

## **A SAÚDE COLETIVA: CONTRIBUIÇÕES PARA A PÓS-GRADUAÇÃO BRASILEIRA**

Everardo Duarte Nunes 

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)  
Campinas, SP, Brasil

DOI: <https://doi.org/10.22409/mov.v7i14.44365>

### **RESUMO**

Após 55 anos do Parecer Sucupira, número 997/65, este artigo analisa brevemente a pós-graduação e sua história e a contribuição especial e diferenciada da Saúde Coletiva, não apenas no campo das ciências da saúde, mas também na pós-graduação como um todo. O artigo baseia-se na literatura em geral e especificamente para o campo da Saúde Coletiva e áreas conexas - epidemiologia, ciências sociais em saúde e planejamento. O artigo aborda primeiro aspectos históricos da pós-graduação, depois o conceito de Saúde Coletiva e sua trajetória histórica, institucional e pedagógica e, finalmente, suas contribuições.

**Palavras-chave:** Parecer Sucupira; Cursos de Pós-Graduação; Saúde Coletiva; História Social; Institucionalização

## **COLLECTIVE HEALTH: CONTRIBUTIONS TO THE BRAZILIAN GRADUATE**

### **ABSTRACT**

After 55 years of the Sucupira Report, number 997/65, this article briefly analyses the graduate course and its history and the special and differentiated contribution of Collective Health not only to the field of health sciences, but also to graduate studies as a whole. The study is based on the published literature on general graduate courses and specifically for the field of Collective Health and connected areas - epidemiology, social sciences in health and planning. The article first addresses historical aspects of graduate studies, then the concept of Collective Health and its historical, institutional and pedagogical trajectory and finally its contributions are listed.

**Keywords:** Sucupira Legal Opinion; Graduate Courses; Collective Health; Social History; Institutionalisation

## **SALUD COLECTIVA: CONTRIBUCIONES A ESTUDIOS DE POSGRADO BRASILEÑOS**

### **RESUMEN**

Después de 55 años de Legal Opinión Sucupira, número 997/65, este artículo analiza brevemente el curso de posgrado y su historia y la contribución especial y diferenciada de la salud colectiva, no solo en el campo de las ciencias de la salud, sino también en los estudios de posgrado como un todo. El artículo se basa en la literatura en general y específicamente para el campo de la salud colectiva y áreas relacionadas: epidemiología, ciencias sociales en salud y planificación. El artículo primero discute los aspectos históricos de los estudios de posgrado, luego el concepto de Salud Colectiva y su trayectoria histórica, institucional y pedagógica y, finalmente, sus contribuciones.

**Palabras clave:** Opinión Legal Sucupira; Cursos de postgrado; Salud colectiva; Historia social; Institucionalización

### **Introdução**

“O campo da Saúde Coletiva é um dos mais férteis e avançados atualmente na árvore dos saberes disciplinares” Luz (2009, p.310).

Uma das afirmações mais comumente presente nas questões sobre a pós-graduação brasileira é que ela constitui um projeto bem sucedido, apesar de enfrentar problemas e desafios. A afirmação de Balbachevsky (2005, p. 275), há quinze anos, de que “os sucessos alcançados pelo país na pós-graduação têm sido motivo de orgulho tanto para a academia brasileira como para as autoridades públicas”, reporta-me ao que já afirmara Darcy Ribeiro (1980 p. 73 apud ALMEIDA, 2017, p. 16), “A experiência brasileira de pós-graduação nos últimos anos é a coisa mais positiva da história da educação superior no Brasil e é também a que tem que ser levada a sério”.

A frase que tem sido epigrafe de artigos e teses, recebeu de Santos (2003, p. 628) a observação que a avaliação de Ribeiro (1980) necessitava ser analisada sob diversas facetas e possibilidades: “desenvolvimento científico e tecnológico”, “continuidade da carreira acadêmica”, “abertura de capacitação profissional

(docente ou não)”, “dependência de modelos externos [...] em sua implantação”, para “uma eventual correção de rota”.

Mais recentemente, Almeida (2017, p. 16) acentua a sua “autoridade [não apenas] de um intelectual”, mas [...] de quem “vivenciou a universidade antes e depois de implantação da pós-graduação”, de ter desenvolvido uma “perspectiva crítica” na universidade brasileira nos anos de 1960, fazendo da pós-graduação “o ponto de inflexão de nosso ensino superior”.

Essas observações iniciais reportam-se à década de 1960 quando se inicia o processo de configuração da pós-graduação de um modo geral e, a partir de 1970, a da saúde coletiva, tendo como cenário o longo processo ditatorial brasileiro (1964-1985).

A análise do campo da pós-graduação e sua história será feita de forma breve, situando a institucionalização da saúde coletiva e sua contribuição especial e diferenciada, ao campo das ciências da saúde e das ciências sociais e humanas e, à pós-graduação como um todo. A aproximação será por meio da literatura publicada sobre a pós-graduação e sobre o campo da saúde coletiva e áreas conexas. O artigo inicia-se com aspectos históricos da pós-graduação, volta-se para o conceito de saúde coletiva e sua trajetória histórico-institucional-pedagógica e conclui com as suas contribuições.

## **1. Breve Histórico da Pós-graduação no Brasil**

### **1.1. Aspectos Gerais**

Sem dúvida, o personagem que se tornaria figura central na oficialização da pós-graduação brasileira é o alagoano Newton Lins Buarque Sucupira (1920-2007), professor, filósofo e advogado e, que nominaria o Parecer nº 977/65 – Parecer Sucupira, conta em longo relato, datado de 1980, os antecedentes da pós-graduação. Ressalta que “O doutoramento obtido mediante simples defesa de tese sempre existiu no ensino superior brasileiro”, sendo que os cursos de doutorado surgem, pela primeira vez, com a Reforma Francisco Campos, em 1931. O Estatuto das Universidades Brasileiras (Decreto nº 19.851, de 11 de abril de 1931) previa o

doutoramento de tipo europeu, com defesa de tese, “atendidas outras exigências regulamentares dos respectivos institutos” (SUCUPIRA, 1980, p. 3).

Sucupira esclarece que Francisco Campos não empregava os termos ‘graduação’ e ‘pós-graduação’, distinguindo nos estudos jurídicos, o curso de bacharelado ‘de ordem puramente profissional’ e cujo objetivo seria ‘a formação de práticos do direito’, e o curso de doutorado que visava ‘especialmente a formação de futuros professores de direito’. A duração do curso era de dois anos. Na historiografia da trajetória da pós-graduação lembra que, “o primeiro documento legal a utilizar o termo ‘pós-graduação’, para designar uma modalidade de curso superior” foi o Decreto nº 21.231, de 18 de junho de 1946, que baixou o Estatuto da Universidade do Brasil”. (SUCUPIRA, 1980, p. 6).

No início da década de 1960 instalam-se os primeiros cursos de mestrado e de doutorado: Escola Superior de Agricultura de Viçosa; Universidade Federal do Rio de Janeiro (na época Universidade do Brasil); Instituto de Tecnologia da Aeronáutica (ITA); engenharia química (mestrado e doutorado) na Universidade do Brasil. Santos. Azevedo (2009, p.535) pontuam que, já, na década de 1960, o Brasil contava com trinta e oito cursos, sendo onze de doutorado e vinte e sete de mestrado. No entanto, não havia uma definição clara dos fins e objetivos da pós-graduação, nem da sua estrutura.

Almeida (2017, p. 27), levanta a “hipótese de que a pós-graduação no Brasil se configurava como uma “tradição inventada”, conforme o conceito de Hobsbawm (2012), no interior da universidade brasileira”, sendo diferente das experiências de 1931, “não podendo dessa forma, ter suas origens ligadas àquele momento [do Decreto de 1931]”.

Detalha como o Parecer nº 977/65 foi visto de diferentes maneiras: ‘é fundador’, ‘implanta formalmente’, ‘inaugura’, ‘institucionaliza’, ‘regulamenta’, ‘formaliza’, ‘define’, ‘normatiza’, ‘conceitua’ [...], dentre outras. Sob a importância do Parecer afirma:

existe um antes e um depois do Parecer Nº 977 de Sucupira, não apenas do ponto de vista das conceituações que o parecer traz para a matéria, mas, e principalmente, por instituir novas práticas referentes ao processo de titulação de quadros, de

formação de pesquisadores e de produção de conhecimento (ALMEIDA (2017, p. 27).

Como dito anteriormente, não se pode minimizar o contexto político no qual foi elaborado o Parecer, a presença da ditadura civil-militar, durante 21 anos, que se consolida com o ato institucional nº 5, de 13 de dezembro de 1968, que suspendeu as garantias individuais, o *habeas corpus*, estabeleceu a prisão por tempo indeterminado.

Há diferentes percepções sobre a questão. Para Cunha (1991, p.59 apud SANTOS; AZEVEDO, 2009, p. 536 ), ocorre uma “ação tecnicista apoiada em um tipo de regulação própria de regimes de exceção”; base no modelo norte-americano, mas considera que “não se pode negar o grande impulso alcançado por esse nível do sistema educacional após o golpe de 1964”. Ainda, segundo o autor,

Durante o regime militar, apesar da repressão que mutilou bibliotecas e programas e expulsou professores e alunos do sistema educacional, nenhuma universidade pública foi fechada e houve mais recursos para sua expansão, proporcionando o desenvolvimento das atividades essenciais para sua existência: a produção cultural e a pesquisa científica e tecnológica (ainda que dentro dos limites da repressão e do autoritarismo e voltadas para a formação de elites dirigentes.

Bomeny (2001, p. 108) não compartilha dessa posição. Para a cientista social,

o contato mais estreito com as ideias, os pareceres, as concepções e as orientações intelectuais de Newton Sucupira me deixou convencida de que suas formulações a respeito do ensino e da educação não se condicionaram ou se inspiraram no regime autoritário.

Diametralmente em oposição, Tambellini et al. (2015, p.69), assim se manifestam: “Falar sobre os anos de chumbo no Brasil é remontar à ditadura militar que durante 21 anos (1964-1985), expôs sua face mais cruel e perversa, aquela da repressão do Estado sob o regime do terror”.

## **1.2. Evolução Quantitativa da Pós-graduação**

Segundo Nazareno e Herbeta, (2019, p. 104, 105), o I PNPG (I Plano Nacional de Pós-Graduação) foi instituído durante o governo de Ernesto Geisel (1907-1996), no Ministério da Educação e Cultura, sendo que “a criação do

Conselho e do PNPGE teve origem a partir de uma solicitação do MEC que, em 1973, resolveu criar uma política de pós-graduação nacional”. Havia nesse momento “50 instituições de ensino superior nas quais se realizam cursos de pós-graduação: 25 federais, 10 estaduais e municipais e 15 particulares.” Nessa data “foram preenchidas 7.000 vagas, existindo um total de 13.500 alunos matriculados em diferentes fases” e o sistema tituló “cerca de 3.500 mestres e 500 doutores, dos quais cerca de 50% foram absorvidos pelo magistério e os demais pelo mercado de trabalho profissional.” Salienta a presença do “isolamento e a desarticulação das iniciativas; o insuficiente apoio e orientação por parte, dos órgãos diretores da política educacional; e, na maior parte dos casos, uma grande diversidade de fontes e formas de financiamento.”

A pós-graduação evoluiu rapidamente. Dando um grande salto no tempo, os dados de 2017 evidenciam o seu crescimento. Na Avaliação Quadrienal 2017 foram avaliados quatro mil cento e setenta e cinco programas e seus seis mil trezentos e três cursos, sendo três mil trezentos e noventa e oito de mestrado, dois mil duzentos e dois de doutorado e setecentos e três de mestrado profissional. No quadriênio houve um aumento de 77% no número de cursos de mestrado profissional. O mestrado acadêmico e o doutorado também evoluíram atingindo um percentual de aumento de 17% e 23%, respectivamente (CAPES, 2017).

## **2. Saúde Coletiva: Conceito e Trajetória**

### **2.1. As abordagens**

Muitas são as abordagens utilizadas para se entender a gênese e desenvolvimento da Saúde Coletiva. Para Vieira-da-Silva (2018, p. 29-31) podem ser apreciadas as diferentes ‘origens’: como ‘espaço social’, ‘campo’, ‘campo científico’, ‘campo de saber e prática’, ‘projeto’, ‘movimento social’. A autora enfatiza que o estudo da gênese “decorreu da opção teórica pela sociologia de Bourdieu”, salientando que, “Para esse autor, a análise histórica é necessária para a interpretação do mundo social”.



Geralmente, alguns estudiosos, acentuam que a Saúde Coletiva é uma “invenção brasileira”, que encontra sérios problemas em sua tradução, no sentido literal e de significação, no contexto internacional, especialmente de língua inglesa, cujos pesquisadores solicitam esclarecer o significado, mas que traduzem como *Public Health*.

Schraiber (2018, p. 18-20) aprofunda a questão da **invenção** a partir da análise feita por Vieira-da-Silva (2018), assinalando a riqueza dos “depoimentos dos fundadores” ao se converterem em “personagens como atores diversos de um mesmo tempo e autores de um projeto histórico comum, em que, portanto inscrevem processos diversos”. Para Schraiber (p.18) “a gênese social da Saúde Coletiva foi uma invenção, sendo a época de seu nascimento social o contexto dos possíveis históricos para a criação de novas sociedades”. Retornarei este tema.

## 2.2. A institucionalização

Observação importante é registrar que a institucionalização da Saúde Coletiva completou todas as suas fases, adotando as noções desenvolvidas por Collyer (2012, p. 52, 53): das primeiras reuniões informais de grupos de trabalho e professores, troca de experiências e foco sobre problemas ao invés de temas teóricos *per se* (fase de **conectividade e comunicação**); regulariza discursos, práticas e formas de organização e atração de novos membros (fase de **regularização**); busca da localização física, apoio financeiro e material (fase de **incorporação**) e, finalmente (fase de **legitimação**), se consolida construindo sua cultura dentro da comunidade científica (acreditação. redes sociais de comunicação, associações científicas, criação de publicações próprias, apoios materiais e financeiros) (grifos do autor).

Além de ter cumprido todas as etapas da institucionalização esta proposta permite que se analisem os três momentos da trajetória da Saúde Coletiva: o projeto preventivista (1955-1970), a medicina social (1971-1979), a saúde coletiva (1980-) De forma breve as principais características desses momentos são apresentadas na sequência (NUNES, 2016).

O projeto preventivista tem suas raízes nas reuniões feitas pela Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), nos anos 1955/56, que enfatizou as práticas pedagógicas, sem bases teóricas, ideologicamente originário dos Estados Unidos, objetivando reorientar a prática médica a partir de uma atitude (integral, preventiva, comunitária, social) dos estudantes de medicina, reestruturando o conhecimento médico.

Inexistindo uma teoria que fundamentasse essas práticas, se adotou o uso do modelo da história natural da doença, criado, em 1965, por Hugh R. Leavell e Edwin G. Clark, traduzido por Donnangelo; Goldbawn; Ramos (1976). Este foi um período de intensa atividade docente nos departamentos de medicina preventiva e social criados nas escolas médicas brasileiras.

Nessa época foram criados os primeiros departamentos: FM/USP/Ribeirão Preto (1954); UFMG (1958); FCM/Santa Casa de São Paulo, FCM/UNICAMP/Campinas (1965); FCM/UNESP/Botucatu (1965); FM/USP (1967); UFRJ, UFBA (1970). Destacam-se nesse contexto as práticas acadêmicas baseadas na prevenção e na educação sanitária, incluindo as primeiras experiências de atividades de ensino conhecidas como **atividades extramuros** (trabalhos e, bairros e comunidades urbanas periféricas). Estas práticas sofrem críticas e, na segunda metade dos anos 1970, se acentuam as rupturas que já se faziam sentir no início da década (NUNES, 2016, p. 350).

O segundo momento denominado medicina social inicia-se com a crítica ao preventivíssimo e à medicina comunitária, incluindo a revisão da questão do planejamento em saúde latino-americano e acentua-se em 1976, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), mas também com a influência e repercussões para o campo da saúde da Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde e sua síntese na Declaração de Alma Ata, de 1978.

Em um cenário fortemente permeado pela busca de inovações e alternativas, ao romper com os modelos convencionais de medicina preventiva e social, caminha-se para um “novo” projeto, a medicina social, que tem suas raízes mais distantes nos movimentos europeus de medicina social de 1848 (NUNES, 2016, p.352).



As discussões sobre as questões desse projeto realizaram-se nos departamentos de medicina preventiva e social, desde 1968 a 1973, mas também se incluíram nas Reuniões da Organização Pan Americana da Saúde, quando emitiu, em 1974, um Documento sobre o assunto. Assinala que a **questão é a saúde**, “Entendendo esse objetivo como sua preocupação central, a medicina social trata de estudar a sociedade, analisar as formas atuais de interpretação dos problemas de saúde e da prática médica” (OPAS, 1974 apud NUNES, 2016, p.352).

Considere-se que a ideia é trabalhar com recortes no tempo e não de uma história linear, com rupturas, sobreposições e novos conceitos. Assim, o terceiro momento – o da saúde coletiva - irá construir sua identidade, sistematizando conhecimentos (formulação epistêmica) e práticas (estruturas e organizações externas - educacionais e governamentais), oficialmente, no final de 1970 e início de 1980.

A criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, assinala em seu Documento Preliminar que se deveria estabelecer “adequado equilíbrio entre os conteúdos técnicos e teórico-conceituais, 'biológico' e o 'social', 'operacional' e o 'crítico', evitar o 'tecnicismo', 'biologismo' presentes na tradição do ensino da área da Saúde Coletiva” (ABRASCO, 1982, p.114).

### **3. Formalização da Área e dos Cursos de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

#### **3.1. Fases da formalização e denominação**

A ideia de organizar formalmente uma área e uma entidade denominada "Saúde Coletiva" foi tratada em quatro momentos: (i) **1978** – 1º Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA).

Vieira-da-Silva (2018, p. 118, 119) relata com detalhes esse encontro, cuja data precisa, dia e mês, não é mencionada: “organizado como parte da estratégia para a reformulação do MSC (Mestrado em Saúde Comunitária) da UFBA, criado em 1973, com financiamento da Fundação Rockefeller – correspondia a 50% dos custos operacionais do Mestrado”.

Em seu texto analisa a trajetória do curso e as mudanças ocorridas, incluindo seminários com a presença de pesquisadores que estavam na “vanguarda da Medicina Social” como Donnangelo, Luz, Nogueira, Guimarães e estrangeiros como Laurell, Foucault, García.

Ainda segundo Vieira-da-Silva (2018, p. 119), “quando da discussão do nome do encontro os termos ‘Medicina Preventiva’, ‘Saúde Pública’ foram excluídos pelas críticas teóricas que se faziam a partir das teses de Arouca e Donnangelo”, bem como o nome de ‘Medicina Social’ “foi vetado pelo colegiado”, sendo proposto, em seu lugar, o termo ‘Saúde Coletiva’ “como expressão substantiva, o que obteve consenso naquela reunião”.

A autora lembra que a expressão já havia sido usada na Reforma Universitária de 1968, na apostila do Curso Experimental da Universidade de São Paulo, em 1971, e em artigo de Guilherme Rodrigues da Silva de 1973. Mas a discussão não estava encerrada. Ela foi levantada por Carlyle Guerra de Macedo, na coordenação da reunião do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), em Brasília, em 1979, quando se propôs a criação de uma Associação. A ideia surpreendeu a maioria dos participantes e novamente a questão da denominação voltou à tona quando Guerra de Macedo pergunta “que nome se dava a essa associação”. Segundo ele, não podia ser ‘*Higiene*’ (já existia a Sociedade Brasileira de Higiene) e ‘*Saúde Pública*’ “tinha uma conotação muito limitada” (VIEIRA-DA-SILVA, 2018, p. 120)

(ii) **1978**, de 18 a 20 de dezembro – Reunião em Ribeirão Preto (SP) patrocinada pela OPAS e pela Associação Latino-Americana de Escolas de Saúde Pública (ALAES). Surge a possibilidade de criação da ABRASCO para congregar todos os cursos de pós-graduação dessa área.

(iii) **1978** – Pela importância que desempenhou no processo de institucionalização da Saúde Coletiva inclui-se a participação dos programas de financiamento da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP)<sup>1</sup>, cujo trabalho mais

---

<sup>1</sup> A FINEP foi instituída em 24 de julho de 1967 e, em 15 de março de 1985, vincula-se ao Ministério da Ciência e Tecnologia, criado nessa data. O Ministério foi extinto em 12 de maio de

completo é o de Ribeiro (1991), que afirma: “os primeiros programas de investigação e formação de recursos humanos **especialmente** organizados para a estruturação desse novo campo [Saúde Coletiva] no Brasil, foram desenvolvidos na segunda metade da década de 70, mas especificamente no período de 1975-1978” (RIBEIRO, 1991, p. 27. Grifo do autor). Esta afirmação é corroborada por Fleury (1985) e Costa; Ribeiro (1990).

Três foram os programas para a área social da instituição: Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (PESES), Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicos (PEPPE) e Programa de Apoio ao Mestrado em Medicina Social do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Sintetiza a autora, afirmando: “a Saúde Coletiva instituiu-se, pois, como novo campo científico no Brasil, a partir do momento em que torna-se objeto de política científica específica e passa a ter sua produção regulada pelo aparato estatal” (RIBEIRO, 1991, p. 28).

Segundo Costa (1992, p.130) “O programa de apoio à saúde coletiva nasce na FINEP em 1978, assumindo a territorialidade que fazia parte da cultura intelectual daquele contexto [...]”. Transcreve dois longos trechos do documento da FINEP, nos quais aponta os vieses na leitura do processo saúde e doença – “a aceitação de que as doenças infecciosas e parasitárias (quando na época as doenças crônico-degenerativas e causas externas já pesavam significativamente)”, “a concentração da vontade reformista em nível de mudanças ambientais” e “a desqualificação da atenção curativa como objeto e o indireto resgate do ideário preventivista”; Acrescenta que seria errôneo considerar que esses vieses teóricos iniciais tenham “estreitado o desenvolvimento da investigação na conjuntura entre 1975 e 1978” (COSTA, 1992, p.131).

Forma detalhada, Costa (1992, p.134) apresenta a distribuição dos projetos apoiados pela FINEP (FNDCT): 1975/78, quinze projetos; 1979/82, treze projetos, sendo que cinco foram prejudicados com seu desenvolvimento (descontinuidade

---

2016 e sua estrutura passou a integrar o Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC).

de financiamento); 1983/86, quarenta e sete 47 projetos, totalizando setenta e cinco projetos e trinta e uma instituições.

Segundo Teixeira (1985), a pesquisa em Saúde Coletiva no período de 1975-1979 apoiou cinquenta e oito trabalhos de pesquisas, enquanto no período 1968-75, apenas, vinte e nove projetos receberam apoio. Antecipa o apoio financeiro da instituição para o final dos anos 1960. A FINEP, embora tenha formulado, em 1978, o Programa Integrado de Saúde para fortalecer a pesquisa e os núcleos emergentes, ele não se realizou e o apoio será retomado somente no ano de 1982, com ênfase nas ciências sociais em saúde. No entanto, o Programa Integrado de Doenças Endêmicas, vinculado à área da Saúde Coletiva, desenvolveu mais de 200 projetos mas, pelas suas abordagens (clínico-epidemiológicas, terapêuticos, imunológicos, dentre outras), “situa-se mais propriamente na área tradicional de pesquisas de saúde pública e não na área atualmente denominada de Saúde Coletiva” (TEIXEIRA, 1985, p. 103, 104).

Para Novaes; Novaes (1996), essas iniciativas pioneiras buscariam orientar a atividade de pesquisa com finalidades mais especificamente sociais, sendo a FINEP o primeiro instrumento da nova política de ciência e tecnologia (C & T) em Saúde Coletiva. Além disso, a criação e a consolidação de grupos de pesquisa, a precisão de objeto de estudos e as definições de linhas de investigação, no processo político de apoio institucional, destinariam substanciais recursos ao PESES/PEPPE e ao Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) (NOVAES; NOVAES, 1996, p. 39-54).

Para Ribeiro (1991, p. 126, 127) os recursos destinavam-se ao aprimoramento de instrumentos de controle da saúde e de aperfeiçoamento da assistência médica, à investigação constante e meticulosa desta realidade e ao desenvolvimento de forma harmônica dos instrumentos tecnológicos mais próprios à mesma. “E nesta investigação, evidentemente, os instrumentos são fornecidos pelas ciências sociais”. Assim, a participação das ciências sociais no orçamento do Departamento de Desenvolvimento Social e Regional da FINEP, responsável pela

área de ciências sociais, cresce sistematicamente no período de 74-79 – de 1,1% em 1974 a 17, 4% em 1979 (idem, idem).

Mais tarde, na Reunião de Avaliação do Programa de Saúde Coletiva FINEP/CNPq, realizada em Nova Friburgo, entre os dias 19 e 21 de agosto de 1984, foram definidos os seguintes objetivos: a “necessidade de otimização dos recursos existentes” e a “possibilidade de participação de forma organizada dos pesquisadores da área de saúde coletiva neste processo, através da ABRASCO.” (p. 47), cujo processo acompanha a década de 1980. Novaes; Novaes (1996, p. 48, 49) anotam que esse momento “significou, também, o fim do ‘modelo’ de política científica vigente na Saúde Coletiva desde 1979”. Com a diminuição dos recursos desfez-se o Programa de Saúde Coletiva (PSC).

(iv) **1979**, no dia 27 de setembro - I Reunião sobre a Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva, realizada em Brasília, promovida pelos ministérios da Educação e da Saúde, Previdência e Assistência Social e a Organização Pan-Americana de Saúde, coordenada por Guerra Macedo, foi criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), posteriormente, em 2011, denominada Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). No mesmo ano, em outubro, realizou-se o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, um evento que reuniu as principais lideranças das várias tendências do movimento.

### **3.2. Origem e Desenvolvimento dos Cursos de Saúde Coletiva**

Acompanhando a evolução histórica dos cursos de pós-graduação *stricto sensu*, que se incluem na ampla denominação de Saúde Coletiva, verifica-se que foi a partir dos anos 1970 que se iniciou a instalação dos primeiros cursos, com diferentes denominações como, saúde pública, medicina comunitária, medicina social, nas seguintes instituições: Faculdade de Saúde Pública da USP/SP (1970); Faculdade de Medicina da USP/Ribeirão Preto (1971); Faculdade de Medicina da USP/SP (1973); Faculdade de Medicina da UFBA (1973); e, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ (1974) com o Curso

Mestrado em Medicina Social. Podem ser citados como antecedentes, os três Cursos de Mestrado em Saúde Pública, oferecidos, em 1967 e 1968, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) que foram interrompidos em 1969 e reabertos em 1977.

Na década de 1980, segundo Barata (2015, p. 172) os cursos eram os seguintes: cinco programas em saúde coletiva que ofereciam cursos de mestrado e doutorado, sendo três em São Paulo, um no Rio de Janeiro e um em Salvador, três mestrados dois no Rio de Janeiro, sendo um de Saúde Coletiva e um de Saúde da Criança e da Mulher, criado em 1988, no Instituto Fernando Figueiras - IFF (o doutorado foi criado em 1996) e, em 1989 o mestrado em Epidemiologia da Unifesp (encerrado em 2002).

De 1990-1999 os dados apontam para a existência de quinze programas de pós-graduação (mestrados) com as seguintes denominações: nove em Saúde Coletiva, dois em Epidemiologia, quatro em Saúde Pública (4). Em resumo, do final dos anos 1990 a 2013, havia trinta e três cursos de pós-graduação sob a rubrica geral de Saúde Coletiva, sendo vinte e três mestrados e dez doutorados (BARATA, 2015, p.175). Acrescente-se, também, que desde 1990 havia quarenta cursos de mestrados profissionais e, em 2018, foram aprovados dois programas de doutorado profissional. Neste ano de 2020, são noventa e quatro programas em Saúde Coletiva: cinquenta e dois acadêmicos, sendo que quatorze ofertam somente curso de mestrado e dois exclusivamente doutorados e trinta e seis mestrados e doutorados. A formação básica (bacharelado) é ministrada em 22 cursos de graduação.

#### **4. Contribuições da Saúde Coletiva**

A amplitude alcançada pela Saúde Coletiva tem dificultado a delimitação das suas “fronteiras”, na expressão usada por Bourdieu (Vieira-da-Silva, 2018, p.226), o mesmo acontecendo em relação às suas contribuições. Segundo Vieira-da Silva, Bourdieu preferia essa expressão invés de “limites”. Thiry-Cherques (2006, p.



35,36), referindo-se ao texto de Bourdieu (1987, p. 124) sobre **limites**, assim se expressa:

O que determina a existência de um campo e demarca os seus **limites** são os interesses específicos, os investimentos econômicos e psicológicos que ele solicita a agentes dotados de um *habitus* e as instituições nele inseridas. O que determina a vida em um campo é a **ação dos indivíduos e dos grupos**, constituídos e constituintes das relações de força, que investem tempo, dinheiro e trabalho, cujo retorno é pago consoante a economia particular de cada campo (grifos nossos).

No plano geral a importância da Saúde Coletiva pode ser sintetizada numa tríplice dimensão: teórico-crítica, político-sanitária, pedagógico-profissionalizante, correspondendo às perspectivas acadêmica, política e pública.

Na sua gênese não estavam dados todos os elementos que permitissem a sua caracterização como campo [...], mas “possibilita considerá-lo como um campo em processo de autonomização [...]”. Para a autora, os três polos que integram o campo [...] são: ‘mercado’, ‘burocracia estatal’ e ‘Saúde Coletiva universitária’ (VIEIRA-DA-SILVA, 2018, p. 227).

De forma simplificada, pode-se dizer que, a Saúde Coletiva procura tratar a saúde como produção social, incluindo o ensino de disciplinas e temas que revelem as relações saúde-sociedade; ter sido polo de resistência no processo de redemocratização do país, quando da realização, em outubro de 1979, do 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde - Câmara Federal, com a apresentação do documento “A questão democrática na área da saúde” (CEBES, 1979); ser referência no processo de Reforma Sanitária Brasileira e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em suas “mútuas influências” na expressão de Leal (2015, p. 196); ter-se tornado central para a formação graduada e pós-graduada de profissionalização no campo das ciências da saúde e em sua vertente sócio antropológica e de humanidades; ter-se configurado a partir de uma dupla vocação: “um projeto político de intervenção transformadora nos serviços e no sistema de saúde [...]” e, “desenvolver um projeto de produção de uma teoria crítica da saúde, igualmente engajado politicamente [...] dirigido principalmente à produção de estudos e pesquisas para a consolidação de um novo campo interdisciplinar de

produção científica [...] articulando as ciências sociais com as ciências da saúde [...]” Ribeiro (1991, p. 148, 149).

No **plano da pós-graduação** diversos estudos evidenciaram a importância da Saúde Coletiva quando associada à sua tríplice dimensão: epidemiologia, ciências sociais e humanas em saúde, planejamento, gestão e administração. Embora cada dimensão tenha aspectos específicos relacionados a esquemas teóricos, metodológicos e aplicados destaca-se que, no conjunto, a Saúde Coletiva revela-se como interdisciplinar (a questão da disciplinaridade é variável entre os autores que também a caracterizam como multidisciplinar ou transdisciplinar), utiliza metodologias quantitativas e qualitativas, sincrônicas e diacrônicas, objetivas e subjetivas.

Ponto que destaca a Saúde Coletiva no conjunto dos campos de conhecimento é a grande diversidade das **temáticas abordadas**. Tomando como referência o 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado de 26 a 29 de julho de 2018, no Rio de Janeiro, foram apresentados quatro mil quatrocentos e noventa e um trabalhos distribuídos em trinta e dois eixos temáticos.

O elevado número de eixos temáticos revela um ponto que demarca a diversidade da contribuição da Saúde Coletiva para diferentes áreas do conhecimento e das suas interconexões. Liste os doze primeiros eixos e calculei os percentuais (ABRASCO. 2019). Em primeiro lugar figura a categoria Outros, 729 (16,2%), em seguida, Educação e Formação em Saúde, 608 (13,5%); Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde, 315 (7,0%); Alimentação e Nutrição em Saúde, 275 (6,1%); Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 271 (6,0%); Organização da Atenção à Saúde, Modelos, Redes e Regionalização da Saúde, 227 (5,0%); Doenças Transmissíveis, 223 (4,9%). Saúde e Ciclos de Vida, 216 (4,8%); Produção, Trabalho e Saúde do Trabalhador, 201 (4,4%); Agravos e Doenças Crônicas, 197 (4,3%); (Vigilância no Campo da Saúde, 183 (4,0%); Gêneros, Sexualidade e Saúde, 171 (3,8%).

Sobre a **produção brasileira** em relação à produção mundial e sua internacionalização, o Relatório de Atividades (Área de Saúde Coletiva), 2017, comparando os triênios 2003-2005 e 2013-2015, no portal SJR, aponta:

A produção brasileira em Política de Saúde (Health Policy), por exemplo, passou da 26ª para a 7ª posição na produção de artigos científicos no mundo, representando 3,2% dessa produção no triênio 2013-2015. A participação da produção nacional em Saúde Pública, Saúde Ambiental e Saúde Ocupacional (Public Health, Environmental and Occupational Health) e em Epidemiologia (Epidemiology) em relação à produção mundial dobrou no período, enquanto a na área de Ciências Sociais em Saúde aumentou sete vezes (p. 39).

A **internacionalização** da área pode, ainda, ser verificada na seguinte citação:

Com base no Scival® identificou-se a existência de colaboração brasileira na área de Saúde Coletiva com pesquisadores de 138 países e 1603 publicações únicas em coautoria internacional no período entre 2013 e 2015. Interessante notar que este conjunto de publicações teve em média 4,8 citações por artigo, enquanto que o número de citações por artigo foi de 2,3 quando se consideram todas as publicações em Saúde Coletiva neste período. Este aspecto reforça a maior visibilidade da pesquisa em colaboração internacional (p. 40).

Um ponto a ser destacado nas contribuições da Saúde Coletiva, mas que necessita ainda ser aprofundado, devido ao pequeno número de estudos, refere-se aos **egressos e suas atividades**. Não sendo objetivo do artigo uma revisão sobre o assunto, a consulta foi somente à base *SCIELO* (04/06/2020) que referenciou oitenta e nove textos, com o descritor **egressos pós-graduação**; acrescentando ao descritor **saúde coletiva** há apenas onze citações. De modo geral, tratam dos perfis dos pós-graduandos e não das atividades desenvolvidas após a titulação. Há outros tipos de documentos (teses, livros) inclusive o Relatório Técnico da DAC (CAPES, 2017) que abordam a questão, mas que, também, não serão tratados neste artigo. No referido Relatório encontra-se a seguinte afirmação:

Há o entendimento [...] de que o sistema forma um contingente expressivo de doutores no Colégio de Humanidades, que incluem as Ciências Humanas, as Ciências Sociais Aplicadas, as Letras e as Artes, seguido das Ciências da Saúde e Ciências Biológicas, e proporcionalmente bem menos doutores nas Engenharias (p. 10).

Ressalta:

De uma forma geral, podemos identificar uma diferença no perfil dos egressos do mestrado acadêmico e profissional [...] os mestrados profissionais parecem absorver

contingente de egressos inseridos no mercado de trabalho e que visam um aperfeiçoamento de sua formação (p. 10).

Em relação à **inserção profissional**, analiso a pesquisa realizada junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FCM da Unicamp (PPG-SC), estudo transversal no período entre junho e dezembro de 2016 (GÓMEZ LA-ROTTA; BARROS; DONALÍSIO, 2017). A população estudada esteve constituída por todos os profissionais que ingressaram no programa desde o ano de 1991 e formaram-se antes de março de 2016, totalizando setecentos quarenta e cinco profissionais, período 1992 a 2016, sendo trezentos e setenta no mestrado e trezentos e quarenta e cinco no doutorado. Destes, quinhentos e quarenta e nove receberam o título, sendo trezentos e oito de mestre, o que representa 56,1%, e duzentos quarenta e um de doutor, expressando 43,9%. Ao todo, trezentos setenta e oito mulheres receberam o título, em um percentual de 68,7%.

Foram avaliadas as características sócio demográficas dos profissionais e as suas trajetórias e produção. Os autores destacam: procedência do profissional e destino após a finalização da pós-graduação “procederam da região Sudeste, 185 doutores (79,1% do total) e 168 mestres (88% do total); dos quais, após as defesas, 17 (9,2%) doutores e 10 (5,9%) mestres foram para outras regiões do Brasil, principalmente, Sul e Centro Oeste”; “As regiões Norte e Nordeste receberam de volta todos os que se titularam no PPG-SC e mais três doutores migraram para Instituições de Ensino Superior no Nordeste” (GÓMEZ LA-ROTTA; BARROS; DONALÍSIO, 2017).

Sobre a **inserção profissional**, os dados revelaram que houve mudança de atividade dos egressos, no período de 1992-2016, antes e depois da formação, com um aumento no percentual de profissionais que mudaram para atividades de ensino e pesquisa após conclusão da pós-graduação. Aumento das atividades docentes entre os doutores foi de 63,6% antes do ingresso para 75,6% após a titulação e também de atividades de pesquisa de 23,8% para 61,9%. As atividades assistenciais diminuíram após formação pós-graduada. No último quinquênio 66,9% do total dos egressos estão na docência; 45,26% na pesquisa; 38,7% na assistência e 28,8% como gestores.

Os dados mostram que há mais mestres no ensino (57,6%) e na assistência (51,5%) e só 28,6% na pesquisa; enquanto o 78,3% dos doutores estão no ensino e 65,22% na pesquisa; na assistência e na gestão há mais de 50% e 25,4% dos mestres respectivamente, comparando-os aos 30,1% dos doutores atuando como gestores e o 23,9% em atividades assistenciais, nos seguintes níveis: municipal - 65,4%; estadual - 8,2%; federal - 23,6% e internacional - 2,7% (OPAS, OMS, ONU) (GÓMEZ LA-ROTTA; BARROS; DONALÍSIO, 2017).

Na **continuidade da formação**, 10,9% (57) dos egressos realizaram pós-doutorado sendo a maioria (43,9%) na área de concentração de Políticas, Planejamento e Gestão; 46,3% fizeram cursos fora do Brasil (Argentina, Estados Unidos, Inglaterra, Itália, França, Espanha e Portugal; 53,7% realizaram no Brasil, 18,5% (10) na Unicamp (GÓMEZ LA-ROTTA; BARROS; DONALÍSIO, 2017).

Embora o exemplo refira-se a um estudo de caso, não generalizável aos cursos de pós-graduação em saúde coletiva, serve para mostrar as potencialidades das trajetórias e da inserção profissional no campo da saúde coletiva.

Oliveira et al (2015, p. 90, 91) concluem que o egresso de curso de graduação ou pós-graduação em saúde coletiva tem como principal campo de trabalho o setor público.

Para encerrar as contribuições trazidas pela Saúde Coletiva à Pós-graduação não se pode deixar de mencionar o fato de ser uma área que possui mais de uma dezena de periódicos e desses, dois são oficiais da ABRASCO, quais sejam, *Ciência & Saúde Coletiva*, criado em 1996, e a *Revista Brasileira de Epidemiologia*, lançada em 1998. Em menos de três décadas, *Ciência & Saúde Coletiva* alcançou elevado status entre as publicações:

Ao chegar aos seus 25 anos, *Ciência & Saúde Coletiva* tem muito que comemorar! Hoje está em acesso aberto em 22 bases de dados nacionais e internacionais [...] ([www.cienciaesaudecoletiva.com.br](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br)) e nas redes sociais: Facebook, Twitter e Instagram. Em 2019, manteve sua posição de liderança no Google Scholar como o periódico brasileiro mais citado de todas as áreas do conhecimento do país. [...] fator de impacto na *Web of Science* atingiu mais de um ponto, chegando a 1.008! [...] em 2019 recebeu um prêmio internacional, o *Research Excellence Awards Brazil*, concedido pelo *Web of Science Group*, pertencente à Editora *Clarivate Analytics*. A iniciativa reconheceu o bom desempenho da pesquisa brasileira, e a Revista foi

contemplada na categoria “Prêmio *SciELO Citation Index*” (MINAYO; GOMES; SILVA, 2020. p. 780).

Recentemente, Minayo (2020) elaborou extensa narrativa sobre a Revista, comemorando seus 25 anos; em sua análise,

a visão de futuro da Revista continua atrelada a seu aprimoramento, à ética da divulgação científica e aos avanços da internacionalização. Seus parâmetros, além das normas acadêmicas convencionais, se vinculam às transformações editoriais exigidas pela ciência aberta, de um lado; e à popularização da ciência, de outro. Esses são os focos de investimento do presente, seguindo para o futuro.

A fim de abordar os diversos campos temáticos foram elaborados pelos especialistas artigos específicos sobre a produção da Revista nesses 25 anos, que são citados: o campo narrativo, promoção da saúde e qualidade de vida, história, ciência e saúde coletiva, alimentação e nutrição no Brasil, produção científica da Epidemiologia, gênero e saúde, doenças crônicas, assistência farmacêutica, abordagens qualitativas, violência, saúde do trabalhador, atenção primária.

Por sua vez, a Revista Brasileira de Epidemiologia, lançada no final dos anos 1990 “encontrou suas raízes no próprio desenvolvimento, crescimento e consolidação do campo disciplinar no Brasil” (Minayo, et al 2015, p. 109). Além da publicação regular, a revista tem se dedicado a suplementos que abordam questões teóricas e metodológicas de interesse nacional.

### **Considerações Finais**

Situada entre as dezenove profissões que configuram a área das Ciências da Saúde, a Saúde Coletiva completou em tempo relativamente curto, oficialmente desde 1979, quatro décadas, o seu processo de institucionalização.

Sua abrangência, encaminhamentos teóricos, políticos e aplicados são referência para a comunidade não somente na saúde, mas nas mais diversas disciplinas – educação, planejamento, ciências sociais, ciências humanas, medicina, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, dentre muitas.

Tem atraído milhares de participantes em seus Congressos. Tanto o I Congresso Nacional da Abrasco/II Congresso Paulista de Saúde Pública, realizado em São Paulo, de 17 a 21 de abril de 1983, quanto o I Congresso Brasileiro de



Saúde Coletiva, realizado no Rio de Janeiro, de 22 a 26 setembro de 1986, reuniram, cada um, dois mil participantes, enquanto o 12º Congresso, também realizado no Rio de Janeiro, de 26 a 29 de julho de 2018, teve o número de participantes aumentado para mais de oito mil.

Observe-se que as áreas de concentração, também, têm realizado seus congressos: a Epidemiologia realizou 10 congressos (o 11º foi adiado devido à pandemia do COVID19); as Ciências Sociais e Humanas realizaram oito congressos, sendo o último realizado em 2019, e Política, Planejamento e Gestão da Saúde organizou três congressos, sendo o quarto, que seria realizado neste ano 2020, foi adiado pelo motivo acima exposto para a área de Epidemiologia.

Não se pode deixar de mencionar o relevante papel que a Saúde Coletiva, por meio da ABRASCO, vem desenvolvendo neste momento em que o mundo está sendo assolado por uma pandemia. Em junho de 2020, Ciência & Saúde Coletiva lançou um número temático sobre a COVID-19. Outros periódicos da área também editaram números especiais sobre a epidemia.

Além das publicações, a ABRASCO criou uma série de eventos como, programas ao vivo, vídeos, entrevistas, análises abordando diferentes assuntos com a presença de pesquisadores, professores e especialistas do campo da Saúde Coletiva. Entre eles, destaca-se o Ágora Abrasco que apresenta uma programação de atividades diversificadas transmitidas pela internet com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento da pandemia, compreender fenômenos e propor respostas.

Para todo esse trabalho e dedicação, incluindo todos os profissionais da linha de frente, vale a pena, para encerrar, citar Camus (1913-1960):

Sei, de ciência certa (sim, Rieux, sei tudo da vida, como vê), que cada um traz em si a peste, porque ninguém, não, ninguém no mundo está isento dela. Sei ainda que é preciso vigiar-se sem descanso para não ser levado, num minuto de distração, a respirar na cara de outro e transmitir-lhe a infecção. O que é natural é o micróbio. O resto - a saúde, a integridade, a pureza, se quiser - é um efeito da vontade, de uma vontade que não deve jamais se deter (CAMUS, 2017, p. 174-5).

## Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. Documento preliminar de princípios básicos. *In: Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO, p.100-117, 1982.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. Anais do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Disponível em [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/01/anais\\_abrascao.png](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/01/anais_abrascao.png). Acesso em 2 jul. 2020.

ALMEIDA, Karla Nazareth Corrêa de. **A pós-graduação no Brasil: história de uma tradição inventada**. 2017. 213f. Tese (Doutorado em Educação) -, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

BALBACHEVSKY, Elizabeth. A pós-graduação no Brasil: novos desafios para uma política bem-sucedida. *In: BROCK, Colin; SCHWARTZMAN, Simon. Os desafios da educação no Brasil*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 275-304, 2005.

BARATA, Rita Barradas. A ABRASCO e a pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva. *In: LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá de; PAIVA, Carlos Henrique Assunção (org.). Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 169-198, 2015.

BELISÁRIO, Soraya Almeida. **Associativismo em saúde coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva ABRASCO**. 2002, 443f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

BOMENY, Helena. **Newton Sucupira e os rumos da educação superior**. Brasília: Paralelo 15, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, 2001.

BOURDIEU, Pierre. **Choses dites**. Paris, Fr: *Les Éditions de Minuit*, 1987.

CAMUS, Albert. 23. ed. **A peste**. Tradução de Valerie Rumjanek. Rio de Janeiro: Record, 2017.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE - CEBES. Documento: A Questão Democrática na Área da Saúde. **Revista Saúde em Debate**, n. 9, p.11-14, 1979.

COLLYER, Fran. **Mapping the sociology of health and medicine: America, Britain and Australia compared**. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2012.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES. **I Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG)**. Disponível

em: [https://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/I\\_PNPG.pdf](https://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/I_PNPG.pdf),  
Acessado em 24 jul. 2020.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES. **CAPES divulga resultado final da Avaliação Quadrienal 2017**. Disponível em <https://www.capes.gov.br/36-noticias/8558-avaliacao-da-capes-aponta-crescimento-da-pos-graduacao-brasileira>. Acessado em 24 jul 2020, 2017.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES. **Relatório de Avaliação 2013-2016**. Área de Avaliação: Saúde Coletiva, 2017.

COSTA, Nilson do Rosário. Política e projeto acadêmico: notas sobre a gênese do campo da saúde coletiva. **Cadernos de História e Saúde**, n.2, p. 125-136, 1992.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, Patrícia Tavares. **A produção científica e o campo da Saúde Coletiva no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO: FINEP, 1990. (mimeo).

**CUNHA**, Luiz Antônio. **Educação, Estado e democracia no Brasil**. São Paulo: Cortez: Niterói: EdUFF; Brasília: FLACSO do Brasil, 1991.

LEAVELL, Hugh; CLARK, E. Gurney. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

GÓMEZ LA-ROTTA, Ehideé I; BARROS, Nelson Filice de; DONALISIO, Maria Rita. **Caracterização e Trajetória dos Egressos do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva em uma Universidade Pública do Estado de São Paulo**, 1991-2016. 2017, s.p. (mimeo).

HOBSBAWM, Eric. Introdução: a invenção das tradições. *In*: HOBSBAWM, Eric; RANGER, Terence (org.). **A Invenção das tradições**. São Paulo: Paz e Terra, 2012.

LEAL, Mariana Bertol. **Saúde Coletiva e SUS: análise sobre as mútuas influências entre o campo e o sistema de saúde no Brasil**. 2015. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Acesso em: 7 jul. 2020.

LUZ, Madel Terezinha. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas—análise sócio histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, v.18, n. 2, p. 304-31, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. A ABRASCO faz ciência e avança em conhecimentos: construções da Ciência & Saúde Coletiva e da Revista Brasileira de Epidemiologia. *In*: LIMA,

Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá de; PAIVA, Carlos Henrique Assunção (org.). **Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Romeu; SILVA, Antônio Augusto Moura da. 25 anos de ciência para construção do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 25, n. 3, p. 780-780, Mar. 2020.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000300780&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000300780&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 jul. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. O poder de fazer história divulgando ciência. **Ciência & Saude Coletiva** [online], Jul. 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-poder-de-fazer-historia-divulgando-ciencia/17684?id=17684>. Acesso em 29 jul. 2020.

NAZARENO, Elias; HERBETTA, Alexandre Ferraz. A pós-graduação brasileira: sua construção assimétrica e algumas tentativas de superação. **Estudos Psicológico** [online], v. 24, n.2, p. 103-112, 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2019000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2019000200002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 29 jun.2020.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; NOVAES, Ricardo Lafetá. Políticas Científicas e Tecnológicas para a Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v1, n.1 p.39-54. 1996.

NUNES, Everardo Duarte. *La salud colectiva em Brasil: analizando el proceso de la institucionalización*. **Salud Colectiva** [online], v.12, n.3, p. 347-360, 2016.

OLIVEIRA, Maria de Lourdes Silva de. *et al*; Saúde Coletiva: o olhar do egresso sobre a formação. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. v. 7, n.4, p.78-93, 2015.

RIBEIRO, Darcy. Entrevista: Encontros com a Civilização Brasileira, Darcy Ribeiro fala sobre a Pós-Graduação no Brasil. **Danúsia Bárbara. Coleção encontros com a Civilização Brasileira**, Rio de Janeiro, 19, v.3. n1, jan. 1980.

RIBEIRO, Patrícia Tavares. **A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil**. 1991, 190f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SANTOS, Cássio Miranda dos. Tradições e contradições da pós-graduação no Brasil. **Educação & Sociedade** [online], v. 24, n.83, p.627-64, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73302003000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302003000200016&lng=en&nrm=iso). Acesso em 24 abr. 2020.

SANTOS, Ana Lúcia Felix dos; AZEVEDO, Janete Maria Lins de. A pós-graduação no Brasil, a pesquisa em educação e os estudos sobre a política educacional: os

contornos da constituição de um campo acadêmico. **Revista Brasileira de Educação** [online], v. 14, n. 42, p. 534-550, 2009.

Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-24782009000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782009000300010&lng=en&nrm=iso). Acesso em 24 Jul. 2020.

SUCUPIRA, Newton. Antecedentes e primórdios da pós-graduação. **Fórum Educacional**, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, v.4, n.4, p. 3-18, 1980.

TAMBELLINI, Anamaria Testa et al. A ABRASCO e os anos de chumbo: a Comissão da Verdade no campo da saúde. *In*: LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá de; PAIVA, Carlos Henrique Assunção (org.). **Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 69-99, 2015.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. As ciências sociais em saúde no Brasil. *In*: NUNES, Everardo Duarte. **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas** (org.). Brasília, DF: OPAS, p. 87-109, 1985.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Revista de Administração Pública** [online] v. 40, n. 1, p. 27-53, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122006000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 jul. 2020.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Campo da Saúde Coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018.

## **SOBRE O AUTOR**

EVERARDO DUARTE NUNES é doutor em Ciências pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), mestre em Sociologia da Medicina pela *University of London*, professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Departamento de Saúde, ambos, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), coordenador do Grupo de Estudos História das Ciências da Saúde (FCM/UNICAMP) e pesquisador produtividade IA do CNPq.

*E-mail*: [evernunes@uol.com.br](mailto:evernunes@uol.com.br)

**Recebido em: 31.07.2020**  
**Aceito em: 19.11.2020**