

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL PROGRAMA DE PÓS-  
GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Entre Critérios, Contextos e Demandas: A trajetória do Comitê Assessor de  
Saúde Coletiva do CNPq.**

**Marcos Vinício Borges Mota**

**BRASÍLIA, 2014**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL PROGRAMA DE PÓS-  
GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**

**Entre Critérios, Contextos e Demandas: A trajetória do Comitê Assessor de  
Saúde Coletiva do CNPq.**

Marcos Vinício Borges Mota

Orientadora: Isabel Teresa Gama Alves

Dissertação de mestrado

BRASÍLIA - DF, Agosto de 2014.

Mota, Marcos Vinício Borges

**Entre critérios, contextos e demandas:** a trajetória do Comitê Assessor de Saúde Coletiva do CNPq./ Marcos Vinício Borges Mota.

Brasília, 2013.

176 p. : Il.

Dissertação de Mestrado. Centro de Desenvolvimento Sustentável. Universidade de Brasília, Brasília.CDS.

II. Título

É concedida à Universidade de Brasília permissão para reproduzir cópias desta dissertação e emprestar ou vender tais cópias, somente para propósitos acadêmicos e científicos. O autor reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte desta dissertação de mestrado pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor.

---

Marcos Vinício Borges Mota

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

**Entre Critérios, Contextos e Demandas: A trajetória do Comitê Assessor de Saúde Coletiva do CNPq.**

Dissertação de mestrado submetida ao Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Desenvolvimento Sustentável, área de concentração em Política e Gestão de Ciência e Tecnologia , opção profissionalizante.

Aprovado por:

---

Isabel Teresa Gama Alves, Doutora (Membro Externo vinculado ao Programa, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos).  
(Orientadora)

---

Maria Carlota de Souza Paula, Doutora (Membro Externo vinculado ao Programa, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos).  
(Examinadora interna)

---

Belmiro Freitas de Salles Filho, Doutor (Membro Externo não vinculado ao Programa, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).  
(Examinador externo)

---

Tirso Walfrido Sáenz, Doutor ((Membro Externo vinculado ao Programa, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos).  
Suplente

Brasília-DF, 14 de Agosto de 2014.

Dedicado à minha mãe, dona Graça, e ao Comandante Cruz. Aos meus irmãos: Mailce, Fernando, André e Ana Carolina. À minha querida filha Flora.

Ao meu pai, Benício Pessoa Mota (*in memoriam*).

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Isabel Alves, pela orientação concedida.

Aos Professores da área de concentração em Política e Gestão em Ciência e Tecnologia, do Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, por mais uma oportunidade de capacitação.

Singelamente, agradeço ao povo brasileiro, que ao fim e ao cabo, é o grande financiador das pesquisas científicas no Brasil.

*Apesar do quadro rico, desconcertante, ambíguo e fascinante que assim se revela, poucas pessoas de fora já penetraram nas atividades internas da ciência e da tecnologia e depois saíram para explicar, a quem continua do lado de fora, de que modo tudo aquilo funciona.*

*(Bruno Latour)*

## RESUMO

Este trabalho pretendeu verificar se e como as avaliações e decisões do Comitê Assessor de Saúde Coletiva, atuante no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, influenciaram a estruturação da área de Saúde Coletiva no Brasil. Sabe-se que o CNPq, juntamente com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), são as principais agências federais responsáveis pela maior parte do financiamento de pesquisas científicas no país. Cada uma ao seu modo, essas agências utilizam o mecanismo de avaliação por pares na definição da distribuição dos recursos disponíveis para bolsas de estudos e financiamento de projetos, entre outros prêmios e benefícios. Dessa forma, considera-se relevante o fato de que um Comitê Assessor tem um papel preponderante no processo decisório do CNPq, tornando-se, grosso modo, um dos responsáveis na determinação de como são divididos os recursos para a pesquisa científica no Brasil. Considerando que são esses recursos que viabilizam o desenvolvimento das mais diversas áreas de conhecimento, a hipótese desse trabalho é que o CA-SN, por meio de suas decisões e julgamentos, em conjunto com outras arenas decisórias, influenciou a institucionalização da área de Saúde Coletiva no Brasil e é por ela influenciada. Os resultados colhidos e apresentados demonstram certo desequilíbrio entre as subáreas de Epidemiologia e Ciências Sociais em Saúde, no que se refere aos níveis mais altos de bolsa de Produtividade em Pesquisa.

**PALAVRAS-CHAVE:** saúde, saúde coletiva, história, ciência, pesquisa, produção de conhecimento, instituições.

## **ABSTRACT**

This research aimed to verify if and how the evaluations and decisions of the Public Health Committee, active at the Brazilian Council for Scientific and Technological Development (CNPq), has affected or helped to build the knowledge area of Public Health in Brazil. It is known that CNPq, together with the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES) and the Brazilian Company for Financial Support of Studies and Projects (FINEP) are the main agencies of the Brazilian Federal Government responsible for the largest part of funding scientific researches in Brazil. At its own way, each of these agencies uses the peer review evaluation to define who will receive resources for scholarships and projects and other kinds of grants. Thereby, a Committee decision in CNPq is a relevant fact and the Committee itself has a very important role on CNPq's decision process, becoming one of the strategic plots on Brazilian science. It also must be considered that public resources are the major source of scientific funding in Brazil so that this work's hypothesis is that the Public Health Committee decisions, together with other decision-making arenas, has influenced the Public Health as a scientific field in Brazil.

**KEY WORDS:** health, public health, history, science, research, knowledge production, institutions.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1	-	Evolução do número de Comitês de Assessoramento no CNPq	40
Tabela 2	-	Distribuição de Comitês de Assessoramento da grande área Ciências da Saúde em 1985	43
Tabela 3	-	Bolsistas de Produtividade em Pesquisa do CNPq por área de Conhecimento	45
Tabela 4	-	Distribuição dos bolsistas de Produtividade em Pesquisa por nível/categoria	54
Tabela 5	-	Distribuição de bolsistas de Produtividade em Pesquisa na área de Saúde Coletiva	56
Tabela 6	-	Distribuição de bolsistas de Produtividade em Pesquisa por aglomerado institucional	56-57
Tabela 7	-	Distribuição da demanda de bolsas de Produtividade em Pesquisa em 2013	58-59
Tabela 8	-	Demanda do Edital Universal na área de Saúde Coletiva	58-59
Tabela 9	-	Propostas aprovadas por faixa/subárea contendo ou não bolsa de Produtividade em Pesquisa	59

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	-	Academia Brasileira de Ciências
ABRASCO	-	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
BNDES	-	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CA	-	Comitê de Assessoramento
CA-SN	-	Comitê de Assessoramento de Saúde Coletiva e Nutrição
CAPES	-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	-	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
C&T	-	Ciência e Tecnologia
CD	-	Conselho Deliberativo
CGSAU	-	Coordenação Geral do Programa de Pesquisa em Saúde
CNPq	-	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COBIO	-	Coordenação do Programa de Pesquisa em Biociências do CNPq
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
COSAU	-	Coordenação do Programa de Pesquisa em Saúde do CNPq
CPqAM	-	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz Pernambuco
CPQLMD	-	Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz Amazonas
CPQRR	-	Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz Minas Gerais
C,T&I	-	Ciência, Tecnologia e Inovação
DABS	-	Diretoria de Ciências Agrárias, Biológicas e da Saúde
DCOI	-	Diretoria de Cooperação Institucional
DEHS	-	Diretoria de Engenharias, Ciências Exatas, Humanas e Sociais
DGTI	-	Diretoria de Gestão e Tecnologia da Informação
DNERu	-	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNSP	-	Departamento Nacional de Saúde Pública
ENSP	-	Escola Nacional de Saúde Pública
FAP	-	Fundação de Amparo à Pesquisa
FCMSCSP	-	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
FINEP	-	Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ	-	Fundação Oswaldo Cruz
FMRP	-	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FMUSP	-	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FNDCT	-	Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
FUNTEC	-	Fundo de Desenvolvimento Técnico-Científico
FURG	-	Universidade Federal do Rio Grande
HCFMUSP	-	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IEP-SCBH	-	Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte
IESC	-	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro
IMIP	-	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
IMS	-	Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	-	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEC	-	Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas
IOC	-	Instituto Oswaldo Cruz
MCTI	-	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OPAS	-	Organização Pan-americana de Saúde
RSB	-	Reforma Sanitária Brasileira
RN	-	Resolução Normativa do CNPq
SESP	-	Serviço Especial de Saúde Pública
SNDCT	-	Sistema Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
SUCAM	-	Superintendência de Campanhas
UCPEL	-	Universidade Católica de Pelotas
UEFS	-	Universidade Estadual de Feira de Santana
UEL	-	Universidade Estadual de Londrina
UERJ	-	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFBA	-	Universidade Federal da Bahia
UFC	-	Universidade Federal do Ceará
UFES	-	Universidade Federal do Espírito Santo
UFG	-	Universidade Federal de Goiás
UFGD	-	Universidade Federal da Grande Dourados
UFJF	-	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMA	-	Universidade Federal do Maranhão
UFMG	-	Universidade Federal de Minas Gerais
UFMT	-	Universidade Federal de Mato Grosso
UFOP	-	Universidade Federal de Ouro Preto
UFPE	-	Universidade Federal de Pernambuco
UFPEL	-	Universidade Federal de Pelotas
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
UFRGS	-	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	-	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC	-	Universidade de Santa Catarina
UFV	-	Universidade Federal de Viçosa
ULBRA	-	Universidade Luterana do Brasil
UNB	-	Universidade de Brasília
UNEMAT	-	Universidade do Estado de Mato Grosso
UNESP	-	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
UNICAMP	-	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	-	Universidade Federal de São Paulo
UNIFOR	-	Universidade de Fortaleza
UNISINOS	-	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
USP	-	Universidade de São Paulo

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1	- PARTICIPAÇÃO DA SUBÁREA POR NÍVEL CATEGORIA DE BOLSA	58
-----------	--	----

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	-	8
CAPÍTULO 1	- SAÚDE COLETIVA: CAMPO DE SABER ACADÊMICO E MILITANTE	14
1.1	- UMA BREVE TRAJETÓRIA DO CONCEITO DE SAÚDE NO OCIDENTE	14
1.2	- A SAÚDE NO BRASIL: SEMPRE UMA “PAUTA QUENTE”	18
1.3	- A DÉCADA DE 1970: IMPLICAÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA COMUNIDADE CIENTÍFICA DE SAÚDE COLETIVA	24
1.4	- OS CONTEÚDOS EM SAÚDE COLETIVA	34
CAPÍTULO 2	- A CASA DO PESQUISADOR BRASILEIRO: O CNPq E A COMUNIDADE CIENTÍFICA NACIONAL	38
2.1	- CIÊNCIA, TECNOLOGIA E O CONTEXTO BRASILEIRO	38
2.2	- O CNPq E A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE CIENTÍFICA BRASILEIRA	41
2.3	- A FORMALIZAÇÃO DOS COMITÊS DE ASSESSORAMENTO NO CNPq	44
2.4	- A GRANDE ÁREA DA SAÚDE E A CRIAÇÃO DO COMITÊ DE ASSESSORAMENTO DE SAÚDE COLETIVA	45
CAPÍTULO 3	- ENTRE CRITÉRIOS, CONTEXTOS E DEMANDAS: REFLEXOS DO TRABALHO DO COMITÊ DE ASSESSORAMENTO DE SAÚDE COLETIVA	51
3.1	- A AVALIAÇÃO NA CIÊNCIA	51
3.2	- PRODUTIVIDADE EM PESQUISA	57
3.3	- EDITAL UNIVERSAL 2013	60
3.4	- DOS CRITÉRIOS ÀS DEMANDAS: EXPRESSÕES DA COMUNIDADE DE SAÚDE COLETIVA SOBRE OS PROCESSOS DE AVALIAÇÃO DA ÁREA	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS		74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		77

## INTRODUÇÃO

A proposta geral deste trabalho foi verificar se, no contexto brasileiro, os processos avaliativos e as decisões do Comitê de Assessoramento de Saúde Coletiva (CA-SN), atuante no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), influenciaram a estruturação da área de conhecimento denominada como Saúde Coletiva.

Inicialmente, é necessário esclarecer que no CNPq o CA-SN engloba duas áreas de conhecimento distintas: a Saúde Coletiva, com quatro representantes no Comitê de Assessoramento (três titulares e um suplente) e a Nutrição, com três representantes (dois titulares e um suplente).

Esta junção de duas áreas de conhecimento em um único comitê implica na necessidade de equilíbrio extra na distribuição de recursos a cada julgamento, fato que por si só gera toda uma dinâmica que influencia as atividades do Comitê.

Neste trabalho, contudo, apenas a área de Saúde Coletiva será analisada, já que de outra forma haveria maior prejuízo ao prazo estipulado para a conclusão. Não obstante, ressalta-se a importância da área de Nutrição, merecedora de todo um estudo próprio, que infelizmente não foi possível incluir nesta pesquisa.

Em um aspecto mais geral, é de pleno conhecimento da comunidade científica brasileira que o CNPq, juntamente com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), são as principais agências federais responsáveis por grande parte do financiamento de pesquisas científicas e formação de recursos humanos em alto nível no país.

Cada uma ao seu modo, essas agências federais utilizam a assessoria científica e alguma variação do mecanismo de avaliação por pares, para a definição da distribuição dos recursos disponíveis para bolsas de estudos e financiamentos de projetos de pesquisa, entre outros prêmios e benefícios.

No caso específico do CNPq, os Comitês de Assessoramento são os entes que aplicam a avaliação por pares e, portanto, influem diretamente na definição de quem terá condições de efetuar uma pesquisa científica. Dessa maneira, um Comitê Assessor tem papel preponderante no processo decisório do CNPq, sendo um dos responsáveis na determinação de como são divididos os recursos públicos para a pesquisa científica no Brasil.

São esses recursos públicos que em grande medida viabilizam o desenvolvimento da ciência e das áreas de conhecimento no contexto brasileiro. Nesse sentido, pretende-se saber se Comitê Assessor de Saúde Coletiva, por meio de suas avaliações, julgamentos e decisões, em conjunto com outras arenas decisórias, influenciou a institucionalização da área de Saúde Coletiva no Brasil, ou se, no sentido inverso, o Comitê na verdade foi influenciado pela comunidade científica da área.

A partir desses pressupostos, é que no primeiro capítulo busca-se entender, em termos históricos, o processo dialético que leva à criação de um conceito de Saúde Coletiva, uma “invenção brasileira” (LIMA e SANTANA, 2006: p.9).

A análise das origens do conceito no Sanitarismo, passando pela Saúde Pública, Medicina Preventiva e Medicina Social, até a chegada ao conceito de Saúde Coletiva, revela opções teóricas e ideológicas da comunidade científica desse campo de saber acadêmico e militante. Supõe-se que estas características próprias da comunidade científica da Saúde Coletiva influenciam a composição e as decisões do Comitê Assessor, aí residindo a importância da recuperação dessa memória.

O capítulo 2 versa sobre o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e seu relacionamento com os Comitês Assesores. Procura-se demonstrar que a tradição do CNPq é assentada na participação da comunidade científica brasileira, inclusive no que diz respeito à determinação do mérito para a concessão de recursos e auxílios.

Isto é relevante na medida em que é preciso esclarecer que a própria comunidade científica, principalmente por meio dos Comitês Assesores e do Conselho Deliberativo, tem presença e participação fundamental nas decisões do CNPq. Por outro lado, constata-se que a participação da comunidade científica não avança para o campo da formulação de políticas para a ciência e tecnologias brasileiras, pelo menos quando se avalia o papel de um comitê de assessoramento.

Já o terceiro capítulo procura responder se, quando e como o processo dialético da construção da Saúde Coletiva no Brasil se refletiu no CA-SN. Ou ainda, se existiu uma via de mão dupla, ou seja, se ao mesmo tempo em que a Saúde Coletiva se constituía como campo de saber com características próprias, o CA-SN contribuiu ou foi afetado pelo processo dinâmico de instituição desse mesmo campo de saber, em área tão sensível como o da saúde da coletividade.

Para tanto, aplicou-se duas estratégias. A primeira foi traçar um quadro panorâmico dos pesquisadores da Saúde Coletiva que detêm a bolsa de Produtividade em Pesquisa (PQ) do CNPq, com dados atualizados até maio de 2014. A escolha por essa modalidade de bolsa se deveu ao fato de que para este estudo, ser um pesquisador do CNPq distingue quem faz ciência no Brasil e em alguma medida garante tratar-se de pesquisador de excelência e influência na área de conhecimento, por ser mais bem avaliado em praticamente todos os certames, obtendo para si e seu grupo as melhores oportunidades de financiamento, cotas de bolsas em vários níveis, entre outros prêmios e benefícios, inclusive em instâncias fora do CNPq. Não é exagero acrescentar que ser bolsista PQ credencia o pesquisador inclusive a ser um membro do comitê de assessoramento da sua própria área de conhecimento.

De posse do levantamento sobre os bolsistas de produtividade em Saúde Coletiva, efetuou-se a segunda estratégia, que foi cruzar os dados com os selecionados no Edital

Universal 2013 do CNPq, obviamente na área de Saúde Coletiva. Presume-se que este cruzamento pode apontar para onde o Comitê tenta direcionar a área, já que o equilíbrio no Edital Universal pode ser maior do que no julgamento das bolsas de Produtividade em Pesquisa, onde o pesquisador só galga um nível maior se uma cota de bolsa for desocupada por outro pesquisador.

Espera-se que as informações oriundas da análise dos dados da bolsa PQ, juntamente com a análise dos resultados do último edital universal do CNPq e a distribuição de pós-graduação em Saúde Coletiva pelo Brasil, demonstrem que o Comitê Assessor teve e tem papel muito importante para a definição dos rumos do campo de saber, na medida em que suas decisões podem indicar as direções para as quais a área está seguindo.

Na conclusão, é discutido se o atual modelo de atuação, os critérios utilizados e a conformação do CA-SN, assim como os resultados de seus julgamentos e avaliações, estão contribuindo para o fortalecimento ou para a concentração da produção de conhecimento em Saúde Coletiva em determinadas instituições e regiões do país.

A partir da literatura disponível na área, procura-se verificar os limites da ação do Comitê Assessor, formulando-se sugestões para a melhoria da situação. Os resultados apresentados demonstram uma grande concentração de pesquisadores com níveis mais altos de bolsa PQ na região sudeste e em algumas instituições específicas, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Federal da Bahia (UFBA). Isto, como será visto no decorrer do trabalho, se deve a razões históricas do próprio desenvolvimento da área. Contudo, tal constatação poderia indicar uma lacuna que precisa ser preenchida pelos detentores de poder nessa comunidade, já que outra constatação é que a região Norte possui um único bolsista da área de Saúde Coletiva e um único curso de Pós-Graduação em nível de mestrado, no estado do Acre (CAPES, 2013).

Outro dado que salta aos olhos e comprova o que alguns estudos da área já identificaram (VAITSMAN, RIBEIRO e LOBATO, 2013), é a predominância de epidemiologistas em níveis mais altos de bolsa PQ. Nesse aspecto, a análise dos resultados do Edital Universal 2013 demonstra que o CA-SN tenta equilibrar as subáreas por meio da seleção de um maior número de propostas das subáreas de Saúde Pública e Medicina Preventiva, que são as denominações disponíveis no sistema da Plataforma Carlos Chagas do CNPq e que podem incluir os projetos classificados como “Ciências Sociais em Saúde”.

A pesquisa realizada e os dados coletados e analisados impõem um questionamento: o que fazer a partir da situação constatada? Deve-se decidir se ela é prejudicial ao desenvolvimento da área ou mesmo se atualmente o trabalho do Comitê de Assessoramento restringe a ampliação da Saúde Coletiva como campo científico.

Nesse aspecto, os dados obtidos e analisados podem colaborar na construção de ações específicas das associações da área e do próprio CNPq, com o intuito de apoiar regiões ainda

marcadas pela falta de recursos humanos qualificados em Saúde Coletiva e para diversificar o quadro de pesquisadores qualificados que possibilitem a expansão da área de conhecimento, por exemplo.

Dessa forma, o objetivo geral da presente pesquisa foi analisar se e como o CA-SN contribuiu ou foi influenciado pela comunidade na instituição da Saúde Coletiva como campo científico e campo de saber no Brasil. Constituíram-se como objetivos específicos:

- Identificar, por meio da literatura, as origens e características do campo de saber conhecido por Saúde Coletiva no Brasil;
- Descrever o papel do Comitê Assessor no CNPq;
- Analisar, através de documentos do CNPq de outros atores, os mecanismos de avaliação utilizados pelo CA-SN;
- Descrever, a partir de dados disponíveis no CNPq, a comunidade científica da área de Saúde Coletiva, em termos de bolsistas de Produtividade em Pesquisa e pesquisadores e instituições beneficiadas por recursos do Edital Universal 2013.
- Verificar os efeitos das decisões do CNPq e do CA-SN, para a área de conhecimento e para a comunidade científica.

Para que se chegasse aos resultados e conclusões ora apresentados, optou-se pela abordagem qualitativa, onde o papel do pesquisador é "(...) obter um panorama profundo, intenso e holístico do contexto em estudo (...). É uma abordagem que busca entender fenômenos dentro de seus próprios contextos específicos, captando dados sobre a percepção dos atores no campo de estudo" (GREY, 2012: p. 135).

A partir desse referencial metodológico, foram analisados dois tipos de documentos e informações: os resultados dos julgamentos do Comitê e os relatórios e atas de reuniões de julgamento do CA-SN. O acesso aos dois tipos de informações no CNPq foi autorizado pela Diretoria de Ciências Agrárias, Biológicas e da Saúde (DABS/CNPq).

Tentou-se realizar entrevistas por correio eletrônico com os membros do CA-SN e com o Fórum de Coordenadores Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Os pesquisadores foram unânimes em apontar impedimento ético e pessoal ao analisar o trabalho de colegas muito próximos e sugeriram que já havia literatura suficiente onde instâncias e pessoas emitiam suas opiniões de forma pública. Portanto, buscou-se nessa extensa literatura as vozes de representantes e representados. Um exemplo excelente é a entrevista dos pesquisadores Maria Andréa Loyola e Maurício Barreto, que consta no livro de Hortale *et alii* (2010). Um texto absolutamente fundamental para quem pretende entender os atuais meandros da Saúde Coletiva no Brasil de hoje.

Dessa forma, arrisca-se a dizer que o resultado obtido foi melhor do que qualquer entrevista, devido à qualidade dos autores e a profundidade dos conteúdos apresentados em tal literatura.

A exceção foi de um ex-membro e coordenador do CA-SN, que teceu comentários reveladores sobre a infrapolítica presente no trabalho de um Comitê de Assessoramento, apresentados ao final do capítulo 3.

No conjunto, as informações obtidas desvendaram as percepções da comunidade sobre o trabalho do Comitê Assessor de Saúde Coletiva, principalmente a partir das pistas fornecidas pelo intenso debate sobre os processos avaliativos a que a área é submetida e sobre o qual já existe uma farta literatura, por exemplo: dois volumes da revista *Physis* (2005 e 2008), que são dedicados à análise dos processos avaliativos empreendidos tanto na CAPES quanto no CNPq e o volume de *Ciência & Saúde Coletiva* de julho de 2010 (b).

Por outro lado, procurou-se não detalhar aspectos particulares do funcionamento interno do Comitê, ou seja, evitou-se abordar o que os membros conversam nas reuniões ou mesmo que tipos de debates são travados nas reuniões, entre outras questões, por entender-se que tal descrição, se ocorresse, comprometeria a confiança que o CA deposita nos servidores do CNPq que participam das reuniões de julgamento.

De toda forma, este trabalho só se tornou possível a partir da vivência, da reflexão e maturação de dúvidas e questionamentos que surgiram ao autor, ao longo de dez anos no processo de acompanhamento do CA-SN, na função de Analista em Ciência e Tecnologia do CNPq. Os resultados obtidos podem ser entendidos como um novo ponto de vista sobre os processos de avaliação da ciência, com a diferença de que se origina dentro de uma instituição estatal e burocrática, a partir do estranhamento do papel pré-definido e regulado de Analista em Ciência e Tecnologia.

Esta abordagem ou, como foi dito, o estranhamento ao papel burocrático pré-definido, ampararam-se nos contributos das ciências humanas e sociais sedimentados na formação acadêmica do autor, que possibilitaram interpretar uma reunião de julgamento de propostas - fato corriqueiro para quem trabalha no CNPq - como um “ritual” repleto de símbolos, tradições, significados e, principalmente, consequências.

Nesse aspecto, a abordagem utilizada por Bruno Latour (2000), que ressalta a necessidade de se estudar a ciência em construção e não a ciência já constituída em caixas pretas, foi um norteador teórico para o desenvolvimento do presente trabalho. Latour destaca também o modo de analisar a ciência como objeto passível de estranhamento e não de endeusamento:

“Nossa pesquisa tem por finalidade abrir um caminho diferente: aproximar-se da ciência, contornar o discurso dos cientistas, familiarizar-se com a produção dos fatos e depois voltar-se sobre si mesma, explicando o que fazem os pesquisadores, com uma metalinguagem que não deixe nada a dever à linguagem que se quer analisar. Em resumo, trata-se de fazer o que fazem todos os etnógrafos, e de aplicar à ciência a deontologia habitual às ciências humanas: familiarizar-se com um campo, permanecendo independente dele e à distância” (LATOURE e WOOLGAR, 1997: p. 26).

Outra característica do presente trabalho é que ele procura aproximar duas áreas de pesquisa: os estudos sociais da ciência e a saúde no contexto brasileiro. Nesse aspecto, ressalta-se que o estudo realizado parte de dentro da máquina burocrática, buscando traçar as interseções entre as decisões de um Comitê de Assessoramento do CNPq e a estruturação de uma área de conhecimento e sua comunidade científica no Brasil.

Aproveitando-se da condição de servidor do CNPq, tentou-se cobrir uma lacuna que Davyt não pôde contornar em 2001 (p.5):

“Para estudar a dinâmica interna de cada uma das agências, tinha-se planejado, inicialmente, uma estratégia de análise micro e observação direta dos processos, do funcionamento dos mecanismos adotados para avaliação e tomada de decisão”. Porém, tudo indica que, nos dois casos estudados [CNPq e FAPESP], os participantes julgaram mais ‘sensível’ a realização de um estudo etnográfico envolvendo observação direta do processo de avaliação que acontece na ‘caixa preta’ das coordenações e comitês do que a observação de, por exemplo, o processo de construção do conhecimento que acontece em um laboratório de pesquisa. Assim, foi impossível, nas duas agências, conseguir consentimento dos atores para seguir tal caminho metodológico – no caso da FAPESP, não foi possível ter acesso nem às atas das reuniões do Conselho Superior”.

Dessa forma, entende-se que o fato do autor desenvolver suas atividades laborais no CNPq, tendo acompanhado o CA-SN por dez anos, constituiu um *locus* privilegiado, com potencial de ampliação do conhecimento sobre a constituição do campo científico denominado Saúde Coletiva.

Espera-se que as informações e interpretações aqui reunidas e demonstradas, possam colaborar para o fortalecimento da área de Saúde Coletiva no Brasil, tendo em vista a inegável importância desse segmento relacionado à vida e ao bem estar da sociedade.

No aspecto coletivo da saúde, o país ainda possui uma imensa dívida com sua população e isso, como comprova a literatura, se deve às questões históricas e às opções políticas e ideológicas. Portanto, mais do que nunca, a interpretação brasileira da saúde humana, a Saúde Coletiva, deve ser apoiada e fortalecida.

## 1 SAÚDE COLETIVA: CAMPO DE SABER ACADÊMICO E MILITANTE

Neste capítulo busca-se entender o que é a Saúde Coletiva e como se formou sua comunidade científica no Brasil. Para tanto, é feita uma breve descrição do trajeto histórico do conceito de saúde nos contextos ocidental e brasileiro. Também são analisadas as diversas denominações aplicadas à saúde na sociedade e que vogaram no país, desde as origens no Sanitarismo, passando pela Saúde Pública e pela Medicina Preventiva, até a chegada ao conceito de Saúde Coletiva, envolto no que viria a ser concebido como a reforma sanitária brasileira.

Observa-se que tais transformações conceituais, resultantes de intenso debate teórico, se refletiram na própria denominação do Comitê Assessor no CNPq, o que sugere uma inter-relação entre a comunidade científica da área e seus representantes no mais tradicional órgão de fomento à pesquisa científica no Brasil.

### 1.1 UMA BREVE TRAJETÓRIA DO CONCEITO DE SAÚDE NO OCIDENTE

Em aspecto mais geral, é possível afirmar que a maioria das formas de organização humana possui algum tipo de preocupação com o estado de saúde dos seus componentes, ainda que nessas várias formas de organização - o clã, o povo, a sociedade, a etnia ou a civilização, entre outras tantas denominações possíveis, não seja conhecido, ou mesmo utilizado, um conceito de saúde para definir o estado de vida de seus componentes.

Em grande medida, essa preocupação com a manutenção da vida inicia-se a partir da constatação do destino final e natural de cada ser humano: a decadência física e a morte. Para postergar ou mesmo evitar ao máximo esse fim, cada sociedade e período histórico teve seu entendimento e sua prática em relação ao corpo, de tal forma que, no Ocidente:

“(...) as ideias sobre o processo saúde-enfermidade, sobre práticas preventivas e terapêuticas dependiam do olhar que o ser humano dirigia para um mítico organismo cósmico, do qual ele era parte integrante. Nesse olhar mágico surge um componente empírico, que se afirmará na Antiguidade Clássica e persistirá na Idade Média, permeando a concepção cristã de mundo”. (SCLIAR, 2005: p. 143).

A análise do conceito de saúde no percurso histórico ocidental revela ainda que na era moderna (comumente percebida a partir do século XV da era cristã), observa-se a consolidação de uma ideia de “corpo social” em alguns dos nascentes estados europeus. Ou seja, paulatinamente tornou-se preponderante a concepção de que a sociedade podia ser dividida em uma analogia ao trabalho, onde cada parte teria uma função específica. Na realidade, este modelo de interpretação da constituição social estaria a serviço de uma hierarquia de poder.

De toda forma, era necessário que cada “órgão” desse corpo social estivesse em condições adequadas de funcionamento, surgindo então os primórdios da noção de saúde

pública, que exigia um grau mínimo de complexidade e de organização social. Em outras palavras, no Ocidente, com o surgimento de sociedades ditas complexas, baseadas no conceito de Estado e suas estruturas políticas e burocráticas, a saúde passa ser uma preocupação e uma arena de atuação autoritária desse mesmo Estado, que passa a estabelecer interdições e cerceamentos, utilizando a autoridade médica para a aplicação das medidas profiláticas consideradas necessárias para o bem coletivo, em cenário melhor resumido pela expressão “polícia médica” (ROSEN, 1974).

Com a ascensão do capitalismo como modo de produção preponderante, a questão da saúde passou a ser mais enfaticamente observada pelo aparato estatal, a partir da constatação de que uma população doente custa muito caro e que a doença retira a força de trabalho das indústrias e do exército e aumenta os custos, ao obrigar o cuidado com os enfermos. O abandono puro e simples dos doentes não se torna uma opção, pois suas consequências seriam ainda mais desastrosas.

Um exemplo claro dessa situação é verificado quando se analisa a os efeitos da Revolução Industrial, que teve partida na Inglaterra por volta de 1780. Os efeitos benéficos dos avanços econômicos proporcionados pela utilização das máquinas movidas a vapor na produção industrial, não se espargiram por toda a sociedade e o que se viu foi o crescimento do contingente populacional muito pobre, emigrado dos campos e que foi trabalhar em condições sub-humanas nas zonas industriais.

Em ritmo muito acelerado foram criadas verdadeiras “cidades doentes”, espaços urbanos perigosos que serviam como local de moradia para os trabalhadores das fábricas que construíam a riqueza da Inglaterra. O lado perverso desse período ficava a cargo da pobreza, do excesso de trabalho, da má alimentação, da aglomeração e da falta de moral em ambientes insalubres, cenário muito bem retratado por Friederich Engels no livro “A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra” (ENGELS, 1987).

Com a pobreza vieram epidemias de doenças como varíola, sarampo, escarlatina e coqueluche. A resposta do Estado inglês consistiu no que hoje se conhece por “Higienismo” (séculos XVIII e XIX), que basicamente consistia na concepção de que uma sociedade saudável era uma sociedade higienizada. Isto significava que por meio de um conjunto de práticas saneadoras, controles e ações, as doenças e os males sociais seriam corrigidos.

Por exemplo: em relação ao espaço físico da cidade era necessário estabelecer o saneamento, com água encanada e tratamento de esgoto. Na arquitetura, preconizavam-se os espaços abertos e a circulação de ar (especialização). Por fim, para as periferias foram alocados os cemitérios, os matadouros, as cadeias, as fábricas, os depósitos de lixo e o endereço dos pobres.

Ainda nesse momento de estabelecimento do capitalismo industrial e de entrelaçamento da atividade econômica com a saúde das populações, foram estabelecidas as normas de

prevenção de acidentes de trabalho assim como o regramento da atividade laboral de menores e mulheres, juntamente com o ordenamento e a fiscalização da produção e comércio de medicamentos, bebidas e alimentos, assuntos até hoje diretamente relacionados à saúde.

No âmbito privado e das ideias, ocorreu um processo de inculcação da sociedade com o objetivo de urbanizar e civilizar o homem, a partir da difusão de normas higiênicas e morais que pautavam o bom comportamento e valorizavam instituições e conceitos como trabalho, moradia, educação, a família e, por outro lado, restringiam a sexualidade à questões reprodutivas. Data desse período a construção da imagem do médico como educador e guardião da moral e dos bons costumes.

De forma que ao final do século XIX os avanços científicos da biomedicina e o imperativo econômico e tecnológico aliavam-se a todos esses preceitos comportamentais, tendo sido alcançados resultados positivos, como a redução da mortalidade por tuberculose na Inglaterra, por exemplo.

Adentra-se o século XX e os contrastes do capitalismo serão materializados no desenvolvimento de grandes centros urbanos, onde uma boa parcela da população é composta pela classe trabalhadora, que Marx havia denominado de proletariado. Para evitar o risco de sublevação desses trabalhadores e da temida revolução socialista, cada país passou a aplicar um conjunto de políticas que viriam a moldar as relações entre as classes sociais e o Estado, inclusive no campo da saúde. Esse conjunto de políticas de proteção, ou, diriam alguns, de cooptação dos trabalhadores, recebeu a denominação de seguridade social.

Um dos principais modelos de seguro social foi o aplicado pelo chanceler alemão Bismarck, por volta de 1883. Esse modelo era financiado por contribuições compulsórias de empregados e empregadores e baseava-se na segmentação profissional, conforme a importância para a economia, originando as caixas de seguridade.

Os objetivos da política social bismarckiana, que incluía a saúde, eram: enfrentar o crescimento da esquerda, preservar o sistema político e econômico, aumentar a produtividade e satisfazer a necessidade dos eleitores. As ações de saúde davam prioridades ao aspecto curativo individual e eram separadas de ações coletivas como a promoção, a prevenção e a vigilância. O modelo alemão de seguridade social se espalhou pela Europa e serviu de base para as políticas sociais que se tornaram inevitáveis no Brasil do início do século XX, como se verá mais adiante.

O desenvolvimento do capitalismo no pós Segunda Guerra Mundial gerou uma situação de pleno emprego, que Hobsbawn (1996: pp. 253-281) viria a chamar de época de ouro, retratando um cenário calcado no esteio do desenvolvimento econômico onde a seguridade social passou a ter caráter universal e a saúde tornou-se irremediavelmente um direito, contrastando com a situação anterior, em que apenas as categorias de trabalhadores industriais de melhor renda tinham cobertura.

É importante ressaltar que tal desenvolvimento econômico verificado no século XX ocorreu após o período de “guerra total” que vai de 1914 a 1945, marcado pela ocorrência de duas guerras mundiais e por níveis de matança nunca vistos anteriormente (HOBSBAWN, 1996: pp. 29-60). As conflagrações generalizadas, os antagonismos entre capitalismo e comunismo e a capacidade humana de destruição, cujo arremate foram as bombas atômicas despejadas pelos norte-americanos nas cidades japonesas de Hiroshima e Nagasaki, levaram a um consenso sobre a necessidade de criação de um organismo internacional que congregasse todos os países do planeta, com o objetivo maior de preservar a paz e evitar conflitos mortíferos como os que recentemente haviam ocorrido.

Dessa forma, em 1945 foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU), que desde o início teve a saúde como um dos seus mais nobres objetivos. A partir de 1948, a saúde na ONU ficou a cargo da Organização Mundial de Saúde (OMS), que viria a ter papel de extrema relevância para a configuração dos sistemas de saúde nos países membros, por meio da valorização do planejamento aplicado à saúde pública e da erradicação de doenças epidêmicas, entre outras importantes atividades.

Uma das instituições que compõe o quadro da OMS e que exerce bastante influência na questão da saúde pública no contexto das Américas, com reflexos na saúde coletiva brasileira, é a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Criada em 1902, antes mesmo da OMS, será integrada a esta quando se torna o Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. A OPAS/OMS faz parte ainda da Organização dos Estados Americanos e da própria ONU (PAIVA, 2006).

As duas organizações tiveram participação fundamental para que em meados da década de 1970 ocorresse uma abrangente mudança na saúde pública internacional, por meio de um conjunto de diretrizes que enfatizavam a crítica a concepções que ainda valorizavam o discurso biomédico e a prática médica curativa, como será visto com mais detalhe posteriormente.

Por hora, é suficiente afirmar que esse novo ideário da saúde pública terá repercussão no Brasil, que na década de 1970 já apresentava uma forte tradição sanitaria e um grupo de pensadores e atores da saúde pública, então caracterizada por um sistema desconexo agravado pela situação política de exceção dos governos militares.

É nesse contexto que, para determinada teoria, se molda no Brasil o campo de saber que viria a ser conhecido como Saúde Coletiva (BELISÁRIO, 2002: p. 68; LIMA e SANTANA, 2006; COSTA, 1992), cujo processo de formação é discutido na próxima seção.

## 1.2 A SAÚDE NO BRASIL, SEMPRE UMA “PAUTA QUENTE”

Aparenta ser consenso entre historiadores e cientistas sociais que o passado colonial e os “(...) efeitos da escravidão deixaram marcas indeléveis em todos os níveis das relações sociais no Brasil” (SEVCENKO, 1998: p.28).

Tal herança histórica se reflete na atual conjuntura brasileira do século XXI, marcada por embaraçosa desigualdade socioeconômica e por profundas e persistentes assimetrias nas relações sociais e de poder, sempre em detrimento da parcela mais pobre da população, situação que pode ser ilustrada pela frase atribuída ao antigo presidente brasileiro Washington Luís (1869-1957), para quem a questão social era “caso de polícia” (AMORIM, 2006).

As relações de poder assimétricas criaram um malefício adicional na conformação social brasileira: o fato de que durante muito tempo a população mais desvalida não soube reconhecer e argumentar por seus direitos, como a saúde, por exemplo.

Tomando como base a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), para a qual “Saúde é o estado de mais completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLYAR, 2005: p. 92), entende-se que saúde não significa apenas a ausência de doença, representando na realidade o ideal de um ser humano completo em suas potencialidades, com acesso à água tratada, ao sistema sanitário, à moradia, à alimentação equilibrada, ao salário condizente às necessidades, à cultura, ao saber e o lazer, em um cenário pacífico (ou seja, sem violência), em que as doenças e suas várias formas de manifestação seriam a exceção e não a regra.

Ainda no caso brasileiro, configura-se uma situação contraditória, onde apesar do reconhecimento da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, este direito parece ainda não ser devidamente exercido ou proporcionado. É possível que a contradição advenha do fato de que o direito à saúde nem sempre foi reconhecido como tal, como demonstra uma breve análise do tema saúde no Brasil.

À época colonial, a organização sanitária no território que posteriormente viria a ser denominado Brasil, espelhava as práticas da metrópole portuguesa:

“Os serviços de saúde das tropas militares subordinavam-se ao cirurgião-mor dos Exércitos de Portugal. Já o físico-mor, diretamente ou por meio de seus delegados nas capitânicas, respondia pelo saneamento e pela profilaxia das doenças epidêmicas e às questões relativas aos trabalhos dos médicos, farmacêuticos, cirurgiões, boticários, curandeiros etc. Os problemas de higiene eram de responsabilidade das autoridades locais. Assim, as câmaras municipais se preocupavam com a sujeira das cidades, a fiscalização dos portos e o comércio de alimentos. E desde aquela época os moradores das cidades solicitavam a presença de médicos, mediante cartas ao rei, apesar da dificuldade de serem encontrados profissionais dispostos a migrarem para o Brasil”. (PAIM, 2009: p. 3).

O início do período colonial viu ainda serem criadas as primeiras Santas Casas, já em 1543, que se tornaram responsáveis por aplicar a caridade cristã na assistência aos pobres, o que incluía ainda os indigentes, os viajantes e os doentes.

Até ao final do século XVIII permaneceu existindo a figura do físico-mor, denominação dada aos médicos nessa época. Entre suas funções estavam a fiscalização da prática médica e da venda de medicamentos, realizadas nas boticas, que serviam ainda de ponto de encontro e como local para a prática do jogo de gamão. A situação real da população era de abandono e de dificuldade de acesso a um atendimento médico e boa parte dos habitantes da colônia continuava utilizando os serviços oferecidos pelos curandeiros, com suas rezas e benzimentos (SCLIAR, 2005: p. 103).

Os acontecimentos políticos na Europa do século XIX precipitaram alterações no quadro colonial brasileiro. A invasão de Portugal por tropas napoleônicas forçou a fuga do monarca português e de quase toda sua corte para o Brasil, episódio comumente conhecido como a “vinda da família real para o Brasil”, ocorrida em 1808, sendo um dos únicos casos conhecidos na historiografia em que um soberano governou suas possessões diretamente de uma de suas colônias (FAUSTO, 2000: pp. 120-127).

A presença do mandatário português em terras brasileiras ocasionou um surto de modernização na colônia, que inclusive foi alçada à categoria de “Reino Unido” a Portugal e Algarve. Na comitiva real vieram vários cientistas, artistas, escritores, médicos e outros especialistas que mudaram a face e os destinos da colônia, por meio de novas construções e autorizações de funcionamento de instituições como a biblioteca real, já que antes eram proibidas a produção e circulação de livros e não havia um sistema educacional minimamente digno desse nome na colônia.

Outro fato importante para a história da saúde no Brasil foi que com a chegada de D. João VI foram criadas as primeiras escolas médicas no Rio de Janeiro e em Salvador e, no aspecto do oferecimento de serviços de saúde à população, com a vinda família real foram reestabelecidos os cargos de físico-mor do reino e cirurgião-mor dos exércitos, que dispunham de delegados nas províncias.

A partir de 1828, com o Brasil recém-independente e organizado na forma de um Império onde os herdeiros do antigo rei tornaram-se os mandatários (de 1822 a 1889, caso único nas Américas, diga-se de passagem), tentou-se organizar um serviço de saúde, onde:

“(…) as responsabilidades da saúde pública foram atribuídas às municipalidades. O Serviço de Inspeção de Saúde dos Portos passou para a esfera do Ministério do Império e, com os casos de febre amarela no Rio de Janeiro, foi criada, em 1850, a Junta de Higiene Pública. Uma nova reforma dos serviços sanitários foi efetuada durante o Império, com a criação da Inspetoria Geral de Higiene, da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos e de um Conselho Superior de Saúde Pública. Nessa ocasião, foram adotadas as primeiras medidas voltadas para a higiene escolar e para a proteção de crianças e adolescentes no trabalho das fábricas”. (PAIM, 2009: p.4).

Não obstante, o serviço mostrava-se insuficiente mediante as epidemias de febre amarela, por exemplo. Quando a situação fugia ao controle das províncias, apelava-se ao governo central sediado no Rio de Janeiro, caracterizando uma organização sanitária rudimentar e centralizada, incapaz de combater as epidemias e de assegurar assistência aos doentes de forma não discriminatória, já que as famílias que possuíam condições financeiras precaviam-se contratando médicos particulares e os mais pobres tinham que se valer das já citadas Santas Casas.

As últimas décadas do século XIX no Brasil foram marcadas por grandes turbulências políticas e econômicas, que viriam a resultar na proclamação da República, em 15 de novembro de 1889. Em um primeiro momento, a República recém-nascida trazia em si características liberais, representadas na autonomia dos estados da federação em relação ao governo central.

Nessa conformação, cada estado passou a ser responsável pelas ações de saúde e no âmbito federal, "(...) foram reunidos os serviços de saúde terrestres e marítimos na Diretoria Geral de Saúde Pública (1897), que tinha por finalidade atuar onde não cabia a intervenção dos governos estaduais, como era o caso da vigilância sanitária nos portos" (PAIM, 2009: p. 5).

É importante destacar que na transição do século XIX para o século XX, período marcado pelo início da industrialização brasileira, com o conseqüente crescimento de uma população urbana, a saúde despontou como questão social ou mesmo um problema que não se restringia ao indivíduo, mas a toda a sociedade.

O liberalismo de fachada que influenciava as elites então no poder incorria na realidade em uma falta de organização ou capacidade de ação no que se referia à atenção à saúde das populações. De fato, os governantes do período conhecido como "República Velha" (1889-1930) se viram em situação de dificuldade no que se refere à saúde, fator revestido de importância a partir do momento em que passou a afetar a produção econômica.

É preciso lembrar que o Brasil do final do século XIX inseria-se no capitalismo internacional por meio da exportação de um único produto de origem agrícola: o café. A procura internacional por esta *commoditie* forçou uma espécie de modernização do país: era necessário estruturar a região cafeeira e as cidades portuárias, para o melhor escoamento da produção para os mercados internacionais.

Essa modernização incluiu a reconstrução de determinadas áreas das cidades mais importantes do país (principalmente o Rio de Janeiro), a construção de zonas portuárias e suas regras sanitárias específicas, além de outras estruturas que permitissem a livre circulação de mercadorias e capitais. Os imperativos dos aspectos econômicos demonstravam que era preciso sanear o país, ou pelo menos o Rio de Janeiro:

"(...) Eram consideradas igualmente graves do ponto de vista dos governantes, as ameaças postas à saúde pública pela sua convivência adensada, em precárias condições sanitárias, nas áreas centrais da cidade". O Rio de Janeiro era o principal porto de exportação e importação do país e o terceiro em importância no continente, depois de Nova York e Buenos Aires. Mais que isso, como capital da República ele era a vitrine do país. Num momento de intensa

demanda por capitais, técnicos e imigrantes europeus, a cidade deveria operar como um atrativo para os estrangeiros. Mas, ao contrário, ela era acometida por uma série de endemias, que assolavam e vitimavam sua população e eram ainda mais vorazes para com os estrangeiros, os quais não dispunham dos anticorpos longamente desenvolvidos pela população local. O Rio apresentava focos permanentes de difteria, malária, tuberculose, lepra, tifo, mas suas ameaças mais aflitivas eram a varíola e a febre amarela, que todo verão se espalhava pela cidade como uma maldição. Por isso, a cidade tinha, desde o século XIX, a indesejável reputação de “túmulo do estrangeiro”. (SEVCENKO, 1998: p. 22).

Dessa forma, foi por meio da pressão econômica que se colocou a saúde como uma questão a ser equacionada na primeira República. O modelo utilizado pelos governantes pode ser entendido como autoritário, com o “saneamento dos portos, a adoção de medidas sanitárias nas cidades, o combate de vetores e a vacinação obrigatória” (PAIM, 2009: p. 7).

Verifica-se também, a partir do início do século XX, uma reestruturação de órgãos federais relacionados à saúde e a realização de campanhas sanitárias. Foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e uma estrutura permanente de serviços de saúde pública em áreas rurais, contribuições diretas de nomes como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Belisário Penna e Barros Barreto, entre outros, que podem ser considerados como personalidades ligadas à criação de uma comunidade científica brasileira voltada para as pesquisas biomédicas e para o estabelecimento de políticas de saúde, elementos também constitutivos do conceito de Saúde Coletiva.

De fato, é central a importância de um personagem como Oswaldo Gonçalves Cruz para a constituição futura de uma comunidade científica que se preocupa com a saúde das populações, isto porque ele é considerado

““(...) não apenas o pioneiro da saúde pública brasileira, mas como o fundador da ciência no Brasil, o que não deixa de chamar a atenção: em muitos países a revolução científica começou pela física ou pela química; O Brasil é, provavelmente, o único lugar em que a renovação científica se operou no marco da saúde pública – graças a nomes como os do próprio Oswaldo, e de Adolfo Lutz, Vital Brasil, Emílio Ribas, Carlos Chagas. (SCLIAR, 2005: p. 114).

Pode-se afirmar sem incorrer em grande erro que os métodos utilizados por Oswaldo Cruz para combater as epidemias que grassavam no Rio de Janeiro e em outras localidades, com as vacinações obrigatórias, a destruição de vetores como ratos e mosquitos, a interdição de locais considerados focos de doenças, mesmo no seu aspecto autoritário, deu origem ao Sanitarismo e ao médico sanitário no Brasil, fatos que teriam fortes implicações para a posterior construção da comunidade científica voltada à saúde pública.

Apesar de hoje ser reconhecida e louvada a trajetória de Oswaldo Cruz, à época das suas ações este notório brasileiro encontrou imensas dificuldades para aplicar as medidas que considerava necessárias para o combate às epidemias que enfrentava:

“(...) Quando foi nomeado diretor-geral de Saúde Pública por decreto de 23 de março de 1903 (...), prontamente aplicou medidas profiláticas contra a febre amarela e a peste bubônica, com fumigação das casas com vapores de enxofre, tratamento das telhas com querosene, ataque aos criadouros de mosquitos e desratização da Cidade (...). Nessa época, crescia na imprensa uma grande oposição ao programa de Oswaldo Cruz, com caricaturas, modinhas, canções e versos satíricos, editoriais, críticas científicas, sentenças e recursos judiciais, calúnias, ameaças e insultos (...)”. (COURA, 2000: p.8).

O uso político da saúde para desestabilização do governo ou mesmo o desconhecimento e a dificuldade de aceitação de novos preceitos biomédicos e científicos, aliados a uma falta de diálogo entre estado e sociedade, fizeram eclodir acontecimentos como a Revolta da Vacina no ano de 1904, no Rio de Janeiro (SEVCENKO, 1998: pp. 23 e ss.). Por si só, estes desdobramentos de uma ação de saúde demonstram que, já há algum tempo, a saúde é também uma questão política no Brasil.

Não obstante, a forma de pensar a questão da saúde pública baseada no saneamento e nas condições de higiene, continuaria a moldar as atitudes governamentais, quando, por exemplo, foi criado em 1920 o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que foi dirigido por Carlos Chagas até 1926. O DNSP responsabilizava-se pela profilaxia, propaganda sanitária, saneamento, higiene industrial, vigilância sanitária e controle de endemias.

Outro fato desse período que é digno de nota e que simboliza a relação do governo com a saúde no período em análise é que todas as instituições do governo federal, relacionadas a esta área, estavam sob a égide do Ministério da Justiça, já que ainda não existia um Ministério da Saúde. Este só viria a ser instituído em 1953 (PAIM, 2009: p. 30).

Como reflexo das instabilidades econômicas e políticas internacionais, o Brasil passou por um processo de substituição de elites entre 1929 e 1930 que resultou no fim da hegemonia de São Paulo e Minas Gerais com a ascensão do grupo do Rio Grande do Sul ao governo federal, dando início ao período conhecido como “Era Vargas” (de 1930 a 1945). Nesse cenário é que se inicia, de fato, o processo de industrialização da economia brasileira.

Uma das consequências desse processo de industrialização foi o crescimento da parcela urbana da sociedade, composta em sua base pelo contingente dos trabalhadores e suas famílias que formavam um exército proletário e para os quais o governo teria que voltar a atenção à saúde, até mesmo como forma de arrefecimento de tensões revolucionárias de tendência socialista, muito em voga à época.

Coincidentemente, data desse mesmo período o início da previdência social no Brasil, por meio das caixas de aposentadorias e pensões, conhecidos por IAPS, que possibilitaram a assistência à saúde aos trabalhadores vinculados às categorias seguradas (PAIM, 2009: p.10).

Por outro lado, quando da eclosão da II Guerra Mundial, outro órgão foi criado: o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), resultado de um convênio entre os governos brasileiro e

norte-americano e que certa literatura identifica como uma ponte para a exploração da borracha na Amazônia.

Nesse cenário anterior à criação do Ministério da Saúde em 1953, a atenção governamental à saúde transformou muitas campanhas sanitárias em órgãos ou serviços responsáveis pela febre amarela, tuberculose, lepra, saúde da criança e fiscalização sanitária.

Após a criação do Ministério da Saúde, o combate a certas doenças passou a ser realizado por serviços específicos e centralizados. Entretanto, a intervenção por meio de campanhas persistiu em relação à erradicação da malária, ao combate à tuberculose e à vacinação contra varíola.

No governo de Juscelino Kubitschek foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que na década de 60 foi substituído pela Superintendência de Campanhas (SUCAM). De forma que esse tipo de saúde pública ainda baseada em campanhas nada tinha a ver com a assistência previdenciária dos IAPS, que em 1967 foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), posteriormente transformado no Instituto Nacional de Seguridade Social. Como afirma Paim (2009, p.12):

“Este tipo de *saúde pública* não tinha qualquer integração com a *medicina previdenciária* implantada nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), nem com a *saúde do trabalhador*. Separava, artificialmente, a prevenção e a cura (tratamento), a assistência individual e a atenção coletiva, a promoção e a proteção em relação à recuperação e a reabilitação da saúde” (grifos no original).

Mediante esse cenário, ressalta-se a importância de um sistema como o SUS, que procurou organizar instâncias, descentralizar e distribuir tarefas entre os vários entes envolvidos na prestação de serviços de saúde, estabelecendo ainda a participação social. Essa é uma digressão necessária que ajuda a entender o aspecto prejudicial exercido pela grande mídia, quando retrata apenas o lado ruim do SUS, omitindo toda a história de sofrimento, desorganização e abandono que caracteriza a história da saúde no Brasil. Pelo breve relato até aqui verificado, o Sistema Único de Saúde é uma conquista do povo brasileiro, que deve ser preservada e sempre aperfeiçoada. Esse é um compromisso de todos e não apenas dos governos.

Feita a ressalva, chega-se enfim à década de 1970, período fundamental para o entendimento aqui procurado, que é saber do que trata e como se formou a comunidade científica de Saúde Coletiva no Brasil.

### 1.3 A DÉCADA DE 1970: IMPLICAÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA COMUNIDADE CIENTÍFICA DE SAÚDE COLETIVA

O período da ditadura militar no Brasil pode ser analisado por vários ângulos, marcados por momentos de maior ou menor fechamento do sistema político. Alguns inclusive consideram

que “(...) embora o poder real se deslocasse para outras esferas e os princípios básicos da democracia fossem violados, o regime quase nunca assumiu expressamente sua feição autoritária” (FAUSTO, 2000: p. 465). Para outra visão, o autoritarismo e a negação da democracia sempre permanecerão como principais características do regime militar:

“(...) Prometendo reinstaurar a ordem, fortalecer a economia e restaurar o regime democrático em curto espaço de tempo, os militares acabariam permanecendo no poder por mais de 20 anos. Caracterizados em seu período inicial pela desarticulação da participação social, os primeiros governos militares em um progressivo processo de endurecimento político procuraram destruir todas as iniciativas que fossem identificadas com o ideário socialista”. (PAIVA e TEIXEIRA, 2014: p.17)

No campo econômico, pode-se afirmar que o regime militar tratou de assegurar o capitalismo conservador no Brasil, com a abertura ao capital estrangeiro e outras medidas emprestadas ao ideário liberal, defendidas por personalidades como Roberto Campos, Delfim Netto e Mário Henrique Simonsen.

Algumas áreas, como ciência e tecnologia e o setor do petróleo, consideradas estratégicas para a parcela nacionalistas dos militares, foram preservadas e expandidas por meio de investimentos governamentais (DIAS, 2012). Por outro lado, ao trabalhador restou a contenção de salários e a proibição de greves, com a sociedade em geral sob o crivo da censura.

Ainda no campo das implicações sociais das medidas econômicas, é conhecido o fato de que em um primeiro momento a política econômica dos governos militares obteve resultados favoráveis, representadas em altas taxas de crescimento, que por sua vez ocultavam o agravamento da má distribuição de renda e a piora das condições de vida da população, inclusive no setor saúde.

O cenário seria descortinado a partir dos choques do preço do petróleo na década de 1970, que marcaram o início da derrocada do país, sentida com todo vigor nos anos 1980, conhecidos como a “década perdida”. Nessa época, o sistema de público de saúde vivia a duplicidade de um sistema ainda dividido entre a medicina previdenciária e a saúde pública:

“O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde, era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo”. (PAIVA e TEIXEIRA, op. cit., p. 17).

Foram nesses “anos de chumbo” que se construíram os alicerces da comunidade científica brasileira que se dedicava a pensar sobre as formas de se conceber e oferecer saúde às populações e que viria a cunhar uma expressão própria para definir seu campo de estudo: a Saúde Coletiva.

Por ora, pode-se entender por comunidade científica aquele grupo de pesquisadores, professores e cientistas que se dedicam ao estudo de uma determinada área de saber. Esse

grupo possui regras, etiquetas e linguagem próprias. Também é importante considerar que essa comunidade utiliza largamente a comunicação científica por meio de artigos e periódicos científicos, de modo a disponibilizar e por em prova o conhecimento gerado (KNELLER, 1980, p. 182).

No caso específico da Saúde Coletiva, é possível localizar três momentos que se entrecruzam e que na década de 1970 contribuíram majoritariamente para a formatação de uma comunidade científica dessa área no Brasil (COSTA, 1992).

O primeiro momento se assenta na tradição do Sanitarismo do início do século XX e que se relaciona a nomes como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas e, posteriormente, Samuel Pessoa, entre outros. Esta tradição foi transmitida nos meios acadêmicos e políticos, vindo a possibilitar os debates da área de saúde da década de 1950 que resultaram na criação do Ministério da Saúde em 1953 e na continuidade das discussões sobre o tema nos anos de 1960, de forma que:

“No Brasil, no curto período de experiência democrática que antecedeu ao regime autoritário implantado em 1964, surgiram importantes propostas de descentralização administrativa e de seguridade social, que buscavam romper a visão dicotômica entre Saúde Pública e assistência médica. Foi o que se viu, por exemplo, nos debates parlamentares durante o processo de criação do Ministério da Saúde. Teses na direção da integração das ações de saúde e de sua articulação com reformas sociais foram, do mesmo modo, intensamente discutidas em fóruns como a III Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963. Ideias dentro do lugar e de seu tempo, mas que não puderam se transformar efetivamente em práticas e instituições sociais”. (LIMA E SANTANA, 2006: p. 12).

O debate seria silenciado quando da instauração do regime militar. As questões de saúde só tomariam formato público novamente quando um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo (USP) criou, em julho de 1976, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). O principal objetivo do CEBES era o de editar um periódico especializado que, batizado com o nome de *Saúde em Debate*, se tornaria “um dos principais veículos de difusão do ideário do movimento [sanitarista], e o CEBES, uma de suas referências como entidade da sociedade civil”, delineando a existência de um grupo de especialistas preocupado com os rumos da saúde no Brasil (Paiva e Teixeira, 2014: p. 22).

O segundo momento, também gestado no final da década de 60 e início dos 70, se relaciona mais diretamente ao que posteriormente viria a ser conhecido como “Reforma Sanitária Brasileira” (RSB) e sobre esta é necessário um maior empenho para se distinguir o que é fato do que é interpretação.

Grosso modo, uma reforma sanitária pode ser entendida como uma ampla intervenção no atendimento das necessidades de saúde, com vistas à melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população. No Brasil, o termo “reforma sanitária” surge em função da reforma sanitária italiana (Fundação Oswaldo Cruz, s.d.; PAIM, 2008: p. 25). Posteriormente, a

expressão iria designar um movimento baseado em um conjunto de ideias sobre a saúde pública, que teria amplas implicações no setor saúde brasileiro.

No plano político, a Reforma Sanitária Brasileira pode ser entendida como um movimento que nasceu dentro da perspectiva de oposição à ditadura. Naquela altura, era possível distinguir a formação de um grupo na área de saúde que tinha a ideia clara de que era preciso integrar duas dimensões: atuar na saúde e lutar contra o regime militar.

Os núcleos iniciais da Reforma se localizaram nos departamentos de Medicina Preventiva da USP e da Universidade de Campinas (UNICAMP), e no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Nesses locais discutia-se uma nova concepção de saúde, entendida como um direito do cidadão e um dever do Estado.

Os sanitaristas ali presentes, onde se destaca a figura de Sergio Arouca, apontavam a necessidade de um novo sistema de saúde para o Brasil que privilegiasse a prevenção, a integração da seguridade e da atenção à saúde, a descentralização e distribuição de responsabilidades e a participação social. Ideias avançadas para um momento nada favorável ao tema (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

No aspecto ideológico, verifica-se que no final dos anos 60 e início dos 70 – o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil – se constituiu a base teórica e ideológica do pensamento médico-social, também chamado de abordagem marxista da saúde ou teoria social da medicina.

Até então, a forma de olhar, pensar e refletir o setor saúde época era muito concentrada nas ciências biológicas e na maneira como as doenças eram transmitidas. Há uma primeira mudança quando as teorias das ciências sociais começam a ser incorporadas aos estudos da saúde. Essas primeiras teorias, no entanto, estavam muito ligadas às correntes funcionalistas, que olhavam para a sociedade como um lugar que tendia a viver harmonicamente e precisava apenas aparar arestas entre diferentes interesses.

A grande virada da abordagem da saúde foi a entrada da teoria marxista, o materialismo dialético e o materialismo histórico, que mostrava que até a doença podia ser socialmente determinada (Fundação Oswaldo Cruz, s.d.).

No Brasil, duas teses são consideradas um marco divisor de águas que dá início à teoria social da medicina: O Dilema Preventivista, de Sergio Arouca, e Medicina e Sociedade, de Cecília Donnangelo, ambas de 1975. A partir daí, pode-se dizer que foi fundada uma teoria médico-social para análise de como ocorrem as relações no campo da saúde no país. Essa nova abordagem se torna conhecimento relevante, reconhecido academicamente, difundido e propagado.

Ainda nesse processo de transformação da abordagem da saúde, várias correntes se juntam como protagonistas. O movimento estudantil teve um papel fundamental na propagação das ideias e fez com que diversos jovens estudantes comessem a se incorporar nessa nova maneira de ver a saúde. As Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária, realizadas pela

primeira vez em 1974, e os Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina, em especial os realizados entre 1976 e 1978, foram importantes nesse sentido, por serem espaços que possibilitaram a criação e o fortalecimento de um grupo intelectual e de ação política.

Entre esses diversos atores do movimento sanitário, destacam-se ainda os médicos residentes, que na época trabalhavam sem carteira assinada e com uma carga horária excessiva; as primeiras greves realizadas depois de 1968; e os sindicatos médicos, que também estavam em fase de transformação. Esse movimento entra também nos conselhos regionais, no Conselho Nacional de Medicina e na Associação Médica Brasileira – as entidades médicas começam a ser renovadas.

A já citada criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, também é importante na luta pela reforma sanitária. De alguma maneira, o CEBES reunirá pessoas que já pensavam a saúde de outra forma e realizavam projetos inovadores.

Entre 1974 e 1979, diversas experiências institucionais tentam colocar em prática algumas diretrizes da reforma sanitária, como descentralização, participação e organização. É nesse momento que a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz se incorpora como espaço de atuação da abordagem marxista da saúde. Vários projetos de saúde comunitária, como clínica de família e pesquisas comunitárias, começaram a ser elaborados e pessoas que faziam política em todo Brasil foram treinadas.

Todo esse arcabouço histórico, político, teórico e ideológico estará plenamente presente na agora histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu com o país em meio à transição para a democracia, em meados da década de 1980.

Convocada pela Presidência da República, por solicitação do ministro da Saúde, em julho de 1985, e realizada em Brasília a partir de março de 1986, a VIII conferência foi o momento em que o movimento sanitarista testemunhou a aprovação de suas principais demandas: o fortalecimento do setor público de saúde, a expansão da cobertura a todos os cidadãos e a integração da medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único (PAIVA e TEIXEIRA, 20014: p. 25).

Como corolário, os sanitaristas e o grupo envolvido na luta política da questão da saúde, verão seus esforços serem coroados quando a Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como um direito de cidadania, dando origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, de forma que:

“(…) Transformava-se, então, profundamente a organização da saúde pública no Brasil. Velhos problemas, como a tradicional duplicidade que envolvia a separação do sistema entre saúde pública e previdenciária, passaram a ser estruturalmente enfrentados. Outros, como a possibilidade de financiamento de um sistema de corte universal, ainda representam dificuldades que parecem intransponíveis” (PAIVA e TEIXEIRA, 2014: p. 16).

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pelo artigo 198 da Constituição Federal brasileira de 1988. Posteriormente, foi regulamentado com as leis n.º 8.080 e n.º 8.142, de 1990. Como visto anteriormente, sua plena efetivação é ainda um desafio (SILVA e RASERA, 2014).

De toda forma, observa-se que o reconhecimento da saúde como um direito de qualquer brasileiro originou-se de uma luta política composta por teoria, objetivos e programa próprios, levada a cabo por um grupo orgânico, politizado e ideológico, que atuou de maneira consciente com o objetivo de encontrar e ocupar espaços em cargos de mando dentro da estrutura de poder, de onde puderam por em prática suas ideias sobre a saúde pública.

Posteriormente, atribui-se o nome de Reforma Sanitária Brasileira à história dessa luta política e intelectual, que permanece como objeto de intensos debates acadêmicos e que ocupa papel central no campo de saber conhecido como Saúde Coletiva (PAIM, 2008).

O terceiro momento de fundamental importância para o estabelecimento da Saúde Coletiva como campo de saber científico é a fundação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a ABRASCO, em 1979.

Foi durante a “I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva”, realizada na sede da OPAS em Brasília, em 27 de setembro de 1979, que se reuniram

“técnicos, profissionais, alunos e professores da área de Saúde Coletiva, com o objetivo de fundar uma associação que congregasse os interesses dos diferentes cursos de pós-graduação naquela área. A reunião iniciou-se sob a direção do Doutor Carlyle Guerra de Macêdo (...). Ficou aprovado que a nova associação seria denominada ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA” (LIMA e SANTANA, 2006: p. 17, grifo no original).

Desse momento em diante, a ABRASCO se tornaria a principal instituição de representação da área de Saúde Coletiva no Brasil, agregando e congregando gestores, alunos, professores, pesquisadores e os principais nomes atuantes na área. Mais do que isso, se tornaria um ente central na interlocução entre os vários atores e agentes do sistema de ciência e tecnologia do país, incluindo-se o CNPq e a CAPES.

Algumas características da década de 1970 no campo dos estudos em saúde explicam a possibilidade de concepção de uma associação como a ABRASCO no Brasil. Em primeiro lugar, têm-se o contexto criado pelo movimento sanitário da década de 1970, onde o debate sobre as questões de saúde se confundiam com a luta contra a ditadura militar, como já visto.

No cenário latino americano, já se configurava uma crítica a uma medicina biologizante e hospitalar. Consequentemente,

“(…) as reformas que vão ser defendidas aparecem estreitamente vinculadas a um projeto pedagógico, e não de reforma direta das práticas médicas. Tanto

assim, que o grande saldo desse período é a inclusão, no curso de graduação em medicina, de disciplinas e temas associados à epidemiologia, ciências da conduta, administração de serviços de saúde, bioestatística” (NUNES, 1994: p. 7).

Data desse momento uma ampla pesquisa sobre a educação médica na América Latina, realizada pelo médico e sociólogo Juan César Garcia que, em trabalho que teve apoio da OPAS e da Fundação Milbank:

“estimulou, em diferentes países, a criação de cursos de pós-graduação em medicina social e a revisão das abordagens predominantes em centros universitários e institutos de Saúde Pública. Em 1973, criou-se, sob o impulso dessas novas orientações, o primeiro curso de medicina social no continente – o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) -, com o apoio da OPAS, da Fundação Kellog e da principal agência de fomento à pesquisa no Brasil daquele período: a Financiadora de Estudos e Projetos – FINEP”. (LIMA e SANTANA, 2006: p. 10).

Também em âmbito internacional, a década de 1970 no campo da saúde é marcada pela crescente influência de abordagens integrais e das experiências de medicina simplificada empreendidas em países em desenvolvimento, como os “Médicos de Pés Descalços” na República Popular da China (PAIVA e TEIXEIRA, 2014: p. 19). Nesse quadro, a OMS promoveu a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão), no ano de 1978. Essa Conferência confirmou determinada visão de saúde pública que teria grande influência para a área de saúde coletiva:

“Na declaração de Alma-Ata firmou-se um conjunto de princípios mencionados com frequência nos textos da área de Saúde Coletiva, mas que é sempre oportuno lembrar: a saúde como direito essencial dos indivíduos e das coletividades; a obrigação do Estado em assegurar esse direito a todos; a responsabilidade e o direito das comunidades em participar na proteção recuperação da saúde e na gestão dos serviços destinados à sua atenção; a precedência da promoção e da prevenção, estabelecendo-se o princípio da atenção integrada; a equidade e a universalidade do acesso aos serviços de saúde”. (LIMA E SANTANA, 2006: p. 10).

O final da década de 1970 no Brasil assistiria a confluência de todos esses fatores, de maneira a criar o embrião da saúde coletiva e de sua comunidade científica. Os estudos sobre o tema identificam ainda determinados órgãos e instituições que integralizavam as condições necessárias para o surgimento da Saúde Coletiva: o setor saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (CENHR/IPEA), a FINEP e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da OPAS (PPREPS/OPAS) (LIMA e SANTANA, 2006: p.11).

No âmbito acadêmico, os locais privilegiados no que se refere às condições para a absorção, criação e propagação de um novo pensamento em saúde, por meio de uma pós-

graduação *strictu sensu* (mestrado e doutorado) foram a Faculdade de Saúde Pública e a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, ambas da USP, respectivamente nos anos de 1970 e 1971; o já citado IMS/UERJ; a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), e a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. São recordados ainda como centros importantes a Universidade Federal da Paraíba, o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas e a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) (NUNES, 1994; LIMA e SANTANA, 2006).

Na análise da trajetória histórica da ABRASCO, verifica-se que uma de suas principais características é a tentativa de amalgamar a luta política e a formação de quadros de nível elevado na área de saúde, de forma que “Em qualquer percurso e ponto de partida escolhido, ciência e política aparecem como as bases da constituição da saúde como área de conhecimento e de prática social no Brasil” (LIMA e SANTANA, op. cit., p. 12).

A luta política da ABRASCO em prol da saúde da população e, por que não, pela democracia no Brasil, ficou muito latente nos anos de 1980, quando a atuação da associação tinha como pano de fundo as ideias oriundas do Sanitarismo e da Reforma Sanitária e o entendimento da saúde como um direito de todos e dever do estado.

Essas concepções se traduziram em ações políticas planejadas e executadas de tal forma que garantiriam vitórias importantes para os defensores de novos modelos e sistemas de saúde no Brasil: a saúde como direito constitucional na Carta de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), situação histórica muito bem retratada por Paiva e Teixeira (2014, p. 22), quando dizem que a ABRASCO e o CEBES, com

“(…) sua destacada presença e atuação na oitava Conferência Nacional de Saúde, nas plenárias da saúde e/ou Conselho Nacional de Saúde (CNS) dão, em boa medida, o alcance de sua fundamental contribuição à agenda e aos empreendimentos da reforma sanitária brasileira, bem como ao processo de reinstauração da democracia no Brasil”.

Estabelecidos tais marcos fundamentais e com o país retornando por caminhos tortuosos ao processo democrático, na década de 1990 a ABRASCO passa a dedicar boa parte de sua atuação na busca do reconhecimento da Saúde Coletiva como campo científico. Esta necessidade surgiu a partir da constatação de que, nos meios acadêmicos e institucionais brasileiros que se ocupam de ciência e tecnologia, a Saúde Coletiva era vista mais como uma área de atuação política do que uma arena científica:

“A necessidade de fortalecimento da pós-graduação em Saúde Coletiva respondia a dois problemas: de um lado, a necessidade de produzir novos conhecimentos que embasassem a implementação do Sistema Único de Saúde, e de outro, o questionamento, mais ou menos velado, do caráter científico do campo. Todas as vezes que se solicitava apoio dos órgãos de fomento para a realização de atividades da associação, e mesmo nos embates por recursos para pesquisas e bolsas, voltava o questionamento acerca do seu caráter

científico e de sua natureza predominantemente política no campo”. (GOLDBAUM e BARATA, 2006: p. 94).

Gouldbaum e Barata (2006) e também Minayo (2010) relatam ainda uma situação ocorrida entre a ABRASCO e o CNPq, que representa na literatura um encontro efetivo entre as duas instituições e que simboliza a atuação da comunidade científica de Saúde Coletiva perante o CNPq, envolvendo o Comitê de Assessoramento de Saúde Coletiva.

Ocorreu que ao organizar o Comitê Assessor da área no biênio 1993-1994, o CNPq, naquele momento sob forte influência de cientistas das áreas básicas, optou por indicar como membros do comitê “pesquisadores com muito pouca compreensão do campo ou que eram totalmente externos a ele” (MINAYO, 2010b: p. 1898), a despeito da indicação de nomes mais apropriados pela própria comunidade de saúde coletiva.

A reação da comunidade naquele momento foi bem sucedida ao impedir a nomeação de um pesquisador da área de bioquímica de alimentos como coordenador do Comitê Assessor de Saúde Coletiva no CNPq. Contudo, “não houve força suficiente para garantir o nome escolhido pela própria comunidade” (GOULDBAUM e BARATA, 2006: p. 94). Esse breve episódio demonstra os intrincados caminhos que correm ora paralelos, ora confluentes, mas que unem pesquisadores e o CNPq.

Para superar as dificuldades no reconhecimento da cientificidade da Saúde Coletiva, a Diretoria da ABRASCO optou por duas estratégias. Em primeiro lugar, tratou de inserir a ABRASCO na comunidade científica nacional, tanto na assembleia das associações científicas na Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), quanto na atuação junto aos órgãos de fomento. No caso do CNPq:

“a associação passou a organizar de modo mais sistemático o processo de indicação de membros para o comitê assessor, garantindo maior organicidade à representação. Ao mesmo tempo foram promovidos seminários para discutir critérios para auxiliar no julgamento dos pedidos de bolsas e financiamentos a projetos, de modo a preservar os recursos destinados à Saúde Coletiva para pesquisadores realmente do campo”. (GOLDBAUM e BARATA, 2006: p. 94).

A CAPES se tornou outro foco de atuação da ABRASCO, em virtude da agência realizar a avaliação dos cursos de pós-graduação do país, de inestimável contribuição para o progresso brasileiro. Contudo, para a área de saúde coletiva era necessário quebrar a hegemonia dos representantes da área médica (Medicina I, II e III) na grande área de saúde, que “sempre motivou atitudes preconceituosas, fruto do desconhecimento em relação à Saúde Coletiva” (GOLDBAUM e BARATA, 2006: p. 94).

A força e o discernimento da ABRASCO em defesa da Saúde Coletiva materializaram-se nas atitudes tomadas para combater a situação que se apresentava. No caso específico da

CAPES, primeiramente optou-se por promover uma avaliação alternativa dos programas da área que, para ter caráter independente,

“(…) a diretoria comandada por Cecília Minayo convidou dois pesquisadores estrangeiros para realiza-la: Sherman James, da Universidade de Michigan (EUA), e Claudine Herzlich, do Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale/Inserm (França). A partir desse trabalho, foi possível desfazer uma série de equívocos e prenoções que havia na própria comunidade da Saúde Coletiva e também no restante da comunidade científica da área de saúde, demonstrando que a produção científica e intelectual do campo era inclusive superior àquela verificada na área médica”. (GOLDBAUM e BARATA, 2006: p. 94).

Cabe ressaltar que a ABRASCO solicitou e obteve apoio das agências tanto para a realização da avaliação, quanto para a apresentação dos resultados por meio de seminário em que estiveram presentes os representantes de CAPES e CNPq, tendo sido bem sucedida no esforço de “transformar a dificuldade de compreensão que ocorreu nas relações com o CNPq em matéria para seu crescimento e desenvolvimento” (MINAYO, 2006: p.128).

Outra consequência da avaliação realizada foi a instituição do Fórum de Coordenadores dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, ainda atuante e que tem como objetivo precípua a formulação de propostas para a pós-graduação *strictu sensu* e a reflexão sobre a formação de pesquisadores. O Fórum adquiriu importância a partir do momento que se tornou uma base de representação da área junto à CAPES e também no CNPq.

Adicionalmente, é digno de nota que a ABRASCO tenha, à essa época, criado a revista *Ciência e Saúde Coletiva*, com os objetivos de organizar a produção científica em Saúde Coletiva, dando visibilidade aos vários autores e campos que a compõe, sendo atualmente um dos mais renomados periódicos nacionais, com inserção internacional.

Observando-se em retrospecto, saltam aos olhos os caminhos que se inter cruzam e unem a comunidade científica reunida em torno da ABRASCO à CAPES e ao CNPq. Como afirma Minayo (2006, p. 127):

“na peculiaridade da organização da área de ciência e tecnologia do país, há uma relação quase siamesa entre os resultados de avaliação da CAPES – a qual avalia o mérito e classifica os programas de pós-graduação – e o julgamento de mérito dos pesquisadores e de suas pesquisas pelo CNPq”.

Em outras palavras, da forma que se concebeu o sistema de ciência e tecnologia brasileiro, onde boa parte da pesquisa científica é realizada nas universidades federais com recursos oriundos do erário, o que venha a ocorrer na avaliação da CAPES, terá influência direta na atuação do respectivo comitê assessor no CNPq, como textualmente afirmam Goldbaum e Barata (2006: p. 97).

“Dando seguimento ao trabalho que vinha sendo realizado pela associação no campo da pós-graduação em Saúde Coletiva, a atuação junto à CAPES, por intermédio do representante da área, Maurício Barreto, atingiu um novo patamar com a participação no Conselho Técnico Consultivo. A grande área da saúde tradicionalmente participava com um dos representantes da área médica, sendo a primeira vez representada Saúde Coletiva. A formulação de critérios objetivos de avaliação, que já vinha sendo impulsionada, ganhou maior consistência, e teve início um processo controvertido de classificação dos periódicos científicos.

Como será visto no desenvolvimento do presente trabalho, essa forma de avaliação, baseada na “classificação dos periódicos científicos”, tornar-se-á predominante no Comitê Assessor de Saúde Coletiva. De forma que ainda em 2006, Minayo, citando especificamente a CAPES, apontava que:

“A pontuação atualmente estabelecida pelos comitês de avaliação (um livro publicado em editora que tem comissão científica equivalendo ao peso de meio artigo) constitui um imperdoável equívoco que só pode ser sanado por uma avaliação qualitativa das publicações. Esse critério é também, sem sombra de dúvida, concessão aos critérios de indexação de outras disciplinas que praticamente só trabalham com artigos e revela a dificuldade da área de Saúde Coletiva de avaliar a qualidade desse tipo de produção intelectual. (2006: p. 136).

A análise desenvolvida nesta seção torna perceptível que, a partir de três momentos do debate na saúde da década de 1970: o sanitarismo, a reforma sanitária brasileira e a criação da ABRASCO, foram bem sucedidos os esforços que resultaram em conquistas políticas para a questão da saúde e na construção de uma comunidade científica dinâmica e complexa, que inclusive concebeu uma denominação própria: a Saúde Coletiva

No CNPq, essa comunidade científica de Saúde Coletiva se apresenta por meio de uma crescente demanda qualificada apresentada a cada edital universal ou ao cronograma de bolsa de Produtividade em Pesquisa, entre outras diversas chamadas. A partir dessa constatação, delinea-se o momento de esclarecer do que se constitui o conteúdo da Saúde Coletiva.

#### 1.4 OS CONTEÚDOS EM SAÚDE COLETIVA

Quando se empreende uma análise na tentativa de se compreender do que trata o campo de saber conhecido como Saúde Coletiva, a única constatação sobre a qual aparenta não pairar dúvida é a de que existem tantas concepções sobre saúde coletiva, quanto existem autores nessa área. Ou seja, a saúde coletiva não constitui um *corpus* teórico fechado e acordado, onde está estabelecido um paradigma. Pelo contrário; a dinâmica da área permite afirmar que o campo está sempre em construção (BELISÁRIO, 2002: pp. 67-101).

De forma que o próprio documento de avaliação trienal da Saúde Coletiva (2013) afirma:

“A Saúde Coletiva é um *campo científico* onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto “saúde” e onde operam distintas disciplinas (epidemiologia, ciências sociais em saúde, planejamento e gestão) que o contemplam sob vários ângulos; e um *âmbito de práticas*, onde se realizam

ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente conhecido como “setor saúde”.

Enquanto campo de conhecimento, a Saúde Coletiva estuda o fenômeno saúde – doença enquanto processo social em populações; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como resultado de processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender as formas pelas quais a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrenta-los”. (CAPES, 2013).

Adicionalmente, não é exagerado afirmar que cada subárea que constituiu a saúde coletiva (epidemiologia, saúde pública, gestão e serviços, ciências sociais etc.) possui uma variedade de definições ou mesmo formulações críticas sobre o que seria a saúde coletiva e sobre como a própria subárea se localiza no contexto epistemológico desta, de tal forma que “Na saúde coletiva converge tal multiplicidade de abordagens, disciplinas e questões que sua conceituação se torna difícil (...)” (NUNES, 2010: p. 105).

De toda forma, a polissemia pode ser esquematizada em traços mais gerais, de maneira que para boa parte dos autores, a saúde coletiva é entendida como um campo científico e de práticas, caracterizado por uma interdisciplinaridade hibridizada que reúne aspectos científicos e técnicos, ao passo que não abandona o político ao propor e defender uma concepção social de saúde.

Trata-se de um campo científico porque gera conhecimento novo sobre determinada realidade - a saúde das populações -; para tanto, utiliza-se as linguagens da biologia, das ciências médicas, da epidemiologia e das ciências sociais, em um complexo amalgama que ao final constrói um sentido que por sua vez é apropriado, tanto academicamente quanto na prática das realidades do fazer saúde no Brasil:

“O campo científico e de produção de conhecimento desenvolve métodos e técnicas de pesquisa, visando à melhor interpretação da realidade observada. O Debate, a interlocução e as trocas interdisciplinares, bem como o fortalecimento dos princípios básicos que regem o campo científico, são cruciais para o avanço da pesquisa e para uma relativa autonomia do campo científico. Como microcosmo social, a produção de conhecimento científico é atravessada, em maior ou menor intensidade, pela lógica dominante da sociedade, através de demandas sociais, econômicas e do jogo político. Nesse sentido, a autonomia do campo científico é confrontada por forças e lógicas que, apesar de externas, modelam esse campo e, portanto, não podem ser ignoradas. (...) Como campo de práticas, a saúde coletiva conforma um espaço de problemas e questões a partir do qual o pesquisador trabalha” (Hortale et al., pp. 9-10).

É notório também que a Saúde Coletiva vai além das denominações anteriormente utilizadas para definir o campo da saúde, tais como: medicina preventiva, saúde pública e medicina social, já que o conceito contém em si uma crítica e uma superação das denominações anteriores, de maneira que a ABRASCO (2005, b) afirma:

“O debate que origina o emergente campo da Saúde Coletiva nasce da crítica e da crise da Saúde Pública tradicional; todavia, a manutenção do termo Saúde Pública é importante visto que seu uso é consagrado em âmbito internacional, e que esta área está presente na Saúde Coletiva, tanto em termos de intervenção política, quanto em termos de produção disciplinar. A construção da Saúde Coletiva no Brasil, além de adquirir um caráter emblemático, articula-se dentro de um contexto de luta política pela interlocução sistemática com diversas teorias das Ciências Humanas e Sociais. Essa construção busca referências para a análise do processo saúde-doença, da cultura institucional presente nos serviços de saúde, sobre o Estado e as políticas de saúde, e sobre a própria produção do conhecimento na área enquanto processo coletivo. É importante reconhecer a relevância do movimento histórico de construção do campo da Saúde Coletiva e seria arbitrário contrapor este campo com o da Saúde Pública, na medida em que Saúde Coletiva significou, sobretudo, a ampliação e o redimensionamento de análise do objeto coletivo da saúde. Há um importante desenvolvimento teórico a partir da junção de várias áreas disciplinares em torno de um campo que passou a se denominar de Saúde Coletiva, num processo de aprofundamento do estudo da Saúde Pública”.

Para dar o toque político que não poderia faltar em um texto de Saúde Coletiva, a ABRASCO tornou pública a argumentação acima quando da apresentação de uma Nova Tabela de Áreas do Conhecimento, proposta por uma “Comissão Especial de Estudos do CNPq, da CAPES e da FINEP” em 2005, que, ao buscar redefinir as áreas de conhecimento utilizadas pelas agências, sugeriu alterar a grande área de Ciências da Saúde para “Ciências Médicas e da Saúde”, e também elevar a “Saúde Pública” a uma área, que até então era uma subárea. Naquele momento (2005), a ABRASCO propugnou pela inclusão da Saúde Coletiva, conceito que abarcava a Saúde Pública.

De toda forma, não seria possível constituir um campo científico reconhecido e produtivo baseando-se apenas em debates teóricos e discussões epistemológicas. Portanto, um conjunto consensual mínimo pode definir os conteúdos da Saúde Coletiva.

Nunes (2010, pp. 105-126) esquadrinhou a produção científica da área nos formatos de publicações acadêmicas, teses e dissertações, no triênio 2003-2006, totalizando 1.103 trabalhos onde os temas majoritários destacados, em ordem decrescente, foram: a Epidemiologia, Política e Planejamento e Ciências Sociais e Saúde, entre outros.

Para o autor citado, referência nos estudos sobre a constituição da Saúde Coletiva enquanto campo de saber no Brasil e ex-membro do CA-SN,

“(…) a saúde coletiva é, ao mesmo tempo, um campo científico no qual operam e disputam as forças de diferentes atores, disciplinas e paradigmas, e área acadêmica que institucionaliza a dinâmica das relações entre conhecimentos e práticas na saúde. Ao mesmo tempo campo científico e área acadêmica, a saúde coletiva conforma uma arena que abriga embates do setor Saúde em toda sua complexidade”. (NUNES, 2010: p. 124).

É necessário esclarecer que apesar do debate teórico e epistemológico em torno das concepções sobre o que seria a Saúde Coletiva, a área está devidamente estabelecida no contexto científico e de pós-graduação brasileiros:

“(...) a pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil vem apresentando grande desenvoltura. O aumento do número de cursos, de docentes e discentes, a elevação da titulação dos docentes, o padrão centrífugo de sua distribuição regional, o comportamento virtuoso de sua produção científica, tudo conspira para uma trajetória, cuja “derivada de sucesso” é positiva e maior do que a média da pós-graduação em nosso país”. (GUIMARÃES, 2010: p. 1913).

Nesse aspecto, demonstrou-se acertada a estratégia da ABRASCO em investir na pós-graduação, já que é nesse setor que se desenvolve grande parte da pesquisa científica no Brasil. No caso da Saúde Coletiva, Minayo (2010 b, p.1905) aponta ainda que para o futuro da área, “o foco é o aprimoramento do SUS, o que deve se refletir na docência e na investigação”.

Não obstante os debates teóricos, um pesquisador da área de Saúde coletiva que esteja interessado em apresentar uma proposta de pesquisa ao CNPq, terá que acessar a Plataforma Carlos Chagas e escolher o Comitê de Assessoramento de Saúde Coletiva. Em seguida indicará, obrigatoriamente, a área de conhecimento do projeto entre as opções disponíveis no sistema: Epidemiologia, Medicina Preventiva e Saúde Pública. A discussão do real enquadramento da proposta caberá aos membros do Comitê Assessor e será um ponto fulcral para o sucesso ou o fracasso da proposta.

No decorrer desse capítulo procurou-se reconstituir, mesmo que de forma breve, as trajetórias históricas e sociais que possibilitaram a implantação de um campo de saber conhecido como Saúde Coletiva, no Brasil. Foi observado que as configurações políticas e sociais da década de 1970 conjugaram diversos fatores no setor Saúde que posteriormente foram reunidos sob a égide da Saúde Coletiva, conceito polissêmico caracterizado fundamentalmente por sua herança política e por se encontrar na confluência do fazer ciência e a aplicação prática:

“O trabalho em saúde coletiva, além das dimensões técnica, econômica, política e ideológica, envolve *um componente ético essencial vinculado à emancipação dos seres humanos*. Não se trata de um trabalho qualquer, mas de um conjunto de atividades eticamente comprometido com o seu objeto – as necessidades sociais da saúde. Este trabalho, portanto, é integralmente perpassado por *valores de solidariedade, equidade, justiça e democracia*”. (PAIM, 2006: p. 106, grifos no original).

De posse desse referencial, é possível avançar para o próximo capítulo onde será analisado mais detidamente o momento em que a Saúde Coletiva, uma genuinidade brasileira, adentra o CNPq.

## **2 A CASA DO PESQUISADOR BRASILEIRO: O CNPq E A COMUNIDADE CIENTÍFICA NACIONAL**

O objetivo central deste capítulo é demonstrar o CNPq e seu relacionamento com a comunidade científica brasileira, por meio dos Comitês de Assessoramento, enfatizando-se que a tradição do CNPq é assentada na participação da comunidade científica brasileira, no que diz respeito à determinação do mérito para a concessão de recursos e auxílios.

No decorrer do capítulo procura-se identificar o momento em que a Saúde Coletiva granjeou seu próprio Comitê no CNPq. Antes, porém, com foco na trajetória brasileira, examina-se como a ciência no século XX tornou-se tão importante para as sociedades.

### **2.1 CIÊNCIA, TECNOLOGIA E O CONTEXTO BRASILEIRO**

Pode-se afirmar que ao longo do século XX, a ciência e o desenvolvimento das mais variadas tecnologias deram um grande salto e se tornaram um dos principais elementos constitutivos da atividade econômica mundial, lançando novos desafios à sociedade global.

No decorrer do século passado, setores como a eletrônica, a biotecnologia, as tecnologias da informação e da comunicação, entre outros exemplos, conheceram um avanço até então não verificado na história humana.

Nesse aspecto, é consenso na literatura que após a II Guerra Mundial a ciência passou a ser uma questão de Estado, seja por questões de defesa, seja por questões econômicas, de tal modo que países centrais como Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra, França etc., passaram a efetuar maciços investimentos em ciência e tecnologia (C&T), procedimento fundamental para que posteriormente os tornassem líderes mundiais também no setor científico.

Um marco desse período é o famoso “Relatório Bush” (BUSH, 1945), que, de maneira geral, viria a orientar o modelo de ciência e tecnologia dos Estados Unidos no pós-guerra e seria copiado em boa parte do mundo.

Por outro lado, os países do então chamado Terceiro Mundo viram-se obrigados a recuperar o atraso em termos de Ciência, Tecnologia e Inovação (C,T&I), sob pena de verem aumentado o grau de dependência em relação às potências centrais, perpetuando a distância centro-periferia no sistema capitalista mundial.

Nesse jogo de interesses políticos e econômicos internacionais, construir todo um sistema de C,T&I, formar recursos humanos capacitados, organizar instituições de ensino e pesquisa, disponibilizar recursos e orientar planejamento não foram tarefas simples para países como o Brasil, que, apesar das contradições, pode ser atualmente apontado como uma liderança em C,T&I na América Latina. De fato, o país se destaca mundialmente em algumas áreas de conhecimento, tais como na identificação e prospecção de petróleo em águas superprofundas, na agricultura caracteristicamente tropical e em biotecnologia (RAUPP, 2013).

Estes são fatos significativos que são realçados quando se observa em retrospecto a trajetória brasileira em C,T&I, setor que, assim como a saúde, sofreu os efeitos da colonização portuguesa no Brasil. Esta, como se sabe, baseou-se na exploração em larga escala de produtos agrícolas ou primários e pela utilização extensiva de mão de obra escrava em grandes propriedades de terra, caracterizando o sistema de “*plantation*” da colônia de exploração.

Os interesses portugueses no Brasil a partir do século XVII residiram quase que exclusivamente na exploração das riquezas da natureza local, sem espaço para processos civilizatórios baseados no conhecimento ou em C&T, disponíveis à época. Em outras palavras, na história colonial brasileira (de 1500 a 1822) é notório o empenho da coroa portuguesa em proibir formas de geração e propagação de conhecimento na colônia (MONTROYAMA, 2000).

A situação passa por alguma alteração no período monárquico. Contudo, permanecem o modelo escravocrata agroexportador e o desinteresse das elites governantes locais por C&T, a despeito do século XIX ser caracterizado pelo desenvolvimento da ciência, já então inseparável da tecnologia. De fato, mesmo suprimida a proibição colonial portuguesa no que se refere à circulação de conhecimento, mantiveram-se a falta de visão de futuro e o imediatismo econômico das elites locais, no momento de formação do Estado nacional brasileiro.

Ao analisar o momento republicano subsequente, a busca por C&T torna-se mais premente e, como dito anteriormente, o processo histórico da II Guerra mundial criou as pré-condições para a busca do desenvolvimento tecnológico, por questões de defesa e segurança nacional. No caso brasileiro não foi diferente, mas os velhos hábitos das elites insistiam em fazer do Brasil um país agroexportador e dependente do conhecimento produzido pelas nações centrais (Davyt, 2001: p. 83).

Essas concepções retrógradas das elites dificultaram o já complicado processo de estabelecimento da ciência como um valor a ser perseguido pela sociedade brasileira. Não obstante, a partir da década de 1930 observam-se alguns fatos fundamentais para o desenvolvimento brasileiro no campo da C&T no século XX, como por exemplo:

- ✦ 1930: Criação do Ministério da Educação.
- ✦ 1934: criação da Universidade de São Paulo (USP), em um claro exemplo de atuação da elite do estado.
- ✦ 1951: criação do Conselho Nacional de Pesquisas, que em 1974 seria renomeado como Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, sendo mantida a sigla CNPq.

- ✦ No mesmo ano ocorre a criação da Campanha Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, posteriormente passaria a ser denominada Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior);
- ✦ 1960: Criação da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). A criação da FAPESP foi uma determinação da constituição paulista de 1947. Contudo, sua instrumentalização só foi possível por meio de uma Lei Orgânica aprovada pela Assembleia Legislativa de São Paulo em setembro de 1960, promulgada pelo governador Carlos Alberto Carvalho Pinto, em 18 de outubro daquele ano (DAVYT, 2001).
- ✦ 1967: Criação da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), inicialmente para institucionalizar o Fundo de Financiamento de Estudos de Projetos e Programas, criado em 1965. Posteriormente, a FINEP substituiu e ampliou o papel até então exercido pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e seu Fundo de Desenvolvimento Técnico-Científico (FUNTEC), constituído em 1964 com a finalidade de financiar a implantação de programas de pós-graduação nas universidades brasileiras. A FINEP teve um importante papel na instituição do campo científico da Saúde Coletiva, na década de 1970 (RIBEIRO, 1991);
- ✦ 1969: Criação do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, (FNDCT), pelo Decreto-Lei nº. 719. O FNDCT foi criado para a consecução do Programa de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PDCT), cabendo à FINEP a gerência do Fundo;
- ✦ 1985: Criação do Ministério da Ciência e Tecnologia.
- ✦ 1988: a Constituição Federal de 1988, no Capítulo IV “Da Ciência e Tecnologia” por meio do Artigo 218, estabelece que “O Estado promoverá e incentivará o desenvolvimento científico, a pesquisa e a capacitação tecnológicas”.
- ✦ 1997: criação do CTPetro, o embrião dos fundos setoriais, que passará a funcionar efetivamente em 1999.

Esses e outros fatos corroboraram para que fosse criada no Brasil uma estrutura de C&T que atualmente garante ao país a 13ª posição mundial em produção de conhecimento, com 2,7% dos artigos publicados em revistas indexadas, para utilizar um critério em voga, embora altamente discutível.

Além disso, o país possui mais de cem mil pesquisadores em tempo integral, o que representa mais de dois terços dos recursos humanos que se ocupam de ciência na América do Sul, sendo ainda o único país da região a investir um pouco mais de 1% do Produto Interno Bruto em ciência (NOORDEN, 2014).

Nunca é demais lembrar que no Brasil, assim como em outros países da América Latina e, diferentemente de países como os Estados Unidos da América, Inglaterra e Alemanha, a maior parte da pesquisa é “principalmente acadêmica, e ocorre em determinados departamentos e instituições dentro de universidades que são quase sempre voltadas à formação profissional, e com vínculos fracos com a economia e a sociedade em geral” (SCHWARTZMAN, 2008: p. 20).

De toda forma e apesar dos percalços e dificuldades, pode-se afirmar que em pouco mais de 60 anos o país foi bem sucedido na criação de um ambiente onde a ciência não está totalmente fora da agenda nacional, fato que pode ser adensado se for lembrado que 60 anos atrás o país recebia alimentos doados pelos Estados Unidos.

Não seria exagerado afirmar que nestes mesmos 60 anos o CNPq teve um papel importantíssimo para o desenvolvimento da C&T nacionais e, desde seu início, a comunidade científica brasileira esteve presente nessa trajetória, como será visto na próxima seção.

## 2.2 O CNPq E A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE CIENTÍFICA BRASILEIRA

Focalizando o CNPq entre as instituições que se ocupam de ciência, tecnologia e pesquisa no Brasil, pode-se afirmar em primeiro lugar que este nasceu com objetivos voltados para as questões de segurança nacional e da energia nuclear, decorrente do assombro ocasionado pelas explosões atômicas que finalizaram a Segunda Guerra Mundial.

Em segundo lugar, outra característica marcante do Conselho é a participação da comunidade científica nacional nos processos decisórios sobre a alocação de recursos e até mesmo sobre rumos do CNPq; já que é sabido que a comunidade científica nacional quase sempre defendeu o Conselho e não permitiu que ele fosse definitivamente extinto nas contínuas crises políticas e econômicas do país. De toda forma, já é bastante conhecida a trajetória sócio histórica que levou à criação do CNPq e da qual se fará um breve resumo.

Após muitas discussões que se arrastavam no âmbito político nacional desde 1930, finalmente foi fundado em 15 de janeiro de 1951, através da Lei n.º 1.310, o “Conselho Nacional de Pesquisas”. Em 1974 a denominação seria alterada para “Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico”, permanecendo a tradicional sigla CNPq.

Em sentido mais lato, a fundação do CNPq simboliza o relacionamento entre uma incipiente comunidade científica brasileira – mais precisamente a Academia Brasileira de Ciências (ABC), que, ao observar experiências bem sucedidas em países desenvolvidos em relação ao apoio institucional à ciência, uniu-se a setores militares preocupados com a questão nuclear e a segurança nacional, para criar um órgão responsável pela condução dos assuntos em C&T no país.

A lei de criação estabelecia dois tipos de atuação ao CNPq: 1) a capacitação científica e tecnológica nacional por meio da promoção e do desenvolvimento da investigação científica e tecnológica, com a concessão de recursos para pesquisa, formação de pesquisadores e técnicos, cooperação com universidades brasileiras e intercâmbio com instituições estrangeiras; 2) o Conselho também cuidaria de todas as atividades referentes ao manejo de materiais radioativos e ao aproveitamento da energia atômica no país.

É interessante notar que desde o princípio a comunidade científica participaria do processo decisório no CNPq, já que própria lei N.º 1.310 estabelecia a Academia Brasileira de Ciências como órgão consultivo do Conselho. Além disso, o Presidente da República escolhia e nomeava o Presidente e o Vice-Presidente,

“assim como 5 dos 23 membros do Conselho Deliberativo, órgão superior da instituição. Este conselho era constituído por expoentes da comunidade científica e representantes de Ministérios e das forças armadas; da primeira conformação, 9 pertenciam à Academia Brasileira de Ciências (...). O CNPq surge já com a preocupação de assegurar a liberdade do cientista; no seu primeiro relatório de atividades, em 1951, afirma-se que ‘o próprio texto da lei e do regulamento (...) são garantia suficiente de que não haverá restrição da liberdade de pesquisa científica’”. (DAVYT, 2000: p. 75).

No segundo governo Vargas (1951-1954), período marcado por intensas pressões políticas internas e externas, o CNPq viria a perder a prerrogativa sobre os materiais radioativos no território brasileiro, fato que causou um esvaziamento precoce nos desígnios do Conselho e que levou consigo o primeiro presidente do CNPq, o almirante Álvaro Alberto.

Sobre esse episódio, Motoyama e Garcia (1996, p. 81) relatam a atuação dos Estados Unidos sobre o governo brasileiro para que fossem alteradas as normas de controle e acesso aos materiais de natureza radiativa do solo e subsolo do território nacional, consideradas muito restritivas pelos americanos. Os autores apontam inclusive que a maior arma utilizada pelos estadunidenses para obter o relaxamento das regras foi um empréstimo na escala de alguns milhões de dólares.

Visto em retrospecto, se por um lado a perda da prerrogativa na questão nuclear aponta para um esvaziamento político sofrido pelo CNPq logo em seu início, por outro, a mudança de foco pode ter proporcionado uma maior atenção do Conselho às demais áreas científicas e

tecnológicas, principalmente nas áreas básicas da ciência, fato que levou a uma maior integração com a comunidade científica, que já naquele momento saiu em defesa do CNPq.

De fato, desde o início do CNPq a comunidade científica participava do processo decisório sobre concessão de bolsas de estudos e recursos para projetos de pesquisa. Nos anos iniciais do CNPq, as propostas eram apresentadas à presidência do Conselho, que as enviava para

“estudos em comissões técnicas especializadas – criadas no seu interior ainda antes do CNPq ter aprovado seu regulamento interno, com caráter permanente ou provisório e devendo ser integradas por, no mínimo, três conselheiros-, que relatavam suas recomendações no Plenário. Antes disso, os processos eram examinados pelos diretores dos setores de pesquisa criados para tais efeitos, que eram especialistas renomados que trabalhavam na Divisão Técnico-Científica (DTC), existindo assim uma interação importante entre o Conselho e seu órgão subordinado. (DAVYT, 2000, p. 76)

Por questões próprias do desenvolvimento contraditório da instituição, onde deve sempre ser considerada a complexidade brasileira, cada vez mais a comunidade científica passou a ocupar um lugar cativo no CNPq, efetuando uma tarefa de suma importância, que é a definição do mérito técnico-científico para a alocação de recursos em projetos e concessão de bolsas de estudo. Por outro lado, essa mesma comunidade foi distanciada de outro componente das políticas de C&T, que é a prospecção e o planejamento, momentos em que se definem os rumos dessa mesma C&T.

De maneira esquemática, pode-se visualizar a trajetória do CNPq no século XX em três momentos diferentes. O primeiro momento será aqui denominado como a “criação”, que vai de 1951 até por volta de 1963, onde o Conselho passou a existir oriundo das ideias sobre a guerra e segurança nacional, aliadas à pressão de uma comunidade científica que tinha a bandeira da ciência como motor do progresso. Nesse período inicial, o CNPq já passaria por uma crise, ocasionada pela retirada de sua atuação sobre a questão da energia nuclear, como visto anteriormente.

O segundo momento, que aqui se denomina como “limbo,” e vai de 1963 até por volta de 1973, quando a instituição permaneceu em crise, talvez como um reflexo da própria falta de rumos da sociedade brasileira, representada nas mais diversas e profundas crises políticas e econômicas que teve seu triste apogeu no estabelecimento do regime militar.

Ao final deste período, ainda sob o governo militar, passa-se para o período do planejamento em C&T como uma das políticas de desenvolvimento nacional. Inicia-se dessa reforma, o terceiro momento do CNPq que é o de reestruturação a partir de 1974 e que segue até o final dos governos militares. Foi por essa época, meados dos anos 1970 que seriam gestadas as possibilidades de formalização dos Comitês Assessores, processo que será analisado na próxima seção.

## 2.3 A FORMALIZAÇÃO DOS COMITÊS ASSESSORES NO CNPq

A Lei N.º 6.129, de 6 de novembro de 1974, foi a que resumiu toda a reestruturação do sistema nacional de ciência e, por conseguinte, influenciou readequação da estrutura do CNPq, que viria a ter um papel central nessa nova configuração.

O Conselho foi alocado diretamente na poderosa Secretaria de Planejamento da Presidência da República e passou a ser o responsável pela coordenação do Sistema Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (SNDCT), estabelecido em janeiro de 1975 (DAVYT, 2000: p. 88).

No âmbito do CNPq, o Conselho Deliberativo foi dividido em duas instâncias: o Conselho Científico e Tecnológico (CCT) e a Consultoria Científica (CCI, 1976), que tinha como função primordial a indicação dos nomes dos pesquisadores que compunham os CAs, bem como a definição de áreas e subáreas sob a alçada de um determinado CA. Surge então a figura do Comitê Assessor:

“A consolidação da participação dos cientistas no nível de ‘implementação’ da avaliação ocorreu através da constituição de Comitê Assessores (CAs) por área disciplinar de conhecimento, formalizando assim as antigas comissões de especialistas que colaboravam com o Departamento Técnico-Científico. Esses comitês, institucionalizados em 1976, em número de quinze naquele momento, eram os responsáveis pelas diretrizes principais da ação de fomento e os critérios para a distribuição de recursos, bem como pela avaliação do desempenho dessas ações de fomento. Eram em média, de cinco a seis membros, com mandato de dois anos, com possibilidade de uma recondução. (DAVYT, 2000: p. 91).

Por essa época, além de orientar as ações de fomento do CNPq, através do julgamento dos pedidos de bolsas e auxílios, os CAs eram responsáveis também pela elaboração periódica dos documentos de *Avaliação & Perspectivas*, onde eram indicadas as prioridades concernentes ao desenvolvimento científico, para áreas e subáreas do conhecimento.

Em 1980 foi introduzida uma etapa intermediária na avaliação das propostas submetidas ao CNPq, a consultoria ad hoc, papel também delegado aos pesquisadores bolsistas do CNPq que é até hoje mais uma forma de participação da comunidade na alocação de recursos para pesquisa (CAGNIN e SILVA, 1987: pp. 11-12).

CAGNIN (2013) aponta os seguintes números para a expansão dos CAs no CNPq:

**Quadro 1**  
**Evolução do número de Comitês de Assessoramento no CNPq**

Ano	Nº CAs
1976	16
1986	27
1996	31
2006	40
2014	50

Os atuais 50 comitês de assessoramento são divididos por 8 grandes áreas de conhecimento: Ciências Agrárias, Ciências Exatas e da Terra, Engenharias, Ciências Biológicas, Ciências Humanas, Ciências da Saúde, Ciências Sociais Aplicadas, Linguística, Letras e Artes, totalizando mais de 300 pesquisadores responsáveis por indicar ao CNPq quais propostas têm mérito técnico-científico e devem ser apoiadas. A evolução desses números demonstra que, mais uma vez, apesar das crises recorrentes, houve uma notória expansão do campo científico no país.

Os cientistas e pesquisadores brasileiros participam ainda de várias outras instâncias no Conselho, conforme descrição disponível no portal do CNPq na *internet*:

- Comissão de Assessoramento Técnico-Científico (CATC): Formada por 15 integrantes, distribuídos entre três diretores técnicos do CNPq, três representantes da comunidade científica e tecnológica e nove coordenadores de comitês de assessoramento, a CATC é um órgão colegiado criado para auxiliar científica e tecnologicamente a Diretoria Executiva (DEX) e o Conselho Deliberativo (CD).
- Núcleo de Assessores em Tecnologia e Inovação (Nati): É um banco de pesquisadores, os quais são convocados para assessorar o CNPq em suas ações relacionadas com tecnologia e inovação. Essa assessoria poderá se dar na consulta individual ou em grupo sobre um determinado assunto ou tema, bem como na emissão de pareceres ou, especialmente, na formação de comitês avaliadores, quando do julgamento de chamadas, sobretudo as referentes a bolsas DT e as financiadas pelos Fundos Setoriais.
- Consultores Ad Hoc: São especialistas de alto nível, responsáveis por analisar o mérito científico e a viabilidade técnica dos projetos de pesquisa e das solicitações de bolsas enviadas ao CNPq. Em sua maioria, são bolsistas de Produtividade em Pesquisa que, para o desempenho dessa atividade, são escolhidos pela Diretoria Executiva do CNPq.

A rápida história e descrição desses números e instâncias no CNPq demonstram que de fato o Conselho, desde seu início, sempre buscou delegar aos cientistas, pesquisadores e especialistas nas várias áreas de conhecimento, boa parte da responsabilidade sobre a determinação do mérito técnico-científico das propostas submetidas. Na sequência, busca-se delinear quando a Saúde Coletiva passou a ter um comitê específico.

#### 2.4 A GRANDE ÁREA DA SAÚDE E A CRIAÇÃO DO COMITÊ DE ASSESSORAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

No início das atividades do CNPq em 1951, optou-se por organizar as áreas de conhecimento em dois abrangentes ramos, chamadas então de “setores”, que incluíam (CAGNIN e SILVA, 1987: p. 15):

- Ciências de natureza físico-matemática, puras ou aplicadas, compreendendo, os campos da física, matemática, química, geologia e tecnologia;
- Ciências de natureza biológica, puras ou aplicadas, abrangendo os campos da biologia, medicina e agricultura.

Houve uma ampliação de setores em 1952, que subiu para o número de sete: agronomia, biologia e ciências médicas, física (incluída a astronomia), química, matemática, ciências da terra, (geociências) e tecnologia (engenharias). Em 1964 foi incorporado o setor de veterinária e em 1966 o de Ciências Sociais.

Já em 1976 se configuraram no CNPq os cinco principais grandes ramos das ciências: Ciências Exatas e Naturais, Ciências das Engenharias, Ciências Agrárias, Ciências da Saúde e Ciências Humanas e Sociais. Não menos importante, no âmbito administrativo do CNPq,

“As coordenações incorporavam as respectivas áreas afins do conhecimento. Para um determinado conjunto de áreas, atrelou-se então, um Comitê Assessor (CA) específico (RN-01/76, de 05 de março de 1976), cujo número foi sendo ampliado, paulatinamente, no decorrer do tempo”. (CAGNIN e SILVA, 1987: p. 15).

Um parêntese importante, nesse mesmo ano, 1976, surge o que pode ser considerado a bolsa de Produtividade em Pesquisa, que não tinha ainda essa denominação:

“as antigas modalidades de bolsas de pesquisa foram substituídas por três níveis, hierarquicamente atribuídos a pesquisadores, tendo como base a sua titulação, produção científica e efeito multiplicador, sob a forma de orientação, quer em nível de iniciação científica, quer em nível de pós-graduação. Em ordem decrescente, os níveis foram denominados de I, II e III, e estes, por sua vez, foram desdobrados em três subníveis, designados de A, B e C. Com a implementação dessa nova medida, o CNPq passou a exigir o título ou nível de mestre para a categoria III; de doutor para a categoria II, reservando a categoria I para os líderes de grupos de pesquisa ou chefes de equipes. (CAGNIN e SILVA, 1987: p. 17).

Retornando o foco para a área da saúde, um servidor do CNPq atualmente aposentado e que acompanhou de muito perto toda essa história<sup>1</sup>, relata que:

“Os Comitês de Assessoramento (essa denominação passou a vigorar em 1999; antes, eram Comitês Assessores) foram instituídos em 1976, na vigência do Conselho Científico e Tecnológico (CCT), que, em 1976, com a transformação do CNPq em fundação e a mudança de nome, substituiu o Antigo Conselho Deliberativo (CD). O CCT foi extinto em 1985, quando ocorreu a recriação do Conselho Deliberativo. Em 1976 eram 15 CAs ao todo, dos quais cinco nas áreas de Ciências da Vida (CV) e apenas um nas de Ciências da Saúde, compreendendo Farmacologia, Terapêutica e Medicina Experimental - era o CA-CL. Ao longo do tempo, as mudanças foram muitas e seguidas. Em 1978, eram oito em Ciências da Vida e mais dois na Saúde: o CL, agora com Terapêutica e Medicina Experimental; o FF, com Farmacologia, Farmácia e Patologia, e o MP, com Clínica, Saúde Pública e Nutrição. Em 1980, o número de CAs nessa

<sup>1</sup> Depoimento por correio eletrônico, em 18 de junho de 2014.

grande área (Ciências da Vida) foi reduzido para cinco e toda a saúde foi fundida em apenas um, o MP, incorporando o FF e a área de Medicina Clínica. O CL é extinto, para ressurgir em 1981, compreendendo Patologia, Medicina Experimental e Odontologia. O MP passa a ter a Medicina Preventiva, Nutrição e Saúde Pública e assim continua até 1995, *quando é acrescido de Doenças Endêmicas, que tinha surgido em 1987 como um CA independente*. Essa formação perdura até 2003, quando surge o CA-SN, com Saúde Coletiva e Nutrição”. (grifos do autor).

Toda essa evolução na composição e denominação dos CAs é melhor demonstrada pelos dados CAGNIN e SILVA (1987, p. 16), que fornecem o seguinte quadro de CAs da grande área de Ciências da Saúde em 1985:

**Quadro 2**  
**Distribuição de Comitês de Assessoramento da grande Área Ciências da Saúde em 1985**

Grande Área	Comitê	Área do Conhecimento
<b>Ciências da Saúde</b>	BF	Bioquímica, biofísica, fisiologia e farmacologia
	BM	Morfologia, microbiologia, parasitologia e imunologia
	CL	Medicina, Odontologia, enfermagem, educação física, fisioterapia, fonoaudiologia e farmácia
	MP	Saúde pública, Medicina Preventiva e Nutrição
	GE	Genética
	DE	Doenças Endêmicas

Verifica-se então que apesar da área de Saúde existir no CNPq já em 1952, o Comitê Assessor de Saúde Coletiva tem seu embrião provavelmente no ano de 1976, quando da expansão de setores que incluiu a grande área de “Ciências da Saúde”.

Conforme o relato do servidor do CNPq, em 1978 passa a existir o CA-MP, que compreendia as áreas de Medicina (clínica médica), Saúde Pública e Nutrição. Após vários rearranjos, em 1985 tem-se no CNPq um CA-MP que incluía alguma das “raízes” da Saúde Coletiva: Saúde Pública e Medicina e, posteriormente, as “Doenças Endêmicas” (interessante notar que já havia também a Nutrição no mesmo Comitê).

O CA-MP mantinha essa denominação e composição de subáreas ainda em 1995, como se percebe na ata da 75ª Reunião do CD, com data de 16 de fevereiro de 1995, onde é feita referência ao “CA-MP, Doenças Endêmicas, Saúde Pública, Medicina Preventiva e Nutrição”.

Foi somente na 123ª Reunião, com data de 12/12/2002, que a atual denominação “Comitê de Assessoramento de Saúde Coletiva e Nutrição” (CA-SN), foi aprovada pelo Conselho Deliberativo do CNPq, atendendo a uma

“reiterada solicitação da comunidade da área e com base no Relatório da Oficina de Trabalho Revisão de Áreas Temáticas da Saúde Coletiva, foi aprovada a

proposta de alteração, encaminhada pela diretora Albanita Viana de Oliveira, do nome do Comitê de Assessoramento de Doenças Endêmicas, Medicina Preventiva, Nutrição e Saúde Coletiva (CA-MP) para Comitê de Assessoramento de Saúde Coletiva e Nutrição (CA-SN)".

Por trás dessa aparentemente simples alteração da denominação, residia a necessidade constatada pela comunidade científica da área, de atualizar e melhor demarcar no CNPq o campo da Saúde Coletiva, inclusive no que se refere à sua cientificidade.

Observa-se que se em 1979 a ABRASCO já colocara em campo a expressão "Saúde Coletiva", de significado mais complexo do que "Saúde Pública" ou "Medicina Preventiva", esse entendimento só se materializaria no CNPq 35 anos após a criação da ABRASCO e 23 anos após a criação do CA-MP, e ainda de forma incompleta.

De todo modo, não se pode esquecer que se viveu boa parte desse período sob o regime militar. Portanto, o aspecto "social" da Saúde Coletiva talvez não fosse muito bem visto para os dirigentes de então. Por outro lado, a Saúde Coletiva foi marcada na década de 1980 por uma intensa luta política pela reforma do sistema de saúde no Brasil, no que foram bem sucedidos, como já visto. Tais características podem ter retardado uma possível maior influência da comunidade científica de Saúde Coletiva no seu próprio Comitê no CNPq.

De toda forma, por volta do ano de 2004 o desejo da ABRASCO e, portanto, da comunidade, era de alterar e atualizar as denominações das subáreas da Saúde Coletiva disponíveis no sistema do CNPq, com a justificativa de que "a comunidade tem tido dificuldades no enquadramento de seus projetos nas subáreas e a falta de explicitação do conteúdo do campo tem dificultado a atuação dos Comitês Assessores" (CNPq, 2004).

Em carta dirigida à presidência do CNPq, a ABRASCO sugeriu as seguintes subáreas para compor a Saúde Coletiva: Epidemiologia, Ciências Humanas e Sociais Aplicadas à Saúde e Sistemas de Saúde e Gestão dos Serviços de Saúde.

Apesar das denominações resumirem perfeitamente os principais componentes da Saúde Coletiva, à época o CNPq alegou dificuldades técnicas, devido ao fato de que:

"Esta subárea/denominação [Ciências Sociais e Humanas Aplicadas à Saúde] reuniria atividades de pesquisa referentes a diversas disciplinas, ou seja, a outras áreas do conhecimento que, além de não se restringirem ao campo da Saúde, estão, na organização atual, subditas a diferentes Comitês Assessores deste CNPq. Ou seja, a designação não obedece à lógica disciplinar ora vigente". (CNPq, 2004).

Até o presente momento, permanecem inalteradas na Plataforma Carlos Chagas as subáreas da Saúde Coletiva: Epidemiologia, Medicina Preventiva e Saúde Pública.

De toda forma, obviamente a Saúde Coletiva permanece alocada na grande área de Ciências da Saúde. Com dados de 2010, Freire (2011) descreveu as grandes áreas de

conhecimento e os bolsistas de Produtividade em Pesquisa do CNPq, o que fornece uma boa localização da Saúde Coletiva na grande área de Ciências da Saúde:

**Quadro 3**  
**Bolsistas de Produtividade em Pesquisa do CNPq, por área de conhecimento**

Grande Área	Área do Conhecimento	Nº bolsistas PQ	% na grande área
Ciências da Saúde	Medicina	499	35,5
	Saúde Coletiva	193	13,7
	Odontologia	183	13,0
	Farmácia	147	10,5
	Enfermagem	144	10,2
	Educação Física	72	5,1
	Nutrição	70	5,0
	Fisioterapia e Terapia Educacional	51	3,6
	Fonoaudiologia	46	3,3
	Total/percentual sobre o total	1405	10,7

O percentual sobre o total na grande área se refere às 1.405 bolsas PQ que Freire localizou em 2010 e significa dizer que naquele momento a grande área de Ciências da Saúde acumulava 10,7% de todas as bolsas de Produtividade em Pesquisa do CNPq, sendo que a Saúde Coletiva respondia por 13,7% das bolsas PQ na grande área.

Apenas para uma breve comparação, a grande área com o maior percentual de bolsistas PQ no CNPq (22,1%) é aquela composta pelas Ciências Exatas e da Terra, seguida pelas Ciências Biológicas (16,1%). Já a Grande Área de Linguística, Letras e Artes é a de menor percentual, com 3,7% de bolsistas PQ (FREIRE, 2011: pp. 31-33).

Outra constatação que salta aos olhos é que desde 2010 foram acrescentadas somente 6 bolsas ao universo da Saúde Coletiva, todas no nível 2, já que os dados de 2014 (discutidos no próximo capítulo) apontam que existem atualmente 199 bolsas de Produtividade em Pesquisa na área de conhecimento em discussão e, destas, 3 são bolsa Sênior (SR).

No que concerne à organização interna do CNPq, a grande área de Ciências da Saúde está alocada na Coordenação Geral do Programa de Pesquisa em Saúde (CGSAU), subordinada à Diretoria de Ciências Agrárias, Biológicas e da Saúde (DABS). Na CGSAU existem duas coordenações técnicas: a Coordenação do Programa de Pesquisa em Biociências (COBIO) e a Coordenação do Programa de Pesquisa em Saúde (COSAU), onde se encontra alocado o Comitê de Assessoramento de Saúde Coletiva e Nutrição.

Por sua vez, o Comitê de Assessoramento de Saúde Coletiva é composto atualmente por um pesquisador nível 1A da Universidade Federal de Pelotas, da área de Epidemiologia; um pesquisador nível 1B da Universidade Federal do Maranhão, da área de Epidemiologia; uma

pesquisadora nível 1B da Universidade de São Paulo, da área de Saúde Pública e uma Pesquisadora nível 1A da FIOCRUZ/RJ, da área de Saúde Pública<sup>2</sup>.

Por fim, sabe-se que os nomes que compõem os CAs são determinados pelo Conselho Deliberativo do CNPq, após consulta à comunidade científica e tecnológica de cada área:

“Ainda que o convite para integrar o Comitê seja formal e finalmente feito pelo Presidente do CNPq, existe uma fase prévia, de ampla e periódica consulta à comunidade científica. Isto é, a cada dois anos são consultados todos os pesquisadores de nível I do Programa de Bolsas de Produtividade em Pesquisa do CNPq, as sociedades científicas e tecnológicas de âmbito nacional e associações civis de âmbito nacional com atuação na área tecnológica. Eles devem propor nomes de pesquisadores de reconhecida competência, da categoria I do CNPq – ou qualificação equivalente – nas diversas áreas de interesse. A partir dessa listagem de nomes sugeridos, o Conselho Deliberativo escolhe os assessores, realizando ajustes, buscando equilibrar a composição de cada comitê segundo critérios regionais, institucionais e de subespecialidades. (DAVYT, 2001: p. 102).

Reunidos todos esses elementos, é possível finalizar este capítulo, onde se pretendeu demonstrar que desde o início da história do CNPq, a comunidade científica brasileira teve e tem um papel muito importante na definição do mérito técnico científico que resulta na alocação dos recursos para a pesquisa científica no país, principalmente por meio dos Comitês de Assessoramento. De fato, para Guimarães (1994, p. 66), o CNPq é, entre as federais, a agência com maior envolvimento de cientistas em seus processos decisórios.

Além disso, a comunidade científica nacional está também representada no CNPq por meio dos vários presidentes, diretores e coordenadores técnicos que compuseram e compõem os quadros administrativos do Conselho no decorrer dos anos, para não citar a participação de cientistas no Conselho Deliberativo, instância máxima do órgão.

Contudo, se por um lado quando os cientistas participam das várias instâncias decisórias do CNPq “têm a oportunidade ímpar de fazer valer sua autoridade e de exercitar seu poder de decisão” (PAVAN, 1987), o mesmo parece não ocorrer no que se refere à definição de prioridades de pesquisa, à prospecção e ao planejamento para o desenvolvimento da própria área, como se verá no próximo capítulo.

---

<sup>2</sup> A informação sobre a área de atuação foi obtida junto ao atual processo vigente de bolsa PQ, onde cada bolsista indica a área de conhecimento do projeto.

### **3 ENTRE CRITÉRIOS, CONTEXTOS E DEMANDAS: REFLEXOS DO TRABALHO DO COMITÊ DE ASSESSORAMENTO DE SAÚDE COLETIVA.**

Neste capítulo pretende-se construir um quadro panorâmico dos pesquisadores da Saúde Coletiva que atualmente detêm a bolsa de Produtividade em Pesquisa (PQ) do CNPq. Isto se deve ao fato que, para esse estudo, essa modalidade de bolsa distingue quem faz ciência no Brasil e em alguma medida garante que seu detentor é um pesquisador de excelência, com influência nos destinos da área.

O contraponto será feito a partir da análise dos resultados do Edital Universal 2013. O objetivo será verificar se as condicionantes históricas do desenvolvimento da Saúde Coletiva são fatores que atualmente impedem a expansão da área para outras regiões do país ou à formação de novos quadros especializados capazes de propagar conhecimento de alto nível.

Espera-se que as informações oriundas da análise dos dados da bolsa PQ, juntamente com o perfil da Pós-Graduação na área e do resultado do último Edital Universal do CNPq, demonstrem que o Comitê Assessor ainda tem um papel muito importante para a definição dos rumos do campo de saber.

#### **3.1 A AVALIAÇÃO NA CIÊNCIA**

Os cientistas estão habituados a serem avaliados, já que tal procedimento faz parte da própria maneira de se fazer ciência no Ocidente:

“A avaliação é mais que uma ação cotidiana na ciência; ela é parte integrante do processo de construção do conhecimento científico. É através da avaliação – seja de artigos para publicação, seja do currículo de um pesquisador para contratação, seja de um projeto de pesquisa submetido para financiamento, seja de outras várias situações e atores – que se definem os rumos, tanto do próprio conteúdo da ciência quanto das instituições a ela vinculadas. Diante disso, não surpreende que a avaliação da atividade científica tenha surgido com a própria ciência”. (DAVYT e VELHO, 2000).

Nesse ambiente impera uma forma de avaliação feita pelos próprios pares, que pode ser entendida como:

“um método organizado para avaliar o trabalho científico, usado pelos cientistas para garantir que os procedimentos estejam corretos, estabelecer a plausibilidade dos resultados e distribuir recursos escassos – como espaços em revistas, fundos de pesquisa, reconhecimento e reputação, mantendo-se dentro dos limites da comunidade científica: os ‘colegas’ são os cientistas capazes de conhecer o estado da arte no campo e dar um parecer sobre a qualidade do objeto avaliado. O julgamento é realizado pelos pares profissionais dos solicitantes, a partir de critérios de avaliação determinados internamente pela própria comunidade científica. A representatividade desses pares não é definida genericamente pelas suas articulações com outras instâncias de participação social, mas por critérios arbitrados pela própria comunidade em termos da excelência de sua produção científica e de sua formação acadêmica (DAVYT e VELHO 2000).

De maneira geral, pode-se afirmar que a avaliação por pares impera como o procedimento de avaliação mais utilizado também quando o objetivo é o financiamento por agências e institutos públicos. Este procedimento “originou-se nas agências de fomento e estabeleceu uma relação da comunidade científica com os organismos do Estado. Estes necessitavam do aconselhamento de cientistas reconhecidos para a nova atividade de alocar recursos para a ciência” (DAVYT e VELHO, 2000). Dessa maneira, supõe-se que o investimento público na ciência de qualidade, mais cedo ou mais tarde, retorna à sociedade, bastando garantir que seja apoiada a ciência de qualidade, que, circularmente, só pode ser identificada pelos próprios cientistas.

Esse modelo de avaliação para o financiamento de pesquisas científicas nasceu nos Estados Unidos e foi adotado por quase todos os países em desenvolvimento que optaram por ter uma política de C&T como estratégia de desenvolvimento:

Os Conselhos de Pesquisa (...) eram responsáveis pela coordenação dos então chamados sistemas nacionais de ciência e tecnologia e, ao mesmo tempo, pelos arranjos institucionais para o financiamento da pesquisa. A participação de cientistas nos altos cargos desses organismos, unida à pequena representatividade de outros setores da sociedade no caso latino-americano, possibilitou que a comunidade acadêmica tivesse papel destacado nas políticas implementadas. Assim, os organismos constituídos ‘têm a cara’ da comunidade, que lhes imprime a sua concepção de ciência, a sua lógica de vinculação entre ciência e desenvolvimento e, acima de tudo, a legitimidade do mérito científico como critério para alocação de recursos (DAVYT e VELHO, 2000).

Não obstante, no CNPq o trabalho de um Comitê de Assessoramento é balizado pela Resolução Normativa (RN) 009/2012. Mais especificamente, a natureza e a função dos CAs são descritas no Capítulo II. Já o Artigo 12 estabelece as competências dos Comitês de Assessoramento:

Art. 12 - Compete aos Comitês de Assessoramento:

- a) participar do processo de planejamento, avaliação, acompanhamento, e análise das ações relativas às áreas do conhecimento em que atuam;
- b) contribuir para a formulação de programas e planos de desenvolvimento científico e tecnológico;
- c) recomendar à Diretoria Executiva, ações de fomento em sua área de atuação e
- d) analisar as solicitações de bolsas e auxílios, elegendo critérios específicos de julgamento e emitindo parecer fundamentado quanto a seu mérito científico e técnico e a sua adequação orçamentária e recomendando ou não sua concessão, que é atribuição da Diretoria Executiva.

§ 1º - Os pareceres devem ser claros e consistentes, indicando os motivos da recomendação ou não da concessão de bolsa ou auxílio.

§ 2º - Em nenhuma hipótese, o Comitê poderá apresentar justificativas que não sejam de mérito na recomendação de concessão ou não de um benefício.

Art. 13 - Na avaliação das demandas, os Comitês de Assessoramento deverão ter em conta uma visão estratégica da área, incentivando as pesquisas que representem novos avanços da ciência, bem como as subáreas ou linhas de pesquisa que não estão bem desenvolvidas no país, mas são relevantes para o desenvolvimento científico de sua área.

Art. 14 - No desempenho de suas funções, os CA(s) deverão atuar sempre como organismo colegiado e em articulação permanente, mesmo no espaço virtual.

Art. 15 - Cada CA elegerá um Coordenador, cujo mandato será de um ano, permitida uma recondução.

Art. 16 - Caberá ao Coordenador do CA:

- a) supervisionar, com auxílio dos membros do CA e da área técnica, a designação dos consultores ad hoc para cada demanda;
- b) acompanhar os pareceres dos consultores ad hoc, verificando se são consistentes, a fim de avaliar a conveniência da continuidade do pesquisador como parecerista ou solicitar outros pareceres ou justificativas para opiniões emitidas por um dado consultor;
- c) presidir as reuniões do Comitê;
- d) assegurar que os pareceres finais do Comitê sejam claros e consistentes;
- e) solicitar aos membros do CA o atendimento às solicitações da COPAR e do CMA, e
- f) enviar ao CD um documento de área, elaborado pelo CA respectivo, que conterá uma análise dos problemas encontrados no funcionamento do comitê, sugestões para o aperfeiçoamento do trabalho e recomendações de ações de fomento e apoio do CNPq em sua área de atuação.

Art. 17 - Cabe ao pesquisador indicar no formulário de propostas qual Comitê deverá analisar a sua solicitação. Essa escolha não poderá ser modificada exceto se for comprovado erro atestado pelo interessado.

§ Único - É vedado a qualquer Comitê recusar-se a analisar e a emitir parecer de mérito numa demanda que lhe tenha sido encaminhada na forma do parágrafo anterior.

Art. 18 - Os CA(s) reunir-se-ão periodicamente para tratar dos assuntos atinentes aos Comitês.

§ 1º - O calendário das reuniões será publicado pela Diretoria Executiva, de preferência até o dia 31 de janeiro de cada ano.

§ 2º - As Coordenações de Área comunicarão, com antecedência de quinze dias, aos membros dos CA(s) a pauta detalhada de trabalho.

§ 3º - Ouvido seu Coordenador, um CA ou parte dele poderá ser convocado extraordinariamente pelo Diretor da área respectiva, sempre que isso se fizer necessário.

Art. 19 - Ao final de cada reunião, os CA(s) farão relatório em que se historiem as recomendações feitas durante o trabalho, sugestões para melhoria do trabalho e avaliação da qualidade dos pareceres ad hoc.

Art. 20 - Cada CA deverá preparar, em função da especificidade de cada área do conhecimento e das subáreas que integram o Comitê, critérios para avaliação das demandas dos diferentes programas do CNPq.

§ 1º - Esses critérios deverão ser formulados de maneira clara e explícita e dizer respeito tão somente ao mérito científico-tecnológico do pesquisador e da solicitação.

§ 2º - Os critérios devem ser qualitativos, admitindo-se, no entanto, que subsidiariamente, se utilizem critérios quantitativos.

§ 3º - Esses critérios deverão ser publicados na página do CNPq e deverão ser revistos anualmente, à exceção para as bolsas de Produtividade em Pesquisa e de Produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora, cuja revisão dos critérios será feita a cada três anos.

§ 4º - No julgamento das demandas, o Comitê não deve usar critérios distintos daqueles que foram divulgados.

Art. 21 - Os membros dos CA(s) deverão participar integralmente de cada reunião.

§ 1º - No caso de isso não ser possível, em razão de motivo justificado, deverá ser convocado seu suplente.

§ 2º - O titular deverá comunicar sua ausência, quando previsível, com pelo menos um mês de antecedência.

Art. 22 - Perderão o mandato os membros dos CA(s) que, no período de um ano, sem justificativa formal, faltarem a duas reuniões ou não participarem de duas reuniões inteiras ou que, no mesmo período, tiverem três faltas, mesmo que

justificadas, ou não participarem, mesmo que justificadamente, de três reuniões inteiras.

Art. 23 - Desde que necessário, poderão ser convocados um ou mais suplentes, por sugestão da Coordenação Técnica ao Diretor da área, ouvido o Coordenador do CA.

Art. 24 - A Diretoria da área organizará com cada CA o modo como se fará a indicação dos consultores ad hoc.

Art. 25 - Das recomendações dos CA(s) aprovadas pela Diretoria Executiva caberá pedido de reconsideração à Comissão Permanente de Análise de Recursos (COPAR), segundo Instrução de Serviço que regulamenta a sistemática de avaliação de recursos.

Art. 26 - Os recursos contra decisões dos CA(s), devidamente fundamentados, serão examinados pela COPAR e encaminhados à Diretoria Executiva para decisão ou à Comissão de Assessoramento Científico-Tecnológico - CATC, quando, a juízo da COPAR, transcenderem de sua competência de análise.

§ 1º - A CATC julgará, no prazo de 90 dias, com base em pareceres adicionais de consultores ad hoc, se necessário, os recursos que lhe forem enviados pela COPAR.

§ 2º - Se a CATC acolher o recurso, a bolsa ou auxílio terá vigência retroativa a partir da data em que deveria ter sido implantado.

§ 3º - Quando a CATC acolher recurso contra decisão relativa a não concessão de bolsa de produtividade, esta será deduzida da respectiva quota a ser atribuída à Área na avaliação seguinte.

Art. 27 - É vedado aos membros dos CA(s):

- a) julgar processos em que haja conflito de interesses;
- b) divulgar, antes do anúncio oficial do CNPq, os resultados de qualquer julgamento;
- c) fazer cópia de processos;
- d) discriminar áreas ou linhas de pensamento;
- e) não levar em conta, sem razão justificada, nas suas recomendações, os pareceres dos assessores ad hoc;
- f) desvirtuar o significado do conteúdo dos pareceres dos assessores ad hoc;
- g) emitir parecer em recurso contra decisão sua, e
- h) comportar-se como representante de uma instituição ou de uma região.

Como se vê, a RN busca regular o trabalho do CA, estipulando, entre outras coisas, a necessidade de prospecção para o desenvolvimento da área. Observa-se também que não foram esquecidas as questões sobre a concentração regional.

Outro ponto de suma importância é dado no Artigo 20, que estipula que cada CA deverá “preparar, em função da especificidade de cada área do conhecimento e das subáreas que integram o Comitê, critérios para avaliação das demandas dos diferentes programas do CNPq”. É estipulado ainda que (§ 2º) “Os critérios devem ser qualitativos, admitindo-se, no entanto, que subsidiariamente, se utilizem critérios quantitativos”. Os critérios devem ainda ser publicados na página do CNPq na internet.

Dessa forma, estão disponíveis para a consulta pública no portal do CNPq na internet os critérios utilizados pelo CA-SN:

“Elegibilidade – pesquisadores com atuação na área (publicação, orientação, participação em eventos) e:

PQ-2.

- ter pelo menos 3 anos de doutoramento;
- ter concluído a orientação de pelo menos um aluno de pós-graduação (MA ou DR) como orientador principal nos últimos cinco anos;
- ter publicado pelo menos 10 trabalhos científicos nos últimos 5 anos;

- estar em atividade de orientação em PG PQ-1
- ter pelo menos 8 anos de doutoramento;
- ter concluído pelo menos 10 orientações de pós-graduação como orientador principal nos últimos dez anos. Para pesquisadores ligados a programas com doutorado, pelo menos duas dessas orientações devem ser em nível de doutorado, desde que o programa de pós graduação em que está inserido o pesquisador tenha nível doutorado há tempo suficiente para alcançar este critério;
- ter publicado pelo menos 30 trabalhos científicos nos últimos 10 anos;
- estar em atividade de orientação em PG.

Análise comparativa PQ-2:

Serão levadas em conta a produção e as atividades dos últimos 5 anos.

Avaliação quantitativa da produção científica: serão considerados apenas os artigos publicados em periódicos A1, A2, B1 e B2 do Qualis da Capes da Saúde Coletiva ou Nutrição, assim como livros completos (equivalentes a 2 produtos), capítulos de livro e organização de livros (organização e capítulos de uma mesma obra serão considerados até o máximo de 2 produtos). Em relação aos livros, serão considerados apenas as publicações de editoras universitárias estrito senso e similares, ou de editoras privadas com reconhecida publicação acadêmica. Artigos publicados em suplementos, pela mesma lógica utilizada para coletâneas, serão considerados com limite de dois por fascículo.

Avaliação qualitativa da produção científica e da atuação na área: somente serão analisados os pedidos dos candidatos cujo projeto for considerado “Bom, Médio ou Regular” na revisão por pares.

O projeto de pesquisa deverá incluir seção inicial com no máximo 1.500 palavras contendo, relativos aos últimos cinco anos:

1. Breve apresentação de suas linhas de pesquisa;
2. Lista dos cinco produtos mais importantes de sua autoria nos últimos 5 anos (incluindo artigos, livros, capítulos e produtos técnicos, como aplicativos, material audiovisual, etc.). Para cada produto, apresentar: justificativa da escolha; relevância para a área de Saúde Coletiva/Nutrição; participação do pesquisador na sua elaboração;
3. Participação em corpo editorial de revistas científicas; editoras acadêmicas; direção de sociedades acadêmicas de abrangência nacional ou internacional; comitês das agências de fomento estaduais ou nacionais;
4. Participação em projetos de pesquisa com financiamento de agências de fomento locais, nacionais ou internacionais;
5. Participação em outras atividades científicas relevantes, nacional ou internacional, não mencionadas anteriormente.

A avaliação destes documentos, tanto pelos pareceristas ad-hoc quanto pelo comitê assessor, deverá contemplar os seguintes itens:

- Coerência do conjunto;
- Relevância científica e/ou tecnológica de cada item;
- Originalidade da produção;
- Repercussão da produção para a área;
- Potencial de cooperação.

Os pareceristas ad-hoc deverão atribuir conceito Excelente, Bom, Médio, Regular ou Fraco ao conjunto total do projeto, e fornecendo justificativa sumária para o conceito.

Compilação da avaliação final: a avaliação final dos candidatos será feita considerando-se a produção em termos quantitativos e o documento da avaliação qualitativa, e as bolsas disponíveis serão distribuídas segundo a ordem de classificação na avaliação final. Essa avaliação será feita separadamente para as diversas subáreas do comitê, levando-se em conta suas especificidades. Análise comparativa PQ-1: serão levadas em conta a produção e as atividades dos últimos 10 anos.

Avaliação quantitativa da produção científica: serão considerados apenas os artigos publicados em periódicos A1, A2, B1 e B2 do Qualis da Capes da Saúde Coletiva ou Nutrição, assim como livros completos (equivalentes a 2 produtos),

capítulos de livro e organização de livros (organização e capítulos de uma mesma obra serão considerados até o máximo de 2 produtos). Em relação aos livros, serão consideradas apenas as publicações de editoras universitárias estrito senso e similares ou de editoras privadas com reconhecida publicação acadêmica. Artigos publicados em suplementos, pela mesma lógica utilizada para coletâneas, serão considerados com limite de dois por fascículo.

Avaliação qualitativa da produção científica e da atuação na área: somente serão analisados os pedidos dos candidatos cujo projeto for considerado “Bom, Médio ou Regular” na revisão por pares.

O projeto de pesquisa deverá incluir seção inicial com no máximo 1.500 palavras contendo, relativos aos últimos dez anos:

1. Breve apresentação de suas linhas de pesquisa;
2. Os cinco produtos mais importantes de sua autoria (incluindo artigos, livros, capítulos e produtos técnicos, como aplicativos, material audiovisual, etc.). Para cada produto, apresentar: justificativa da escolha; relevância para a área de Saúde Coletiva/Nutrição; participação do pesquisador na sua elaboração;
3. Participação em corpo editorial de revistas científicas; editoras acadêmicas; direção de sociedades acadêmicas de abrangência nacional ou internacional; e em comitês das agências de fomento estaduais ou nacionais;
4. As três orientações concluídas mais importantes, levando em conta a temática, as publicações etc;
5. Coordenação de projetos de pesquisa financiados por agências de fomento locais, nacionais ou internacionais;
6. Participação em outras atividades científicas relevantes, nacional ou internacional, não mencionadas anteriormente.
7. A avaliação destes documentos, tanto pelos pareceristas ad-hoc quanto pelo comitê assessor, deverá contemplar os seguintes itens:

- coerência do conjunto;
- relevância científica e/ou tecnológica de cada item;
- originalidade da produção;
- repercussão da produção para a área;
- liderança do pesquisador;
- potencial de cooperação.

Os pareceristas ad-hoc deverão atribuir conceito Excelente, Bom, Médio, Regular ou Fraco ao conjunto total do projeto, e fornecendo justificativa sumária para o conceito.

Compilação da avaliação final: a avaliação final dos candidatos será feita considerando-se a produção em termos quantitativos e o documento da avaliação qualitativa, e as bolsas disponíveis serão distribuídas segundo a ordem de classificação na avaliação final. Essa avaliação será feita separadamente para as diversas subáreas do comitê, levando-se em conta suas especificidades”.

Fica evidente que para redigir os critérios de elegibilidade para bolsa PQ, o CA-SN baseou-se na normativa que rege os CAs no CNPq, assim como na própria norma de bolsa PQ. Portanto, os critérios utilizados pelo CA-SN têm que seguir, por força das normas, um padrão que serve para todas as outras áreas de conhecimento no CNPq. Este fato tem uma grande implicação para a área de Saúde Coletiva, que, como já visto, é caracterizada por uma forte interdisciplinaridade onde convivem as ciências médicas, epidemiológicas, biológicas e sociais.

Analisadas as normas e conhecidos os critérios de julgamentos, pode-se agora passar para os resultados práticos dos julgamentos empreendidos pelo CA-SN na modalidade Produtividade em Pesquisa 2013 e na chamada Edital Universal 2013, com o objetivo de retratar quais os rumos que a área está tomando, a partir das decisões do CA.

### 3.2 PRODUTIVIDADE EM PESQUISA

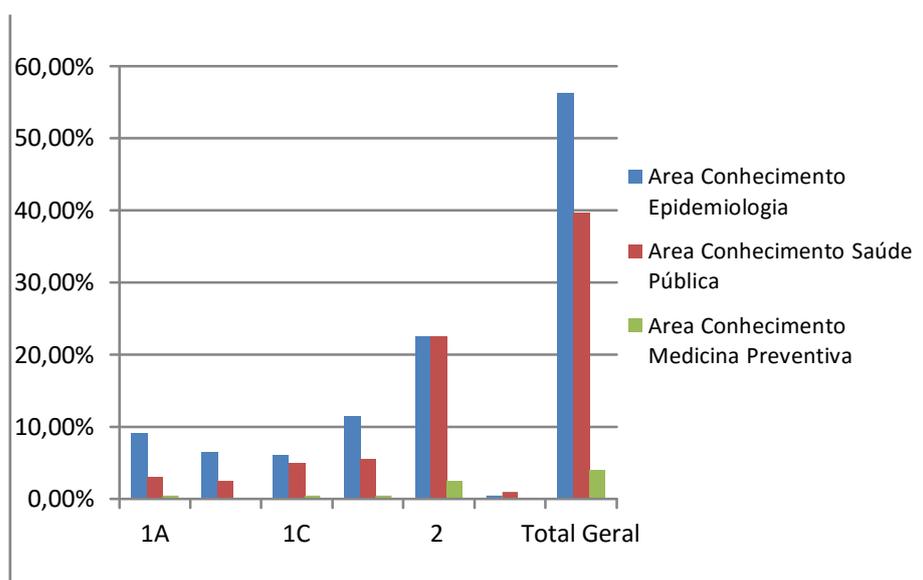
No ano de 2014, existem 199 bolsistas de produtividade em pesquisa na área de Saúde Coletiva, divididos nos seguintes níveis:

**Tabela 4**  
**Distribuição dos bolsistas de Produtividade em Pesquisa por nível/categoria**

Categoria/Nível	Total	%
1A	25	12,56
1B	18	9,05
1C	23	11,56
1D	35	17,59
2	95	47,74
SR	3	1,51
<b>Total Geral</b>	<b>199</b>	<b>100</b>

A distribuição entre os níveis segue a recomendação do CNPq de uma base maior no nível 2 e o topo da pirâmide no nível 1A. Os desequilíbrios surgem quando se verifica a distribuição por nível e subárea:

**GRÁFICO 1**  
**PARTICIPAÇÃO DA SUBÁREA POR NÍVEL CATEGORIA DE BOLSA**



O gráfico indica uma maior porcentagem da subárea Epidemiologia em todos os níveis de bolsa de produtividade. Note-se ainda que os dados brutos foram retirados dos processos atualmente vigentes; ou seja, a informação sobre a subárea de conhecimento do projeto foi fornecida pelo próprio beneficiário da bolsa, ao preencher o formulário de propostas da Plataforma Carlos Chagas.

Outro dado que chama atenção se refere à concentração das bolsas, em todos os níveis, na região Sudeste:

**Tabela 5**  
**Distribuição regional das bolsas de Produtividade em Pesquisa na área de Saúde Coletiva**

<b>Categoria/Nível</b>	<b>SUL</b>	<b>SUDESTE</b>	<b>NORDESTE</b>	<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>NORTE</b>	<b>Total Geral</b>
<b>1A</b>	6	17	2			25
<b>1B</b>	1	14	3			18
<b>1C</b>	2	14	5	2		23
<b>1D</b>	4	24	5	1	1	35
<b>2</b>	18	64	11	2		95
<b>SR</b>		3				3
<b>Total Geral</b>	31	136	26	5	1	199

Em termos mais claros, a região Norte possui um único bolsista PQ no nível 1D, que desenvolve suas atividades no Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, unidade da Fundação Oswaldo Cruz no Amazonas. Considerando um dos critérios estabelecidos pela norma de bolsa PQ, que estipula que independentemente da área do conhecimento o CA deverá considerar a formação de recursos humanos em nível de Pós-Graduação, a situação da região Norte é agravada pela constatação da existência de um único curso de mestrado em Saúde Coletiva, no estado do Acre (CAPES, 2013: p: 5).

Ao agruparem-se os dados dos bolsistas em uma única sigla de instituição, por exemplo: as diversas unidades da FIOCRUZ ou da USP somente como FIOCRUZ e USP, nota-se a concentração de bolsistas em determinadas instituições relacionadas às origens da Saúde Coletiva no Brasil:

**Tabela 6**  
**Distribuição de bolsistas PQ por aglomerado institucional**

<b>Sigla Inst.</b>	<b>1A</b>	<b>1B</b>	<b>1C</b>	<b>1D</b>	<b>2</b>	<b>SR</b>	<b>Total Geral</b>
<b>FIOCRUZ</b>	10	5	5	7	19	1	47
<b>USP</b>	4	4	4	9	15	1	37
<b>UFBA</b>	2	1	4	2	3	-	12
<b>UERJ</b>	-	2	3	3	4	-	12
<b>UFPEL</b>	4	1	1	-	4	-	10
<b>UFMG</b>	-	2	2	2	4	-	10
<b>UFRJ</b>	1	-	-	2	6	-	9
<b>UFSC</b>	-	-	1	1	4	-	6
<b>UFRGS</b>	2				3		5
<b>UNIFESP</b>		1			2		3
<b>UCPEL</b>				1	2		3
<b>FCMSCSP</b>				1	2		3
<b>IMIP</b>					3		3
<b>UFES</b>				1	2		3

<b>UFJF</b>					2		2
<b>Cont.</b>							
<b>UFOP</b>					2		2
<b>UNIFOR</b>					2		2
<b>UFC</b>				1	1		2
<b>UFPE</b>	1			1			2
<b>UFG</b>			1				1
<b>UNISINOS</b>				1			1
<b>UFMT</b>			1				1
<b>UFMA</b>	1						1
<b>UNB</b>				1			1
<b>IEP-SCBH</b>	1						1
<b>UFGD</b>					1		1
<b>UEL</b>					1		1
<b>UFV</b>					1		1
<b>UNESP</b>					1		1
<b>CEDEC</b>						1	1
<b>UFPR</b>					1		1
<b>ULBRA</b>					1		1
<b>UEFS</b>					1		1
<b>UNEMAT</b>					1		1
<b>Total Geral</b>	25	18	23	35	95	3	199

Observa-se ainda que os maiores níveis de bolsa PQ encontram-se localizados nas instituições FIOCRUZ, USP, UFBA, UERJ e UFPEL. É compreensível que seja dessa forma, já que tais centros destacam-se devido à participação histórica na criação da Saúde Coletiva enquanto campo de saber no Brasil.

Já a UFPEL destaca-se devido ao forte Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, que é o primeiro da área de Saúde Coletiva, no Brasil, a receber a nota máxima (7) na avaliação trienal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC), e a mantém até hoje.

Tal quadro de concentração regional e institucional das bolsas PQ na área de Saúde Coletiva é agravado pela atual dinâmica de oferecimento deste tipo de bolsa no CNPq, que estabelece, de maneira tácita (já que não se encontra amparo nas normativas relacionadas), que a ascensão a um determinado nível de bolsa só é possível com o rebaixamento ou exclusão do sistema de outro bolsista. Por exemplo, para que um bolsista nível 2 evolua para o nível 1D ou 1C, é necessário que outro bolsista seja rebaixado ou excluído do sistema, por questões de baixa produtividade ou porque não apresentou nova solicitação no tempo devido.

Esta situação de engessamento no perfil dos bolsistas de Produtividade em Pesquisa é agravada pela ausência de oferta de novas cotas, mesmo no nível 2. Para ilustrar tal situação, avalie-se a demanda de bolsa PQ apresentada no ano de 2013 na área de Saúde Coletiva.

Nesta demanda, foram submetidas 170 propostas, da seguinte forma:

**Tabela 7**  
**Distribuição da demanda de bolsas de Produtividade em Pesquisa em 2013**

Subárea	Nº propostas	Recomendadas CA-SN	Aprovadas Diretoria CNPq
<b>Epidemiologia</b>	70	41	33
<b>Medicina Preventiva</b>	9	03	1
<b>Saúde Pública</b>	91	45	38
<b>Total</b>	170	89	72

Ou seja, mesmo tendo produzido uma lista de apenas 17 solicitações em segunda prioridade, que são aquelas propostas com mérito reconhecido mas que não encontram cota disponível, a Diretoria do CNPq não pôde atender nenhuma destas prioridades. Nesse caso, o trabalho do CA-SN se resumiu a ratificar os bolsistas que já estavam no sistema.

Pode-se deduzir que é por meio do Edital Universal do CNPq que o CA-SN tenta reestabelecer o equilíbrio entre as subáreas, ao mesmo tempo em que procura diversificar e incentivar os pesquisadores da Saúde Coletiva, conforme a análise de dados que se segue.

### 3.3 EDITAL UNIVERSAL 2013

O Edital Universal é um dos mais tradicionais instrumentos de fomento do CNPq. É dividido em três faixas de financiamento: faixa A até 30 mil reais; faixa B, até 60 mil reais e faixa C, até 120 mil reais. Como não exige que o proponente seja bolsista de Produtividade para que possa concorrer, é considerada uma porta de acesso não tão exígua para os pesquisadores em início de carreira, por exemplo.

Além disso, o texto do Edital estabelece que, havendo mérito, 30% das propostas aprovadas devem ser oriundas das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, obrigatoriamente.

A demanda de 2013 analisada pelo CA-SN foi composta por 256 propostas, divididas da seguinte forma:

**Tabela 8**  
**DEMANDA EDITAL UNIVERSAL 2013 ÁREA DE SAÚDE COLETIVA**

<b>FAIXA A - ATÉ R\$30.000,00</b>			
SUBÁREA	SOLICITADO	RECOMENDADO CA-SN	APROVADO DIRETORIA
Adm. Hospitalar	01	0	0
Epidemiologia	33	16	11
Medicina Preventiva	08	01	0
Saúde Pública	76	30	14
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>47</b>	<b>25</b>
<b>FAIXA B – ATÉ R\$60.000,00</b>			
SUBÁREA	SOLICITADO	RECOMENDADO CA-SN	APROVADO DIRETORIA
Epidemiologia	24	12	07
Medicina Preventiva	04	0	0
Saúde Pública	38	20	07

Total	66	32	14
<b>FAIXA C – ATÉ R\$120.000,00</b>			
SUBÁREA	SOLICITADO	RECOMENDADO CA-SN	APROVADO DIRETORIA
Epidemiologia	19	10	06
Medicina Preventiva	03	01	01
Saúde Pública	50	17	11
Total	72	28	18
<b>Total das 3 faixas</b>	<b>256</b>	<b>107</b>	<b>57</b>

Ao se analisar somente as propostas aprovadas pela Diretoria do CNPq, indicando ainda quantos dos selecionados possuem bolsa PQ, verifica-se que o CA-SN empreende uma tentativa de equilíbrio entre as subáreas, cedendo oportunidades aos pesquisadores da Saúde Coletiva que não contam com a bolsa de Produtividade em Pesquisa:

**Tabela 9**  
**Propostas aprovadas por faixa/subárea contendo ou não bolsa PQ**

<b>FAIXA A</b>							
Subárea	Aprovados	1A	1B	1C	1D	2	Sem Bolsa
Epidemiologia	11	-	-	-	-	-	11
Saúde Pública	14	-	-	-	-	-	14
<b>FAIXA B</b>							
Subárea	Aprovados	1A	1B	1C	1D	2	Sem Bolsa
Epidemiologia	7	-	-	-	-	3	4
Saúde Pública	7	-	-	-	-	4	3
<b>FAIXA C</b>							
Subárea	Aprovados	1A	1B	1C	1D	2	Sem Bolsa
Epidemiologia	06	-	2	-	2	-	2
Medicina Preventiva	01	-	-	-	-	-	1
Saúde Pública	11	-	-	-	02	-	09

Dessa forma, é possível deduzir que o CA-SN e, posteriormente, a Diretoria de Ciências Agrárias, Biológicas e da Saúde procuram reestabelecer, por meio do Edital Universal, um maior equilíbrio entre as subáreas da Saúde Coletiva, quando prioriza um maior número de propostas da Saúde Pública, assim como pesquisadores sem bolsa de Produtividade em Pesquisa.

Cabe ressaltar que o sistema de submissão de propostas do CNPq, a Plataforma Carlos Chagas, não oferece a subárea de Ciência Social em Saúde”. Dessa forma, é muito provável que as propostas oriundas das Ciências Sociais em Saúde estejam incluídas na subárea de Saúde Pública.

Nota-se ainda que na faixa A, de menor valor e mais apropriada aos pesquisadores iniciantes, é vedada a participação de bolsistas PQ, o que pode ser entendido como uma clara tentativa de renovar o elenco de estudiosos que em futuro próximo terão condições de concorrer na seleção de Produtividade em Pesquisa.

De todo modo, a norma que regula o funcionamento dos CAs estabelece que estes devem lavrar ata ao final de cada reunião, de modo a deixar registro das atividades realizadas, assim como esclarecer sobre os critérios utilizados e as intercorrências dignas de nota.

No caso do julgamento de bolsa de Produtividade em Pesquisa 2013, o CA-SN manifestou-se da seguinte forma:

“A análise foi realizada por meio da Plataforma Carlos Chagas. O comitê organizou-se em grupos: Saúde Pública (incluindo Medicina Preventiva e Administração Hospitalar) e Epidemiologia. O CA adotou os critérios definidos e disponíveis no portal do CNPq para avaliar o mérito das solicitações. Vale ressaltar que prevaleceu o critério do ano de 2011, pois os novos critérios vigentes da área de Saúde Coletiva e Nutrição não foram publicados no site do CNPq até o início da reunião e, por este motivo, não foram considerados para o presente julgamento.

Os julgamentos basearam-se nas pontuações obtidas pela análise das informações de produção científica e formação de recursos humanos em pesquisa disponíveis em formato eletrônico na Plataforma Lattes. Na formação de pesquisadores foram consideradas as orientações de mestrado e doutorado concluídas, bem como supervisão de pós-doutorado na área de Saúde Coletiva. O Comitê trabalhou com os dados de produção disponibilizados pelo CNPq. Para cada proponente foram calculados os totais gerais de produtos (artigos em periódicos A1 a B2, livros e capítulos), sempre considerando o Qualis da CAPES da área Saúde Coletiva (Saúde Pública/Medicina Preventiva e Epidemiologia) e os totais de orientações concluídas (mestrado, doutorado e pós-doutorado).

Além da consideração destes indicadores quantitativos, procurou-se examinar qualitativamente a liderança do pesquisador e seu potencial de inovação e inserção efetiva no campo da Saúde Coletiva e Nutrição. O Comitê avaliou a adequação e importância da produção científica dos proponentes para as subáreas específicas tal como definidas pelo Comitê. A análise computou a produção dos últimos cinco anos para as bolsas nível 2 e dos últimos dez anos para as bolsas nível 1. Os pareceres *ad hoc* referentes aos projetos, produção e formação de recursos humanos também foram considerados na análise. No presente julgamento, destacamos a qualidade de muitos pareceres enviados e sua importante contribuição para o trabalho do comitê, o que reforça a proposta de avaliar tais pareceres no sentido de valorizar sua importância e qualidade.

Os proponentes foram ordenados por meio de comparação com seus pares em cada subárea. Alguns proponentes foram excluídos por não se enquadrarem nos requisitos mínimos segundo os critérios definidos e disponíveis no portal do CNPq.

O CNPq não disponibilizou novas Bolsas de Produtividade para esta seleção, tendo em vista a indisponibilidade de recursos decorrente dos investimentos quando da reclassificação de bolsistas PQ realizada neste ano em abril de 2013. A quantidade de bolsas disponíveis nesta Reunião de Julgamento para o Comitê de Saúde Coletiva e Nutrição (CA-SN) corresponde ao número de bolsas que se encerram em 28/02/2014” (CNPq, 2013c).

Apesar do esforço do CA-SN em considerar o aspecto qualitativo do perfil dos pesquisadores submetidos à avaliação de bolsa PQ, nota-se que é preponderante o quesito da produção científica registrada no elenco Qualis da CAPES. Como se viu rapidamente no capítulo 1, trata-se de critério que gera um sério debate na área. O assunto será discutido com maior atenção na próxima seção.

Ainda em relação à bolsa PQ, em 2013 o CNPq convocou todos os CAs para realizarem, em Brasília, uma grande avaliação sobre essa modalidade de bolsa e sobre o perfil dos bolsistas de cada área de conhecimento que conta com um CA exclusivo. Nessa oportunidade, o CA-SN redigiu uma ata que bem resume sua visão sobre a atual situação do

elenco de pesquisadores de Produtividade em Pesquisa na área de Saúde Coletiva, que é transcrita em sua quase totalidade para que não se perca o sentido da comunicação:

#### “Introdução

A reunião foi precedida por um seminário coordenado pela presidência do CNPq, apresentando propostas de reorientação de processos avaliativos no âmbito da Instituição. O sentido geral dessas propostas é diversificar os indicadores de avaliação, incorporando indicadores qualitativos e rompendo com o paradigma tradicional meramente quantitativista. Essa reorientação começa apenas a ser delineada, sendo previstas novas reuniões prevendo seu detalhamento e aperfeiçoamento. O CA parabeniza essa iniciativa que atende a antiga demanda da Saúde Coletiva e Nutrição, tornada evidente a cada novo julgamento. Apoiamos o desenvolvimento dessa iniciativa estratégica e nos propomos a engajarmo-nos ativamente nesse processo. Entendemos que a plena implementação das diretrizes sinalizadas pela presidência do CNPq é fundamental para o desenvolvimento futuro da Ciência e Tecnologia no país, para torna-la efetivamente inovadora e interdisciplinar.

Acreditamos que um aspecto fundamental dessa reorientação é uma definição mais clara do impacto desejado para essa política, especialmente no sentido atribuído à bolsa de pesquisa: *o que se deseja contemplar é o reconhecimento de uma carreira ou o incentivo à produção e inovação correntes?* (grifo do autor).

#### Método

Após o seminário, no segundo dia de reunião, à tarde, realizamos um trabalho preparatório para o processo de avaliação propriamente dito. O CNPq havia distribuído previamente uma planilha com um conjunto de indicadores gerados a partir do Lattes, que serviu de base ao Trabalho. O CA se dividiu em três sub-grupos, examinando, respectivamente, os pesquisadores das áreas de Epidemiologia, Saúde Pública/Medicina Preventiva. Os indicadores comparativos foram calculados para esses subgrupos e cada uma das faixas de bolsas. O Comitê analisou alguns pesquisadores auto identificados como Saúde Pública no grupo da Epidemiologia, tendo em vista a natureza de sua produção. Os indicadores utilizados foram:

- (a) a razão entre produção total (artigos, capítulos e livros) e a mediana da área;
- (b) a razão de artigos como primeiro ou último autor em relação ao total da produção e
- (c) a razão de artigos em revistas A1, A2 ou B1 em relação ao total da produção.

A formação de recursos humanos na PG foi avaliada em função do atendimento aos requisitos mínimos dos níveis 1 (10 orientações, sendo no mínimo uma de doutorado, nos últimos 10 anos) e 2 (no mínimo uma orientação nos últimos 5 anos). Adicionalmente como critério de qualificação do desempenho foi utilizado o índice H Scopus calculado. Foi calculada ainda a razão entre a produção total nos últimos dez anos, transformada em variável binária, indicando se a tendência foi de aumento ou não da produção ao longo do tempo. Finalmente, sempre sinalizado pelos indicadores, foi feita uma análise do Lattes de pesquisadores individuais.

(...) Com base num indicador composto, calculado pela média dos indicadores a, b e c anteriormente descritos, os pesquisadores foram ranqueados dentro de cada classe e área. O exame dos pesquisadores ranqueados foi complementado pelos indicadores adicionais e, em alguns casos, consulta ao Lattes.

#### Resultados.

A avaliação geral mostrou que a distribuição dos bolsistas por nível e área é no geral adequada. Em alguns casos identificamos pesquisadores com desempenho incompatível com seu nível atual. Nessas situações, propusemos correção por meio da promoção de alguns pesquisadores. Adicionalmente sinalizamos para vários pesquisadores a necessidade atenção para seu desempenho, quando esse se sobressai negativamente em comparação com seus pares, em termos de nível e área (23 na Saúde Pública/Medicina Prventiva, 24 na Epidemiologia e 18 na Nutrição).

(...) Identificamos ainda alguns pesquisadores com inserção precária na área de Saúde Coletiva, sendo duvidosa a adequação da concessão de bolsa de

pesquisador por essa área a quem desenvolve sua atuação prioritariamente em outras áreas. Mesmo considerando a interdisciplinabilidade como valor, tendo em vista que a distribuição de bolsa contempla quotas por área, nos parece fundamental priorizar a produção que contribui significativamente para o próprio campo.

Na área de Saúde Coletiva com preocupação a presença de pesquisadores 1A que não têm indicadores compatíveis com esse nível. Em que pese a inegável contribuição desses pesquisadores para a ciência brasileira mesmo no presente e sua indiscutível liderança, é questionável se o mecanismo mais adequado para mostrar esse reconhecimento seria uma bolsa de **produtividade**. Isso tem contribuído para um congestionamento que impede que outros pesquisadores, igualmente relevantes e com produção corrente competitiva, ascendam ao nível que lhes seria adequado em função da determinação da presidência do CNPq de que os pesquisadores 1A sejam no máximo 10% do total de bolsas. O CA entende que a direção do CNPq deveria encontrar outros mecanismos para o reconhecimento institucional de pesquisadores ilustres, ao mesmo tempo desimpedindo o caminho de progressão para o topo da carreira.

Propostas

O programa de Bolsas de Produtividade em Pesquisa é claramente uma política bem-sucedida, devendo ser ampliada, tanto no número de bolsas quanto na revisão dos valores das mesmas, estagnadas há uma década. Dadas as dificuldades de expansão do financiamento do programa, a possibilidade da criação de uma categoria de bolsas canceladas pelo CNPq mesmo que não tenham bolsa deveria ser considerada.

Nos parece que a categoria de bolsista sênior não atingiu os objetivos para os quais foi formulada, tendo adquirido mesmo uma conotação negativa. Isso é evidenciado pela baixíssima adesão (apenas 3 bolsistas) em nossa área, mesmo havendo um número bem maior de pesquisadores elegíveis. Sugerimos que o CNPq reveja a terminologia, propondo a adoção da denominação **emérito**, definida como progressão do nível 1A, com a possibilidade de indicação pelo CA para essa posição.

Propomos também a redução do número de categorias de bolsa para apenas três: uma correspondente às atuais 1A e 1B, outra agregando os atuais 1C e 1D e finalmente mantendo-se a atual 2. Evidentemente isso implica na necessidade de reavaliação do percentual máximo de pesquisadores no último nível.

Para que possamos utilizar adequadamente os indicadores disponibilizados na presente reunião no futuro, seria importante uma readequação de alguns dos mesmos; seria necessário o quantitativo geral de artigos com primeira, segunda ou última autoria, bem como uma média geral de autores por artigo em geral, e não apenas os do JCR<sup>3</sup>.

Parece-nos fundamental ter em todas as avaliações os indicadores do conjunto da área, e não apenas os dos candidatos do ano em questão, o que permite um melhor monitoramento dos candidatos em relação à área.

Vemos com muita satisfação a sinalização de adoção de indicadores qualitativos, como, por exemplo, a solicitação aos proponentes de elencarem os três principais produtos de sua autoria com relação à solicitação efetuada. Propomos a extensão dessa lógica a outros indicadores qualitativos, que poderiam ser descritos de forma narrativa em item adicional da proposta de projeto, contemplando:

- editoria e editoria associada de revistas;
- organização de eventos;
- palestras e conferências qualificadas;
- atividades de gestão científica e acadêmica;
- coordenação de projetos e redes de pesquisa;
- financiamentos captados;

---

<sup>3</sup> JCR é a sigla para Journal Citation Report, uma publicação semestral da empresa Thomson Reuters que permite verificar os periódicos e artigos mais citados em determinada área, assim como a relevância da publicação para a comunidade científica, por meio do fator de impacto.

- participação em processos avaliativos institucionais (PIBIC, Comitês CAPES, CNPq, FAPs e congêneres);
- produção de software;
- Patentes;
- Orientação de iniciação científica.

Os candidatos a bolsa deveriam ainda produzir texto sintético descrevendo sua(s) linha(s) de pesquisa.

Para que se possa validar, caso necessário, alguns dos itens acima, é fundamental o preenchimento adequado dos Lattes; a desatenção histórica com certos itens levou a uma baixa qualidade do seu preenchimento, especialmente no item produção técnica. (CNPq, 2013a).

O documento demonstra que o CA-SN está ciente do atual impasse da Saúde Coletiva dentro do CNPq, refletido a partir do perfil dos bolsistas de Produtividade em Pesquisa. Essa situação é bem resumida na pergunta que o CA dirige ao CNPq: o que se deseja contemplar é o reconhecimento de uma carreira ou o incentivo à produção e inovação correntes?

Considerando que o bolsista de produtividade carrega consigo todo o aparato para o desenvolvimento de sua área de conhecimento, a resposta, ainda a ser obtida, tem implicação direta para o futuro da Saúde Coletiva.

Sobre o Edital Universal, a ata de reunião emitida pelo CA-SN não faz indicação sobre a utilização de critérios específicos, resumindo-se a informar que

“O CA-SN baseou o julgamento a partir das determinações da Chamada Universal – MCTI/CNPq Nº 14/2013, nas instruções aos Comitês encaminhadas pela Diretoria do CNPq e, ainda, nos pareceres dos consultores *ad hoc*. (...) Vários projetos continham em seus orçamentos solicitação de recursos financeiros para tradução/revisão e publicação de artigos científicos. Estas solicitações não foram aceitas, mas consideramos que o CNPq deva discutir linhas de financiamento para este fim. O CNPq poderia estabelecer convênio com algumas grandes editoras de modo a baratear o custo das publicações. A relação dos projetos recomendados e ranqueados por prioridade procurou respeitar os valores disponíveis ao CA-SN e informados pelo CNPq, e a determinação de direcionamento de pelos menos 30% dos recursos para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste”. (CNPq, 2013b).

A ata também relata as dificuldades de divisão de recursos entre as duas áreas que compõe o CA-SN: Saúde Coletiva e Nutrição. No julgamento em questão, a situação teve que ser definida pela Diretoria do CNPq, já que não houve acordo entre os representantes das duas áreas de conhecimento, fato que comprova que a coexistência de duas áreas de alguma forma distintas, no mesmo comitê, é um adicional de dificuldade ao trabalho do CA.

Por fim, o CA-SN observa que “o atendimento da demanda qualificada ficou situado em torno de apenas 53 a 55%, continuando a ocorrer a situação de baixo atendimento da demanda qualificada, situação incompatível com um país que almeja o progresso científico e tecnológico. Há clara necessidade de se ampliar o financiamento para o edital universal” (CNPq b).

No caso do Edital Universal, o resultado final é influenciado pela Diretoria do CNPq, já que na planilha de Deliberação Final, que define os projetos efetivamente aprovados e que é

assinada pelo Diretor, verifica-se que o CA recomendou projetos de bolsistas de Produtividade em Pesquisa que não foram aprovados pela Diretoria que deu prioridade para não bolsistas.

Tratando mais especificamente sobre os critérios utilizados pelo CA-SN, observa-se a predominância da questão da produção científica materializada em artigos científicos publicados em periódicos do elenco Qualis da CAPES. Mesmo quando se trata do edital universal, onde não haveria essa obrigatoriedade, é de se supor que o CA observe se o proponente possui alguma produção nesse sentido.

Esse critério de avaliação baseado na produção de artigos tem um efeito maior sobre a área, que é a preponderância de epidemiologistas nos resultados das avaliações do CA-SN. Isso ocorre porque a epidemiologia melhor se adequa ao modelo das ciências “*hard*” (Química, Física, Biologia, Medicina etc.), onde a produção e a publicação de artigos em determinados periódicos conceituados tem um peso muito grande no curriculum do pesquisador, situação traduzida na expressão “fator de impacto”. Quanto maior o fator de impacto das publicações de determinado pesquisador, maiores as chances deste nos vários certames a que se submete em busca de financiamento para suas pesquisas.

Em favor do modelo, argumenta-se que a concentração da produção intelectual em periódicos Qualis internacional garante ampla visibilidade para a produção científica nacional (Barata, 2008: p. 198).

Por outro lado, o problema desse modelo é que diminui o espaço para os autores oriundos das Ciências Sociais e Humanas em interface com a Saúde e aí reside boa parte das críticas e reclamações da comunidade ao CNPq e talvez ao próprio CA-SN.

Exposta a intrincada dinâmica do trabalho do CA-SN, traduzida nos resultados dos seus julgamentos, assim como os efeitos para a área de conhecimento, é hora de saber como se manifesta a comunidade que é afetada pelos procedimentos do CA-SN. Para tanto, na próxima seção será realçado o debate que já há algum tempo ocorre no seio da comunidade de pesquisadores em Saúde Coletiva.

#### 3.4 DOS CRITÉRIOS ÀS DEMANDAS: EXPRESSÕES DA COMUNIDADE DE SAÚDE COLETIVA SOBRE OS PROCESSOS DE AVALIAÇÃO DA ÁREA

Como não poderia deixar de ser, o debate sobre os processos avaliativos utilizados na Saúde Coletiva enquanto campo de saber é travado principalmente nos periódicos especializados mais utilizados pela comunidade, tais como: Ciência e Saúde Coletiva, Physis Revista de Saúde Coletiva, Cadernos de Saúde Pública, História, Ciência, Saúde, Manguinhos, Interface, entre outros.

O debate se dá em torno tanto dos processos avaliativos utilizados na CAPES quanto no CNPq, agências com distintas missões e que utilizam diferentes métodos de avaliação, mas que são as principais instâncias de interlocução da comunidade com o aparato estatal de C&T.

Como exemplo inicial, cita-se o Boletim ABRASCO de dezembro de 2005 que, relatando as atividades do III Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, enfatizou a contribuição das Ciências Sociais e Humanas, que

“(…) se fez desde o momento inaugural e tornou-se parte fundamental e estruturante desse campo ao longo dos anos. A história de práticas e políticas públicas em geral e, especialmente, em saúde; as dimensões sociais e antropológicas do processo saúde-doença e das práticas de atenção à saúde; a crítica filosófica de conceitos e pressupostos; a análise da formulação das políticas; as dimensões econômicas da atenção à saúde foram e são dimensões fundantes e fundamentais da Saúde Coletiva. Essa área nasceu e cresceu no Brasil, lendo Marx, Durkheim, Weber, Canguilhem, Lévi-Strauss, Foucault e Bourdieu, entre outros.

(…) Contudo, os procedimentos de avaliação da produção científico-acadêmica por parte das agências oficiais não contemplam adequadamente a especificidade da forma de gerar saber nessa subárea. Os ritmos de produção são diversos, a autoria isolada é mais frequente e o diálogo com os clássicos é parte importante da produção acadêmica. Sendo assim, os critérios de avaliação de pesquisadores e programas de pós-graduação em Saúde Coletiva devem, obrigatoriamente, considerar a diversidade de situações existentes na área. Vemos, com preocupação que, apesar de inegáveis progressos, como a incorporação de produção de livros e capítulos de livro às avaliações, ainda enfrentamos obstáculos consideráveis. A concessão de bolsas de Produtividade em Pesquisa, por exemplo, não contempla pesquisadores das áreas de Ciências Sociais e Humanas na mesma proporção que estes representam no campo da Saúde Coletiva. Isso se reflete na sub-representação desse segmento nos diversos comitês de avaliação, ao mesmo tempo em que é causado por ela (…).” (ABRASCO, 2005a: p.8).

Ainda no campo institucional e 5 anos depois do citado Boletim ABRASCO, o Fórum de Coordenadores de Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva emitiu nota diretamente à Presidência do CNPq, ressaltando que o expressivo crescimento da produção científica brasileira em Saúde Coletiva não se refletia

“(…) na proporção de bolsas de produtividade em pesquisa destinadas à área pelo CNPq. Este ano tivemos mais de uma centena de novas solicitações, contra menos de uma dezena de novas bolsas; embora não tenhamos indicadores mais recentes, nem específicos para a Saúde Coletiva, dados do próprio CNPq indicavam que em 2008, havia uma bolsa para cada 12,12 doutores na grande área da Saúde. Nas Ciências Biológicas esse número era de 1 bolsa para 6,55 doutores, nas Engenharias 6,46 e nas Ciências Exatas 5,03. O número de bolsas também é desproporcional à participação de autores da Saúde Coletiva na produção de artigos qualificados; enquanto contribuímos com cerca de 4% do volume de artigos brasileiros na base Scopus, o número de bolsas PQ na nossa área é inferior a 1,5% do total. Considerando todos estes aspectos apresentamos nossa reivindicação, que entendemos ser mais do que legítima, de aumento do número de bolsas de produtividade em pesquisa para a área de Saúde Coletiva”. (ABRASCO, 2010).

Infelizmente a situação não mudou para melhor, já que ao se confrontar os dados citados pelo Fórum com o levantamento feito por Freire em 2010, verifica-se um acréscimo de

apenas 3 bolsas no nível 2, já que dos 199 bolsistas PQ atualmente vigentes, 3 são Sênior, reduzindo para 196 bolsistas PQ contra 193 que Freire apontou na área de Saúde Coletiva em 2010 (ver tabela 3).

Retornando para o ano de 2005, a revista *Physis* dedicou um volume ao tema “A Pesquisa e o Campo da Saúde Coletiva”, onde vários renomados pesquisadores da Saúde Coletiva, alguns bolsistas PQ, desenvolveram argumentações sobre como os processos avaliativos em voga, que enfatizam a questão da produtividade, afetavam os rumos da área e os próprios pesquisadores.

Nesse volume, Madel Luz propôs uma reflexão sobre o próprio conceito de “produtividade” aplicado às questões científicas e acadêmicas. A autora, oriunda das Ciências Sociais, relaciona o conceito de produtividade ao estágio do capitalismo hegemônico, marcado pela competição exacerbada, refletida no meio acadêmico por meio de um

“(…) *quantum* de produção em termos de *papers* editados em periódicos de circulação nacional ou internacional na base *Qualis*, (...) que não passam, em sua quase totalidade, de bases catalográficas de periódicos, geralmente privadas, que nada dizem ou permitem ver da qualidade dos produtos nelas veiculados. Estes afirmam simplesmente a “excelência” (estipulada pelo índice de citações/ impacto dos produtos num campo específico disciplinar) do *veículo* em que a produção é difundida para sua comunidade de pares. Tais bases se tornaram, em determinadas áreas disciplinares, o *dogma* sobre o qual repousa a classificação hierarquizada da produção dos pesquisadores e de seus programas. Muitas injustiças contra pesquisadores/docentes com méritos são cometidas pelo rigor excessivo dos seus pares. Por isso consideramos, voltando ao tema introdutório de nosso trabalho, que o abutre mitológico mencionado na primeira página é representado atualmente pela própria comunidade científica, que, ratificando o poder olímpico do Estado, devora continuamente o fígado dos pequenos Prometeus da pesquisa, sem se dar conta de sua atitude autofágica. (LUZ, 2005: pp. 42-52).

No mesmo volume, CAPONI e RABELO (2005: pp. 59-82) mostram que a característica interdisciplinar da Saúde Coletiva oferece um desafio complexo para as propostas de processos avaliativos. Destacam ainda a “incompatibilidade entre uma sobrevalorização de artigos publicados nas revistas de impacto, em sua ampla maioria de Biomedicina ou Epidemiologia e a complexidade própria da área da Saúde Coletiva” (p. 59).

As autoras refazem a trajetória das Ciências Sociais e sua interface com o campo da Saúde, para demonstrar que os atuais métodos avaliativos baseados em aspectos quantitativos e bibliométricos utilizados pelas agências de fomento não contemplam e nem favorecem as ciências sociais em saúde, um dos núcleos de saber formadores da Saúde Coletiva:

“Para compreender esse descompasso, será necessário recordar algo que acostumamos a repetir até o cansaço: que o conceito de saúde é muito mais complexo e amplo do que as Ciências Biomédicas costumam imaginar. A saúde das populações é tão irreduzível à Biomedicina e à Fisiologia, como o são à Física ou à Química. Então uma pergunta parece inevitável: por que razão nossos critérios de avaliação devem se identificar com os das Ciências Biomédicas ou com os critérios da Química e permanecer tão distantes dos

critérios aceitos pelas Ciências Humanas e Sociais?”. (CAPONI e RABELO, 2005: p. 69).

Em artigo mais recente, Vaitsman, Ribeiro e Lobato (2013), alertaram que a Saúde Coletiva, enquanto campo acadêmico está cada vez mais orientada pela biomedicina e epidemiologia que,

“(…) ao reivindicar legitimação científica à Saúde Coletiva, coloca em xeque seus princípios normativos [de intervenção na política setorial], multidisciplinares e de orientação às políticas. Um razoável equilíbrio entre essas duas áreas vem sendo até agora em grande parte garantido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) que, atuando concomitantemente nas frentes acadêmica, técnica e política, mantém a unidade do campo, apesar da crescente especialização e conflito em seu interior”. (VAITSMAN, RIBEIRO e LOBATO, 2013: p. 593).

De fato, os autores chegam a afirmar que os pesquisadores da Saúde Coletiva em busca de financiamento devem priorizar os editais do Ministério da Saúde, onde encontrariam maiores chances de aprovação, devido ao domínio de epidemiologistas nas chamadas do CNPq.

Todo esse repertório de críticas aos atuais procedimentos avaliativos utilizados pelas agências federais e seus comitês, necessariamente leva ao questionamento sobre quando tal modelo passou a ser aplicado. No caso da Saúde Coletiva, a resposta é dada por Goldbaum e Barata, que ao relataram o “feito e o por fazer” da ABRASCO, informam:

“Dando seguimento ao trabalho que vinha sendo realizado pela associação no campo da pós-graduação em Saúde Coletiva, a atuação junto à CAPES, por intermédio do representante da área, Maurício Barreto, atingiu um novo patamar com a participação no Conselho Técnico Consultivo. A grande área da saúde tradicionalmente participava com um dos representantes da área médica, sendo pela primeira vez representada pela Saúde Coletiva. A formulação de critérios objetivos de avaliação, que já vinha sendo impulsionada, ganhou maior consistência, e teve início um processo controvertido de classificação dos periódicos científicos. No campo da Saúde Coletiva, todos estes aspectos foram amplamente discutidos pelo Fórum de Coordenadores dos programas, aportando diversas contribuições no sentido do aprimoramento do processo”. (GOULDBAUM e BARATA, 2006: p. 97, grifo do autor).

Isto ocorreu entre a sétima e a oitava diretoria da ABRASCO, portanto, entre os anos 1994 e 2000 (BELISÁRIO, 2002: p. 442). No ano de 2002, quando o autor desta pesquisa iniciou a carreira de analista no CNPq, o Professor Maurício Lima Barreto era o coordenador do CA-SN.

Sobre essa situação, o que teria a dizer o Professor Maurício Lima Barreto? Médico formado pela UFBA em 1977, é mestre em saúde comunitária também na UFBA e ph.D. em Epidemiologia (Universidade de Londres). Professor titular em epidemiologia do Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFBA), desde 1998 é pesquisador 1A do CNPq. Em 2003, foi eleito membro titular da Academia Brasileira de Ciências e, desde 2002, é conselheiro para a América Latina da Associação Internacional de Epidemiologia. Na área editorial científica, é consultor editorial do *Lancet* (desde 2006), editor associado da Revista Brasileira de Epidemiologia (desde

1997), da *Emerging Themes in Epidemiology* (desde 2003) e da *Ciência & Saúde Coletiva* (desde 2004).

Professor Barreto concedeu entrevista para o livro “Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos” (Hortale *et alii*, 2010, pp. 13-30). Ao ser perguntado se atualmente seria possível identificar uma posição proeminente ou subalterna entre Epidemiologia e Ciências Sociais no campo da Saúde Coletiva, ele indicou porque o atual modelo de avaliação baseado na produção científica tornou-se preponderante a partir de um quadro posterior às conquistas políticas que resultaram na saúde como direito de todos e no estabelecimento do SUS, ou seja, após a década de 1980.

A partir desse momento, o campo procurou afirmar sua cientificidade e passou a ter de conviver com pressões externas onde,

“Na pós-graduação, a proeminência do papel da CAPES é contrastada pelo tímido papel do Ministério da Saúde. Este, por um longo tempo, restringe as suas demandas ao treinamento profissionalizante (residência e especialização), permitindo que a lógica do produtivismo científico gestada no interior da CAPES e outras agências de ciência e tecnologia (C&T) seja a grande marca do desenvolvimento do campo a partir da década de 1990. Nesse contexto, se fortalecem aqueles campos e grupos científicos que mais se adequaram a essa lógica; no caso da saúde coletiva, foram os epidemiologistas. Outro ponto que considero não menos importante é o fato de que a primeira geração de pesquisadores da saúde coletiva que completam os seus doutorados no exterior na década de 1970-1980 tenham sido predominantemente epidemiologistas. Esse grupo estava, assim, adequadamente preparado para liderar o sistema de pós-graduação que naquele momento encontrava condições objetivas para seu crescimento. Na presente década, a entrada do Ministério da Saúde como um forte financiador científico alavanca a pesquisa em saúde coletiva, mas ainda com um maior peso da pesquisa epidemiológica.

Em resumo, o crescimento intenso da saúde coletiva nas últimas décadas se deu à custa de um modelo que favoreceu o distanciamento das suas áreas de conhecimento em contraposição a sua utopia original de um modelo multi/transdisciplinar. Uma verificação rápida dos programas de pesquisa em curso mostra claramente essa divisão, sendo poucos aqueles programas que desenvolvem experiências efetivamente inovadoras de produção de conhecimento com abordagens metodológicas diversificadas e em diálogo transdisciplinar. Como consequência, ficamos todos em débito com os ideais fundantes da Saúde Coletiva e com o compromisso com a implantação de programas de conhecimento transdisciplinares, que amplificassem a nossa capacidade de entendimento e de proposição de soluções para os complexos problemas da saúde que afligem não somente a população brasileira, mas a população humana, em geral”. (HORTALE *et alii*, 2010: p. 16).

Barreto estabelece então que o módulo produtivista foi gestado no interior das agências e a Saúde Coletiva teve que se adaptar, para que pudesse comprovar sua cientificidade. Para tanto, a epidemiologia apresentava as melhores condições para atender ao modelo encampado pelas agências, que permanece intocável até o presente momento, como se vê em reportagem do jornal Folha de São Paulo de 22 de abril de 2013, com a manchete: “Volume da produção é critério para distribuição de recursos”. O texto que se segue diz que o número de artigos publicados é um dos critérios utilizados pela CAPES, órgão do governo que avalia a pós-

graduação do Brasil, para distribuir recursos para ciência. A CAPES recomenda que cada doutor tenha três artigos aceitos para publicação.

A reportagem finaliza com uma manifestação da geneticista Mayana Zatz: “Prefiro não publicar do que publicar numa revista sem impacto”.

Diante desse cenário, que remete a uma pergunta de Davyt (2001, p. 129): “Por que é tão criticada pela comunidade científica uma instituição com um grau de participação tão ampla dela própria, que, aliás, é quem parece tomar as decisões?” Em busca de mais essa resposta, ouviu-se um ex-membro coordenador do CA-SN que se manifestou da seguinte forma:

O CA-SN existe, aproximadamente, desde 1978 (na época tinha a denominação de Saúde Pública). O senhor acredita que nesse período de existência o CA influenciou o desenvolvimento da Saúde Coletiva enquanto campo de saber no Brasil? Se sim, de que forma?

*“Influenciou, mas não teria como medir essa influência. Os processos de avaliação - e portanto de concessão de recursos - tem certamente um efeito indutor. Houve um momento, há cerca de uns 8-9 anos (aproximadamente), em que a área chegou perto de um processo de ruptura, dadas as vantagens que uma determinada subárea da Saúde Coletiva (a epidemiologia) vinha tendo na forma de avaliação - há um artigo dessa época dos Professores Rita Barata e Moisés Goldbaum que mostram como a grande maioria das bolsas PQ estava indo para epidemiologistas. Depois disso os processos mudaram um pouco, tanto no CNPq quanto na CAPES, e isso aliviou muito essa pressão pela ruptura. Desde então Epidemiologia vem sendo avaliada em separado das outras subáreas, o que permitiu contemplar de forma mais ampla o conjunto da área, o que me parece muito positivo”.*

Em sua opinião, quais os principais entraves ao trabalho do CA-SN no CNPq? A questão orçamentária é preponderante como limitador das decisões do CA?

*“O orçamento é sempre um problema, especialmente para as bolsas PQ, temos um contingente cada vez maior de pesquisadores que não consegue bolsa apesar de qualificados. Proporcionalmente temos poucas bolsas para uma área tradicional e robusta no Brasil; considerando apenas os professores permanentes de programas de pós-graduação, que seriam candidatos naturais às bolsas, temos bolsas para aproximadamente um quarto deles; a Nutrição, nossa coparticipe de CA, tem mais da metade, e há áreas nas quais todos os docentes permanentes têm bolsa. Fora isso, há certa rigidez e distanciamento da burocracia do CNPq dos CAs, temos tido historicamente uma relação próxima com a COSAU, mas daí para cima a coisa complica...”*

Sabe-se que o senhor possui bastante conhecimento da comunidade de Saúde Coletiva no Brasil. Qual seria a impressão geral da comunidade em relação ao CNPq e ao CA-SN?

*Eu acho que há muitas queixas com relação a pouca transparência de certas decisões, e houve uma revolta muito grande na decisão recente de substituir um representante da área de Saúde*

*Coletiva por alguém da Nutrição... A relação com o CA é meio ambígua, mas ao mesmo tempo há o reconhecimento da qualificação de quem está lá, com uma ou outra exceção individual.*

Muito se discute na comunidade sobre os processos avaliativos conduzidos por CAPES e CNPq. Apesar disso, mantém-se a preponderância do quesito produção científica em periódicos Qualis. Quais seriam as principais barreiras para superar esse modelo de avaliação, falando especificamente do CA-SN?

*"Boa pergunta. Acho que não há uma resposta simples, há vários fatores. Em primeiro lugar, há uma relação de poder; esse arranjo privilegia alguns em detrimento de outros, e os primeiros terminam por ocupar posições de poder que desejam manter, portanto não vão aceitar facilmente modificações que ameacem o status quo. Em segundo lugar, essa numerologia toda cria uma ilusão de "objetividade" que é confortável para alguns. Por fim, mesmo ao acenar com a perspectiva de valorizar o qualitativo, como ocorreu naquela reunião ano passado de reavaliação de todos os bolsistas, os \*instrumentos\* que o CNPq nos repassou eram todos quantitativos... Nosso CA teve um problema grave em 2012, e acho que ainda não se resolveu, fizemos uma proposta radical de modificação nos critérios de avaliação, que deveriam incorporar uma perspectiva mais qualitativa e encaminhamos para o CNPq para substituir os critérios de 2011, que tinham sua validade expirada. Às vésperas da reunião do CA para seleção dos bolsistas PQ (literalmente, chegou menos de uma semana antes) veio o aviso de que nossa proposta não fora aceita e que teríamos que fazer outra em 24 horas. Tentamos uma medida emergencial para ver se sustentávamos o essencial e perdemos. O CA está desde então numa situação de anomia, porque acabou a validade dos critérios e nada de novo foi oficialmente colocado no lugar... Esse tipo de coisa é que, a meu ver, atrapalha muito o processo nos CAs".*

Da fala do ex-coordenador extrai-se uma série de informações que representam os dilemas que cercam um trabalho de avaliação por pares. Pode inclusive surpreender a opinião do pesquisador de que não teria como medir a influência das decisões do CA. Nesse aspecto, deve ser considerado que o trabalho do CA não se resume à bolsa PQ ou ao edital universal, que são mecanismos importantes, mas são as duas modalidades mais estratégicas entre outras que, no conjunto, permitem o contínuo funcionamento da área por anos a fio. Por exemplo: bolsas de doutorado no país e no exterior, bolsas de pós-doutorado, auxílios à participação em congressos, auxílios à realização de congressos (pense-se na colaboração do CNPq na realização dos grandes congressos da ABRASCO). No conjunto, é inegável que o volume de recursos investidos, nos quais o CA teve importante papel na recomendação das propostas com mérito, foi uma importante garantia de manutenção e desenvolvimento da área.

No quesito conteúdo, ao acatar o modelo do produtivismo científico, que teve como resultado a predominância de epidemiologistas nos certames realizados, o CA não pode escapar à sua responsabilidade, não obstante os debates relatados.

Mas o que de fato chama atenção na fala do ex-coordenador é a infrapolítica produzida na dinâmica entre comunidade científica, comitê de assessoramento e CNPq. Note-se que a COSAU é citada como um porto seguro no relacionamento com o CA-SN, contudo, as dificuldades de comunicação e de atendimento das demandas tornam-se maiores a partir do momento em que se sobe na escala hierárquica. O resultado é que provavelmente a decisão de substituir um membro da Saúde Coletiva por um da Nutrição só pode ter partido do Conselho Deliberativo do CNPq, que muitas vezes não tem uma visão mais profunda sobre as características e necessidades de cada área de conhecimento.

Neste capítulo procurou-se desvendar quando e como o processo dialético da construção da Saúde Coletiva no Brasil se refletiu no CA-SN. Se existiu uma via de mão dupla, ou seja, se ao mesmo tempo em que a Saúde Coletiva se constituía, o CA-SN contribuiu ou foi afetado pelo processo dinâmico de instituição desse campo de saber em área tão sensível como o da saúde da coletividade. Como se viu, houve contribuição, mas também houve influência, como se constata no fato do modelo avaliativo do CA ter sido emprestado daquele utilizado na CAPES.

Neste mesmo capítulo construiu-se um quadro panorâmico dos pesquisadores da Saúde Coletiva que detêm a bolsa de Produtividade em Pesquisa (PQ) do CNPq.

Os resultados apontaram para um maior número de bolsistas da subárea de Epidemiologia em todos os níveis de bolsa. Outras características encontradas foram a concentração regional no Sudeste e no Sul do país, sendo que a região Norte conta com um único bolsista no nível 1D e não apresenta nenhum programa de Doutorado, fato que por si só implica na manutenção da situação de desvantagem.

A partir dessas constatações, buscaram-se as origens para a predominância da Epidemiologia no atual quadro de bolsistas PQ. A literatura indica que processos avaliativos instaurados na CAPES e que valorizavam a questão da produtividade científica em artigos científicos resvalaram para o CA-SN do CNPq, fato que com o passar do tempo causou uma tensão entre as subáreas, situação ainda não definida já que até o momento não houve consenso ou não se encontrou um modelo avaliativo que contemple as características de cada subárea.

Tendo em vista a importância da Saúde Coletiva em um país como o Brasil, que ainda busca implementar de maneira completa seu Sistema Único de Saúde, constata-se que o CA-SN ainda têm muito a contribuir nesse debate, sendo necessário que o CNPq seja sensibilizado sobre o seu papel de suma importância para o fortalecimento do campo Saúde.

Possíveis contribuições e arranjos para superação das atuais dificuldades serão discutidos na conclusão desse trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória da humanidade em busca da saúde tem vários momentos que se configuram e só são entendidos nos próprios estágios históricos. Em outras palavras, cada sociedade e tempo histórico tiveram suas concepções de saúde, vida e morte.

Com a crescente complexidade das organizações sociais, políticas e econômicas que resultou na instauração do Estado moderno, a saúde passou a ser uma questão de polícia, para depois tornar-se uma preocupação do Estado e objeto de política pública. O desenvolvimento econômico capitalista também teve influencia sobre esse processo, assim como o avanço da ciência biomédica.

No Brasil, país de passado colonial e ainda hoje marcado por grave iniquidade, a saúde permanece como um caminho incompleto e cheio de percalços. De toda forma, o século XX assistiu o desenvolvimento de uma comunidade de pesquisadores que se dedicaram com todo afinco à causa da saúde das populações, de modo que criaram um novo campo de saber genuinamente brasileiro, a Saúde Coletiva.

A contribuição dessa comunidade para o bem estar da população brasileira pode ser resumida em dois grandes feitos: o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido na Constituição de 1988, e o Sistema Único de Saúde. Após essas conquistas, a comunidade científica voltou seus esforços para garantir a cientificidade do campo, adentrando com mais firmeza de propósito nos espaços das agências de fomento como CAPES e CNPq.

O presente trabalho procurou focalizar o olhar justamente sobre essa interseção, perguntando se o Comitê Assessor de Saúde Coletiva e Nutrição do CNPq teria influenciado os caminhos da Saúde Coletiva. Os dados analisados em alguma medida indicam que sim, mas a principal força modeladora não foi criada pela própria comunidade de pesquisadores.

Antes, Para que se chegasse a essa conclusão foi feita no capítulo 1 uma breve descrição do trajeto histórico do conceito de saúde nos contextos ocidental e brasileiro. Também foram analisadas as diversas denominações aplicadas à saúde na sociedade e que vogaram no país, desde as origens no Sanitarismo, passando pela Saúde Pública e pela Medicina Preventiva, até a chegada ao conceito de Saúde Coletiva, uma denominação genuinamente brasileira, já que internacionalmente ainda vigora o *Public Health*. Tais transformações conceituais, resultantes de intenso debate teórico, se refletiram na própria denominação do Comitê Assessor no CNPq, o que sugere uma inter-relação entre a comunidade científica da área e seus representantes no mais tradicional órgão de fomento à pesquisa científica no Brasil.

No capítulo 2 relatou-se o CNPq e seu relacionamento com a comunidade científica brasileira, por meio dos Comitês de Assessoramento. Buscou-se demonstrar que a tradição do CNPq é assentada na participação da comunidade científica brasileira, no que diz respeito à determinação do mérito para a concessão de recursos e auxílios.

No decorrer do mesmo capítulo identificou-se o momento em que a Saúde Coletiva granjeou seu próprio Comitê no CNPq, por volta do ano de 1978.

A construção de um quadro panorâmico dos pesquisadores da Saúde Coletiva que atualmente detêm a bolsa de Produtividade em Pesquisa (PQ) do CNPq foi um dos objetos do terceiro capítulo. Isto se deveu ao fato que, para esse estudo, essa modalidade de bolsa distingue quem faz ciência no Brasil e em alguma medida garante que seu detentor é um pesquisador de excelência, com influência nos destinos da área.

O contraponto foi feito a partir da análise dos resultados do Edital Universal 2013. O objetivo foi verificar se as condicionantes históricas do desenvolvimento da Saúde Coletiva (regionalização e concentração na Epidemiologia) são fatores que atualmente impedem a expansão da área para outras regiões do país ou a formação de novos quadros especializados capazes de propagar conhecimento de alto nível.

Como resultado observou-se que permanecem a concentração regional e de subárea no caso das bolsas PQ. O CA-SN e a Diretoria do CNPq tentam reestabelecer o equilíbrio regional e de conteúdo por meio do edital universal, já que a análise dos dados demonstrou a recomendação de pesquisadores sem bolsa PQ, no que corrobora a determinação do edital de 30% dos projetos aprovados serem oriundos das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

A partir dos dados levantados, buscou-se ver como se manifesta a comunidade científica. A literatura claramente informa que o principal modelador da área, a partir de meados da década de 1990, foi a questão da produção científica adotada pelas agências de fomento e que certamente foi copiado dos centros do poder científico localizados no hemisfério norte.

Por ser mais próxima das ciências *hard* que melhor se adaptam à questão da publicação de artigos científicos, a epidemiologia passou a concentrar um maior número de bolsistas em Produtividade em Pesquisa, causando uma grande tensão na área, ainda por resolver.

O caminho para a resolução é longo, mas deve ser iniciado e uma boa iniciativa para tal seria a recuperação da capacidade de prospecção dos Comitês de Assessoramento do CNPq. Tendo em vista o alto nível dos pesquisadores que compõem os CAs, certamente seriam produzidos excelentes materiais que em muito poderiam contribuir para o desenvolvimento das áreas de conhecimento.

O próprio CNPq deveria possibilitar um maior debate sobre os processos avaliativos mais atuais, considerando um enfoque mais social sobre a produção da ciência, o potencial do trabalho em rede, a colaboração entre os grupos de pesquisa, entre outros. O que não pode mais ocorrer é a manutenção de um sistema de avaliação que já está em desuso em outros países e que ainda permanece forte no Brasil.

Uma ação concreta que poderia melhorar o quadro seria a possibilidade de financiamento da lista de candidatos a PQ em segunda prioridade (aqueles que têm mérito

reconhecido mas falta cota), por agências de fomentos dos estados, as FAPs. Os pesquisadores teriam a denominação “bolsista PQ do CNPq” e seriam financiados por seus estados de origem. Obviamente há necessidade de um grande acerto entre as agências, mas não é impossível e aliviaria e muito o quadro atual de recessão de bolsas.

A História da Saúde Coletiva é marcada pelo sucesso, já que em pouco mais de 40 anos foi capaz de construir toda uma comunidade intelectualmente robusta. Há, entretanto, um conjunto de desafios a serem enfrentados pelo campo, dentre os quais se destacam: a delimitação mais precisa do campo; a unidade do campo; a consolidação da área e movimento em direção ao topo da avaliação; distribuição regional, internacionalização e criação de novos cursos em regiões ainda não assistidas, são quesitos apontados pela literatura especializada.

Muito foi feito, mas ainda há o por fazer. Havendo um bom diálogo, o CNPq e seu CASN podem melhorar o que já foi feito, fortalecendo e renovando a Saúde Coletiva. O povo brasileiro agradece.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO (a). III Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde discute relações com os organismos nacionais de fomento à pesquisa. In: **Boletim ABRASCO**, ano XXI, dezembro de 2005, número 95. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060630111952.pdf>. Acesso em: 21/08/2013.

ABRASCO (b). Em nome da Saúde Pública/Saúde Coletiva. In: **Boletim ABRASCO**, ano XXI, dezembro de 2005, número 95. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060630111952.pdf>. Acesso em: 21/08/2013.

ABRASCO. Nota do fórum de coordenadores de programas de pós-graduação em Saúde Coletiva à presidência do CNPq. São Luís, 16-17 de novembro de 2010. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/forumsaudecoletiva/biblioteca/index.php>. Acesso em 21/08/2013.

ALMEIDA, Lirane Elize Defante Ferreto. **Contribuição para o Estudo da Comunidade Científica da Saúde Coletiva: os grupos de pesquisa**. Tese (doutorado), 394 f. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas – Universidade de Campinas, 2011.

AMORIM, Rodrigo Vizeu Klatau. **A Questão Social como Caso de Polícia**, set. 2006. Disponível em: [http://www.observatoriodaimprensa.com.br/news/view/a\\_questao\\_social\\_como\\_caso\\_de\\_polici\\_a](http://www.observatoriodaimprensa.com.br/news/view/a_questao_social_como_caso_de_polici_a) Acesso em 23/04/2014.

BARATA, Rita Barradas. A Pós-Graduação e o Campo da Saúde Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 18, n.º 2, pp. 189-214.

BAHIA, Lígia et al. Pensar o Sistema Único de Saúde do século XXI: entrevista com Lígia Bahia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, mar. 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702014000100093&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100093&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 23 abr. 2014.

BELISÁRIO, Soraya Almeida. **Associativismo em Saúde Coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, 2002**. Tese de Doutorado, Campinas: Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

BEN-DAVID, Joseph. **O Papel do cientista na sociedade: um estudo comparativo**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1974.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BUSH, Vannevar. Science – the endless frontier: a report to the president on a program for postwar scientific research, Washington, D.C., Office of Scientific Research and Development, 1945. Reprinted, Washington, DC: National Science Foundation.

CAGNIN, Maria Aparecida Hugo Cagnin e SILVA, Darly Henriques. **A Ação de Fomento na História do CNPq**. Brasília: MCT/CNPq, 1987.

CAGNIN, Maria Aparecida Hugo. Mesa Redonda “**A Vocação de Estudos no CNPq**”, realizada no auditório da sede do CNPq em Brasília, em Abril de 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v.3, n.º 1 e 2, jan./dez. 2000, p. 51-74.

\_\_\_\_\_ [et al.]. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

CAPES. Documento de Área 2013. Brasília: CAPES, 2014. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/component/content/article/44-avaliacao/4682-saude-coletiva>, acesso em 03/06/2014.

CAPONI, Sandra e REBELO, Fernanda. Sobre Juízes e Profissões: a avaliação de um campo disciplinar complexo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(1): 59-82, 2005.

CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de. **O Pensamento Social no Brasil**: pequenos estudos. Campinas: Edicamp, 2003.

CNPq. **Ata da 123ª Reunião do Conselho Deliberativo**. Brasília, 12/12/2002.

CNPq. **Parecer Técnico da Coordenação do Programa de Pesquisa em Saúde**. Brasília, 31/08/2004.

CNPq (a). **Ata Reunião CA SN/Nutrição 1-5 Abril 2013**. Brasília, s.d.

CNPq (b). **Comitê Assessor de Saúde Coletiva e Nutrição CA-SN, Ata de Reunião de Julgamento – Chamada Universal – MCTI/CNPq Nº 14/2013**. Brasília: 09/07/2013.

CNPq (c). **Relatório de Reunião de julgamento PQ/2013, Comitê Assessor de Saúde Coletiva e Nutrição**. Brasília, 17/10/2013.

COSTA, Nilson do Rosário. Ciências sociais e saúde: considerações sobre o nascimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil. **Saúde em Debate**, n.º 36:58-65. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), out.1992.

CHUBIN, Daryl E. e HACKET, Edward J. **Peerless Science**: peer review and U.S. science policy. Albany: State of New York Press, 1990.

COURA, José Rodrigues. Oswaldo Gonçalves Cruz: uma vida, uma obra, uma escola. In: Fundação Oswaldo Cruz. **Centenário do Instituto Oswaldo Cruz**: 1900-2000. Rio de Janeiro: Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, 2000, pp. 5-9.

DAVYT GARCÍA, Amílcar e VELHO, Léa. A avaliação da ciência e a revisão por pares: passado e presente. Como será o futuro? **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.7, n. 1, p. 93-116, mar.-jun. 2000.

DAVYT GARCÍA, Amílcar. 2001. **Avaliação por pares e processo decisório em agências de fomento à pesquisa**. O CNPq e a FAPESP. Tese (doutorado), 214 f. Campinas: Instituto de Geociências - Universidade Estadual de Campinas, 2001.

DIAS, Rafael de Brito. **Sessenta Anos de Política Científica e Tecnológica no Brasil**. Campinas: Editora UNICAMP, 2012.

ENGELS, Friederich. **The Condition of the Working Class in England**. London: Penguin, 1987.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

FREIRE, José Donizetti. **CNPq e o acesso aberto à informação científica**. Tese (doutorado), 273 f. Brasília: Faculdade de Ciência da Informação – Universidade de Brasília, 2011.

FONSECA, Cristina M. O. A História da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade e SANTANA, José Paranaguá (orgs.). **Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 21-44.

Fundação Oswaldo Cruz. **Centenário do Instituto Oswaldo Cruz: 1900-2000**. Rio de Janeiro: Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, 2000.

\_\_\_\_\_. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca, [s.d.]. Disponível em <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em 12/05/2014.

GOLDBAUM, Moisés e BARATA, Rita Barradas. O Feito por fazer. In: LIMA, Nísia Trindade e SANTANA, José Paranaguá (orgs.). **Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 79-113.

GREY, David E. **Pesquisa no Mundo Real**. Porto Alegre: Editora Penso, 2012.

GUIMARÃES, Reinaldo. **Avaliação e Fomento de C&T no Brasil: propostas para os anos 90**. Brasília: MCT/CNPq, 1994.

HORTALE, Virgínia Alonso et al. **Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

KNELLER, George. **A Ciência como Atividade Humana**. Rio de Janeiro: Zahar; São Paulo: EDUSP, 1980.

LATOUR, Bruno e WOOLGAR, Steve. **A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1997.

LATOUR, Bruno. **Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

LIMA, Nísia Trindade e SANTANA, José Paranaguá (orgs.). **Saúde Coletiva como Compromisso**: a trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

LUZ, Madel Terezinha. Prometeu Acorrentado: análise sociológica da categoria *Produtividade* e as condições atuais da vida acadêmica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(1): 39-57, 2005.

\_\_\_\_\_. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, pp. 304-311, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Atuação da ABRASCO em Relação ao Ensino de Pós - Graduação na Área de Saúde Coletiva. In: LIMA, Nísia Trindade e SANTANA, José Paranaguá (orgs.). **Saúde Coletiva como Compromisso**: a trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 117-143.

\_\_\_\_\_, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010 (a).

\_\_\_\_\_, Maria Cecília de Souza. Pós-Graduação em Saúde Coletiva de 1997 a 2007: desafios, avanços e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n 4, pp. 1897-1907, julho de 2010 (b).

MOTOYAMA, Shozo e GARCIA, João Carlos Vítor. **O Almirante e o novo prometeu**: Álvaro Alberto e a C&T. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

MONTOYAMA, Shozo et al. 500 Anos de C&T no Brasil. Suplemento Especial, **Fapesp Pesquisa**, No. 52, abril de 2000.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo e MAUL, Diana (orgs.). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Editora Paralelo 15, 2004. Resenha de: CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, nº6, p. 1348-1354, jun. 2006.

NOORDEN, Richard Van. The Impact Gap: South America by numbers. **Nature**, vol. 510, nº. 7504. Disponível em <http://www.nature.com/news/the-impact-gap-south-america-by-the-numbers-1.15393>. Acesso em 05/06/2014.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.3, n.º2, p.5-21, 1994.

\_\_\_\_\_. Saúde Coletiva: história e paradigmas. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu (SP), v.3, p. 107-116, 1998.

\_\_\_\_\_. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

\_\_\_\_\_. Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e Perspectivas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(1): 13-38, 2005.

\_\_\_\_\_. (a). Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa [et al.]. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

\_\_\_\_\_. (b). Sociologia da Saúde: história e temas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa [et al.]. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

\_\_\_\_\_. A Saúde Coletiva como Prática Científica: a institucionalização do campo em publicações, teses e dissertações. In: HORTALE, Virgínia Alonso et al. **Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 105-127.

PAIM, Jairnilson Silva e ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n.º 4, pp. 99-316, jun.1998.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

\_\_\_\_\_. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

\_\_\_\_\_. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. A OPAS em foco: uma história das relações internacionais em saúde na América. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos** [online], 2006, vol.13, n.1, pp. 177-182

PAIVA, Carlos Henrique Assunção e TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos** [online], 2014, vol. 21, n.1, pp.15-35.

PAVAN, Crodowaldo. Apresentação. In: CAGNIN, Maria Aparecida Hugo Cagnin e SILVA, Darly Henriques. **A Ação de Fomento na História do CNPq**. Brasília: MCT/CNPq, 1987, p. 3.

RAUPP, Marco Antonio. Ciência para o desenvolvimento. In: **Folha de São Paulo**, página A1, quinta-feira, 14 de fevereiro de 2013.

RIBEIRO, Patrícia Tavares. **A Instituição do Campo da Saúde Coletiva no Brasil, 1975/1978**. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, 1991.

RIP, Arie. Higher forms of nonsense. **European Review**, v. 8, n.4, p. 467-486.

ROSEN, George. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: HUCITEC, UNESP, 1994.

\_\_\_\_\_. **From Medical Police to social medicine**: Essays on the history of Health Care. New York: Sci Hist, 1974.

SCHWARTZMAN, Simon. Pesquisa universitária e inovação no Brasil. In: CGEE. **Avaliação de Políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação**: diálogo entre experiências internacionais e brasileiras. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2008, pp. 19-43.

SCLIAR, Moacyr. **Do Mágico ao Social**: trajetória da saúde pública. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2005.

SEVCENKO, Nicolau. Introdução. O Prelúdio republicano, astúcias da ordem e ilusões do progresso. In: NOVAIS, Fernando A. (coordenador geral). **História da Vida Privada no Brasil**, volume 3. São Paulo, Companhia das Letras, 1998, pp. 7-48.

SILVA, Gabriela Martins; RASERA, Emerson Fernando. A construção do SUS -problema no jornal Folha de S. Paulo. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21,n. 1, mar. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702014000100061&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100061&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 23 abr. 2014.

VAITSMAN, Jeni; RIBEIRO, José Mendes e LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. **Physis** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, nº 2, p. 589-611, junho de 2013.