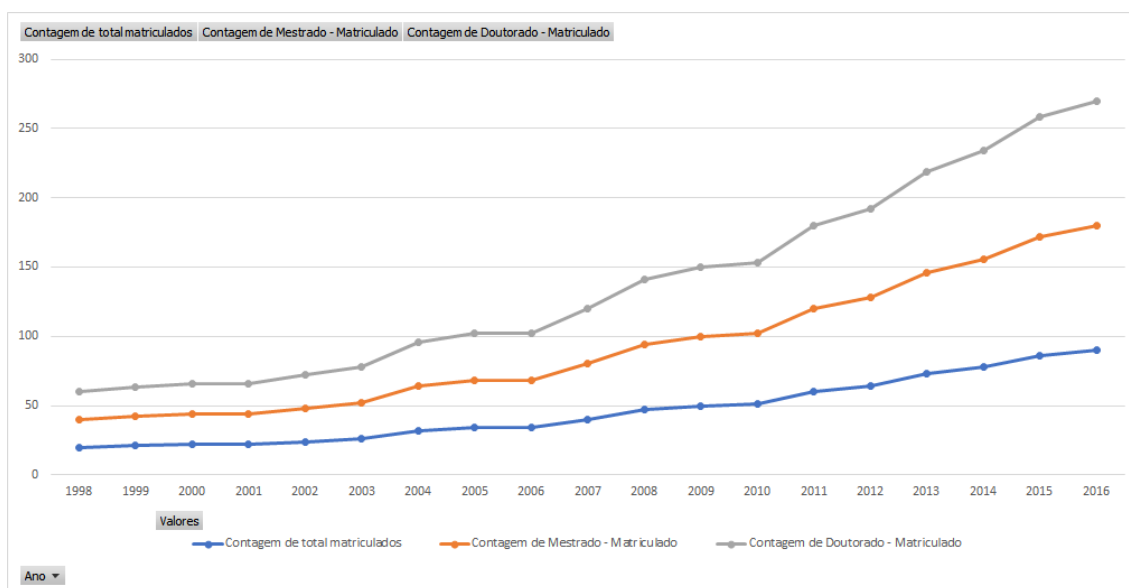


Gráfico 7 - Contagem total de matriculados, em relação ao total de matriculados no mestrado e no doutorado com área de avaliação em Saúde Coletiva no Ceará, 1998-2016.

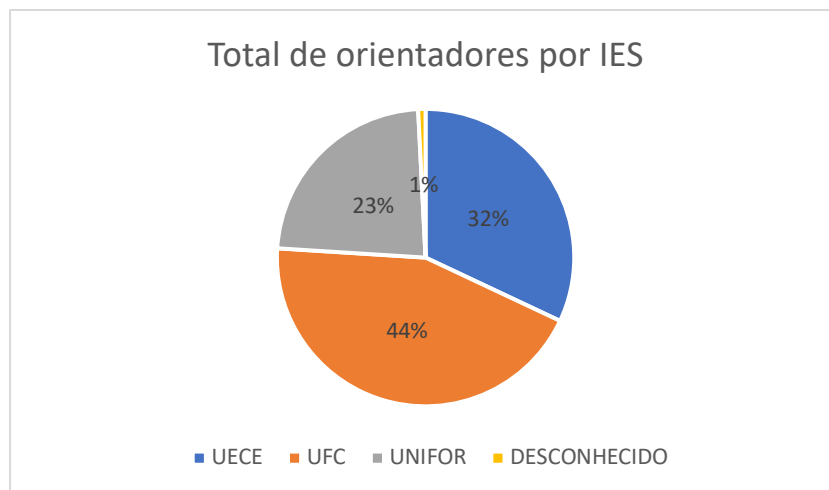


Gráfico 8 - Proporção de orientadores por IES, Ceará, Brasil.

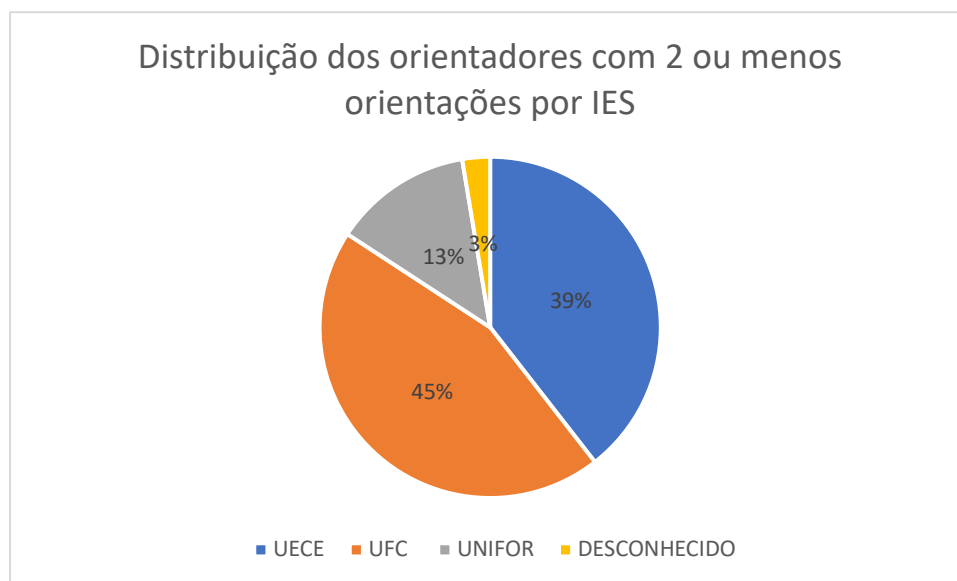


Gráfico 9 - Distribuição dos orientadores com duas ou menos orientações por IES, Ceará, Brasil.

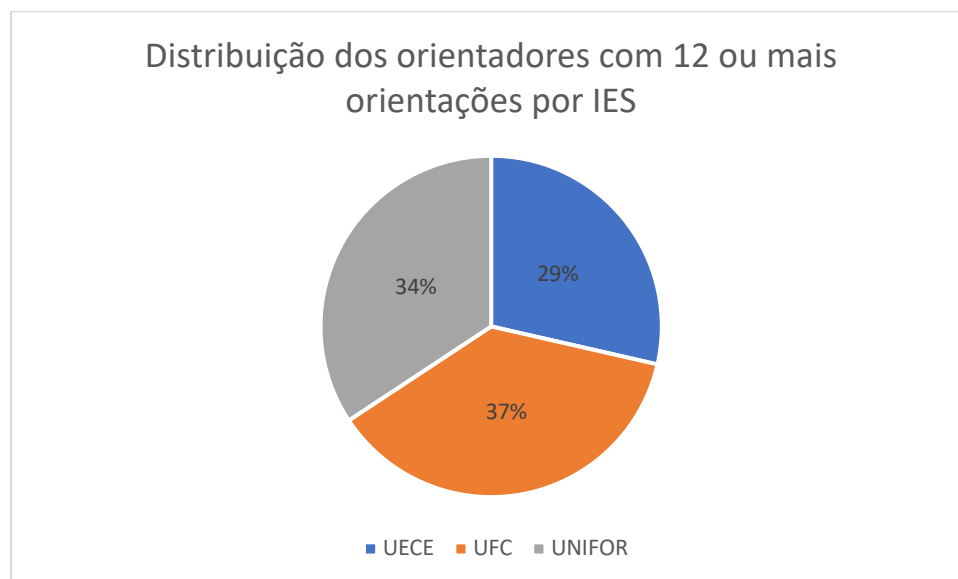


Gráfico 10 - Distribuição dos orientadores com 12 ou mais orientações por IES

Gráfico 11 - Contagem de bolsas doutorado pleno, mestrado, professor visitante, pós-doutorado e total de bolsas para programas com área de avaliação em Saúde Coletiva, Brasil, 1995-2016.

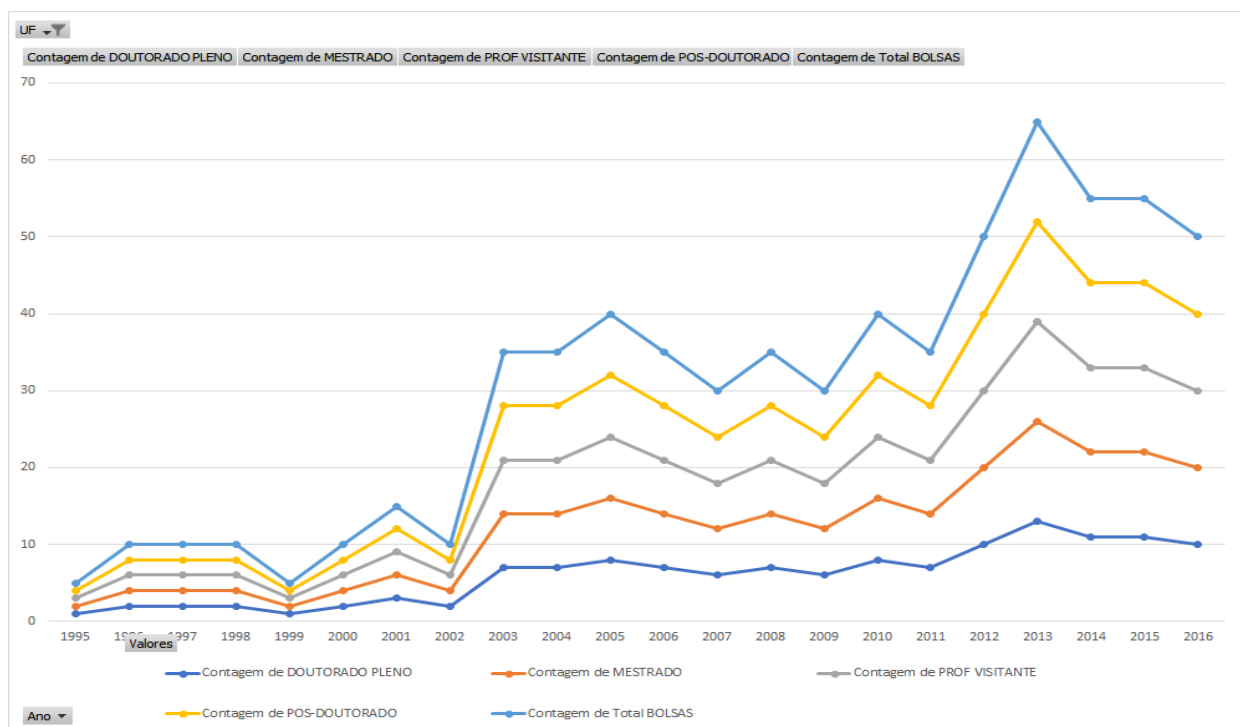
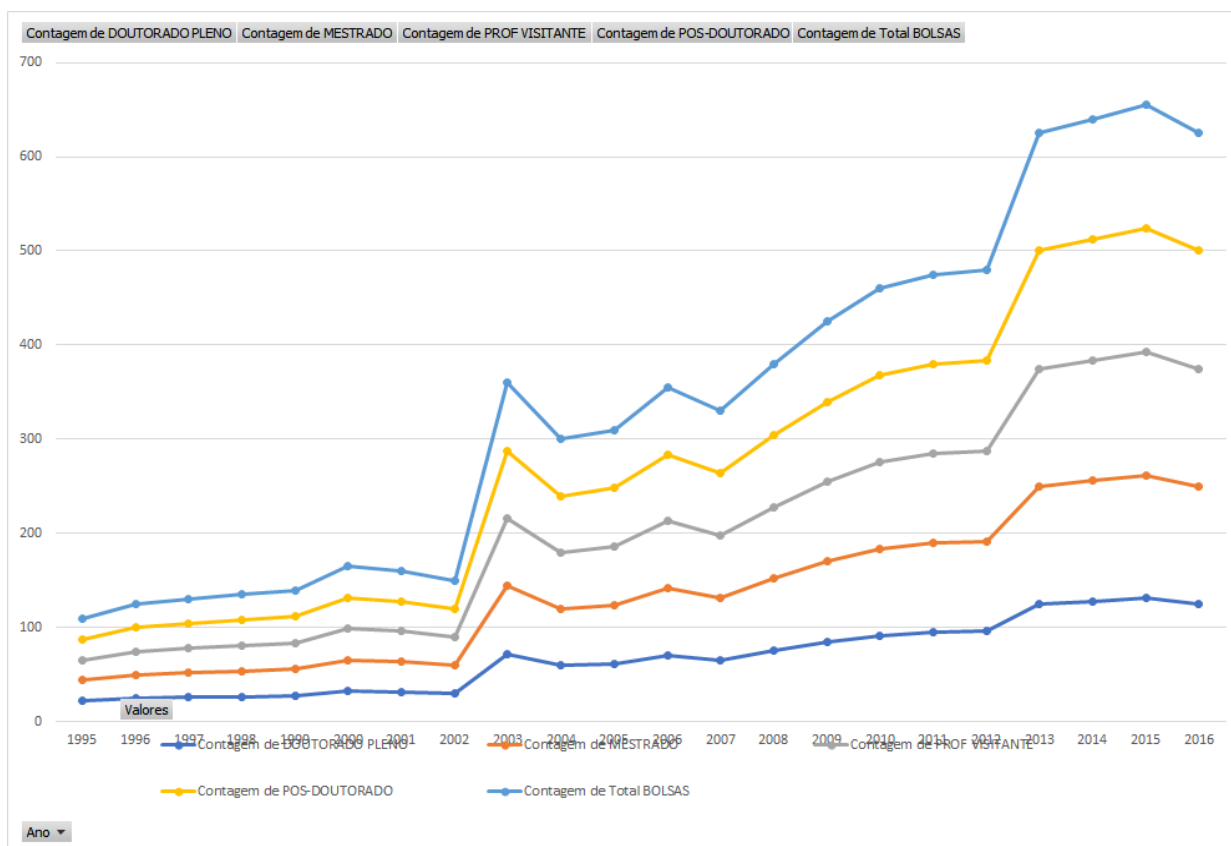


Gráfico 12 - Contagem de bolsas doutorado pleno, mestrado, professor visitante, pós-doutorado e total de bolsas para programas com área de avaliação em Saúde Coletiva, Ceará, 1995-2016.



Quadro 2 - Caracterização dos programas de pós-graduação em SP/SC do Ceará

	UECE	UFC	UNIFOR
Nome do programa	Saúde Coletiva	Saúde Pública	Saúde Coletiva
Área de Concentração	Políticas Públicas e Gestão	Epidemiologia	Promoção da Saúde
Conceito Qualis Capes	4	5	4
Nº vagas ofertadas na última seleção para o Mestrado	22	37	34
Nº de matriculados na última turma do Mestrado	22	33	25
Nº de vagas ofertadas na última seleção para o Doutorado	19	24	11
Nº de matriculados na última turma do Doutorado	19	16	10
Nº de professores	18 permanentes + 2 visitantes	20 permanentes + 5 colaboradores + 2 visitantes	15 permanentes + 3 visitantes
Nº professores com pós-DOC	??	11	10
Nº PQ	4 (PQ1A, PQ1B, dois PQ2)	4 (dois PQ2, PQ1D, PQ1C)	6 (dois PQ1C, dois PQ2, dois PQvisitante)
Tempo médio de formação mestrado	21,5 meses	27,8 meses	24 meses
Tempo médio de formação doutorado	33,5 meses	30,3 meses	36 meses
Vínculo com a graduação	Em amplificação e multiprofissional	Elevado, mas primordialmente uniprofissional	Em amplificação e multiprofissional
Espaço no organograma institucional	CCS	DSC / FAMED	CCS
Monitoramento de egressos	Em construção	Sim	Sim
Carga horária Mestrado	60 cr (sendo 20cr para dissertação)	30 cr (sendo 6cr para dissertação)	30 cr (sendo 4cr para dissertação)
Carga horária doutorado	70 cr (sendo 30cr para tese)	60 cr (sendo 12cr para tese)	60 cr (sendo 8cr para tese)
Linhas de pesquisa Mestrado	1) Políticas, Planejamento e Avaliação em Saúde 2) Situação de Saúde da População	1) Epidemiologia 2) Políticas, Ambiente e Sociedade	1) Análise da Situação de Saúde; 2) Cultura e Humanização em Saúde; 3) Políticas e Práticas na Promoção da Saúde; 4) Planejamento e Organização dos Serviços de Saúde.

Bolsista PQ	Nível	Instituição	Grande Área da Bolsa	Área da Bolsa	Graduação	Mestrado	Doutorado	Pós-doutorado	Formação disciplinar preponderante	Tempo no programa	Características da produção
Thereza Maria Magalhães Moreira	1A	UECE	Enfermagem	Enfermagem em Saúde Coletiva	Enfermeira e Advogada	Enfermagem	Enfermagem	Ciências da Saúde	Epidemiologia	?	Materno-infantil Doenças crônicas
Maria Salete Bessa Jorge	1B	UECE	Enfermagem	Enfermagem em Saúde Coletiva	Enfermeira	Enfermagem Psiquiátrica	Enfermagem	Ciências da Saúde	CSH	?	Saúde Mental
Andréa Caprara	2	UECE	Saúde Coletiva	Saúde Pública	Medicina	--	Antropologia	Ciências Humanas	CSH	?	Antropologia da Saúde e Dengue
Ilana Nogueira Bezerra	2	UECE	Nutrição	Análise Nutricional de População	Nutrição	Saúde Coletiva	Fisiopatologia Clínica e Experimental	Ciências da Saúde	Epidemiologia	?	Nutrição, obesidade
Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr	2	UFC	Saúde Coletiva	Epidemiologia	Medicina	Medicina	Medicina	Ciências da Saúde	Epidemiologia	1991	DST, HIV/AIDS
Renan Magalhães Monte negro Junior	2	UFC	Medicina	Endocrinologia	Medicina	--	Clínica Médica	--	Epidemiologia	?	Endocrinologia e Diabetes
Jörg Heukelbach	1C	UFC	Medicina	Doenças Infecciosas e Parasitárias	Medicina	Science in International Health	Farmacologia	Ciências da Saúde	Epidemiologia	?	Doenças infecciosas e negligenciadas.
Maria Lúcia Magalhães Bosi	1D	UFC	Saúde Coletiva	Saúde Pública	Nutrição e Psicologia	Ciências Sociais	Saúde Pública	Ciências Humanas	CSH	?	Pesquisa qualitativa e Ciências Sociais e Humanas na SC

Alberto Novais Ramos Júnior	2	UFC	Saúde Coletiva	Saúde Pública	Medicina	Saúde Coletiva	Ciências Médicas	--	Epidemiologia	?	Doenças infecciosas e parasitárias
Luciano Pamplona de Goes Cavalcanti	2	UFC	Parasitologia	Entomologia e Malacologia de Parasitos e Vetores	Ciências Biológicas	Saúde Pública	Clínica Médica	--	Epidemiologia	?	Arboviroses
Raimunda Magalhães da Silva	1 D	UNIFOR	Enfermagem	Enfermagem em Saúde Coletiva	Enfermagem	Enfermagem	Enfermagem	Ciências da Saúde	PPG	?	Promoção da Saúde da Mulher
Luiza Jane Eyre Sousa Vieira	1 D	UNIFOR	Enfermagem	Saúde Pública	Enfermagem e Administração de empresas	Enfermagem	Enfermagem	Ciências da Saúde	PPG	?	Violências
Ana Maria Fontenelle Catrib	2	UNIFOR	Educação	Planejamento e Avaliação Educacional	Pedagogia	Educação	Educação	Ciências da Saúde	PPG	?	Avaliação em Saúde, educação em saúde e promoção da saúde
Geraldo Bezerra da Silva Júnior	2	UNIFOR	Medicina	Nefrologia	Medicina	Ciências Médicas	Ciências Médicas	Ciências da Saúde	Epidemiologia	?	Doenças renais
Professores colaboradores											
Adriana Rolim Campos Barros	2	UNIFOR	Biotecnologia	Novas Drogas Terapêuticas	Farmácia	Farmacologia	Farmacologia	Ciências Biológicas	Epidemiologia	?	Eficácia farmacológica

Quadro 3 - Caracterização dos bolsistas de produtividade pela formação, produção e tempo de atuação no programa de pós-graduação em Saúde Coletiva no Ce