



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Mariana Bertol Leal

**Saúde coletiva em debate:
a brasilidade de muitos encontros**

Rio de Janeiro

2009

Mariana Bertol Leal

**Saúde coletiva em debate:
a brasilidade de muitos encontros**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

L435 Leal, Mariana Bertol.
Saúde Coletiva em debate: a brasilidade de muitos encontros / Mariana Bertol
Leal. – 2009.
164f.

Orientador: Kenneth Rochel de Camargo Junior.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto
de Medicina Social.

1. Saúde coletiva – Teses. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 3.
Saúde pública – Aspectos econômicos – Teses. 4. Política de saúde – Aspectos
sociais – Teses. 5. Reforma sanitária – Brasil – Teses. I. Camargo Junior,
Kenneth Rochel de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou
parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Mariana Bertol Leal

**Saúde coletiva em debate:
a brasilidade de muitos encontros**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 30 de abril de 2009.

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior (Orientador)

Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Madel Therezinha Luz
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Faculdade de Enfermagem – UFRGS

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

Lembrando da Lili e do VER-SUS...
Significados da opção pelo projeto de vida
e pelo tema estudado...

AGRADECIMENTOS

Agradeço às origens dos encontros: meus pais! Exemplos de vida amorosa e política, companhia parceira em todos os momentos, meus maiores incentivadores, um porto seguro para minha vida nômade.

Agradeço o apoio para minha vida carioca, a viagem para a Bahia, o amor, a paciência, o cuidado, os almoços, os abraços, a revisão do português, tudo! Agradeço ao amor com muito mais amor!

Agradeço às raízes das origens: minha vó Heloy, meu vô Mário (*in memorian*), minha vó Tita e meu vô Didi (*in memorian*) pela riqueza dos encontros com as experiências de vida! Por tantos aprendizados!

Agradeço a tantos encontros: Meu irmão Fabrício e Agata pelo compartilhar de uma vida à distância, mas muito presente em tantos desafios! Ao apoio constante durante essa produção, transcrição, tradução e companheirismo!

Meu irmão Cassiano e Cristina pela alegria de uma companhia cheia de vida compartilhada com meu sobrinho Marcos!

Minha afilhada Ísis pela existência alegre em tantos momentos! Pelo carinho e amor imensurável! Pela esperteza inspiradora!

Minha família canina: Gegê, Petra, Meggie e Naná! Com elas aprendi muito sobre o amor, a dependência, o companheirismo e a simplicidade.

Minha família carioca: Tia Isa, Tio Paulo, Renata, Gabriel, Rachel, Olívia e Marcelo.

Pelos almoços de domingo, pela acolhida e todo apoio em minha vida carioca!

Minha família carioca emprestada: habitantes da República de Copacabana! Luciana, Laura, Emerson, Mina, Débora e Rossana! A tantas trocas, aprendizados e alegrias compartilhados! Aos cafés da manhã!

Meu “pai” Alcindo por tantas apostas compartilhadas, pelo carinho, apoio, projetos e sonhos. Pela existência iluminada!

Minha “vó” Maria Luiza que tanto me ensinou sobre a vida, o SUS e a política! Pelo carinho paciente e a serenidade!

Minha quase-irmã Lisiane, pela vida em comum desde sempre! Pela segurança, serenidade e pelo carinho nos caminhos juntos!

Minha grande amiga Reis, por compartilhar a vida sempre e potencializar grandes encontros de vida! Pela criatividade iluminada que deu vida e cor para essa produção! Por sempre ser parceira!

Minhas amigas desde o colégio: Reis, Manu e Dani! Pelas alegrias dos encontros! Pela estrela Anita!

Minha companheira de vida baiana: Manu! Por tudo! Pelos momentos ditos “melhores do mundo”, pelo apoio nos momentos “complexos” e pela grande colaboração nessa produção!

Minha família baiana: Manu, Dani, Ricardo, Fabiano, Ana, Lili e Estevão! Por serem uma família de verdade, pelo cuidado, amor e carinho compartilhado! Por serem tudo entre tantos! Por tudo!

Minha irmã Liu! Sempre longe e perto! Porque dá ânimo à vida!

Minha irmã Edna! Por tantas inspirações em suas produções ousadas!

Minha amiga Odete: por ter sido companheira e por dividir os pensamentos desse projeto a caminho da serra carioca!

Aos amigos do IMS: Kali, Márcia, Dulce, Dudu, Dyjinana, Lili, Tati, Regina, pelo aprendizado coletivo!

Aos amigos de uma vida carioca: Maranhão, Maria, Déco, Inês, Gert, Rodrigo, Lela, Bia, Bernardo! Pelo prazer dos encontros na Lapa! Pela Cubangos! Pela oportunidade de militância na setorial de saúde, pelo Instituto Carioca de Idéias! Pelos sonhos compartilhados!

Aos companheiros do espaço criativo da UFRJ: por Emerson, Laura e Túlio propiciarem tantos pensamentos e idéias e por agregarem tantos parceiros de novas produções em saúde! Por um aprendizado agora bem inspirador!

Ao Ruben por um compartilhar do aprender que trouxe significado para minha formação! Pelas aulas e troca de idéias! Por ser assim!

Ao meu orientador Kenneth pela presença serena, pela oportunidade de produção viva, pelo carinho nos encontros, por entender tantos tropeços e recomeços! Obrigada!

Aos participantes da pesquisa: Jairnilson, Madel, Sônia e Emerson! Pela disponibilidade, colaboração e fundamental participação nessa produção.

Ao Alexandre, por tudo desde sempre! Por respeitar meu tempo! Por me fazer ver a vida e por estar ao meu lado em tantos desafios!

Aos companheiros de trabalho da SESAB, pela compreensão e pelo carinho em momentos de tanta produção. Pela experiência, energia e cuidado nos encontros e desencontros. Pelo aprendizado na construção do coletivo profissional-amigo da DIPEDI! Pela aposta em um compartilhar vivo na EESP!

A todos que são companheiros na construção de tantos projetos de felicidade!

A todos que sabem ser companheiros e parceiros na construção desses projetos. “Quem sabe, sabe; quem não sabe se sacode”.

Ao café e ao chocolate! Companheiros de origem tipicamente brasileira, inseparáveis em muitos momentos dessa produção.

À Bahia, por tantas inspirações! Pelos encontros!

À vida!

Então, “eu fico com a pureza da resposta das crianças. É a vida, é bonita, é bonita!”.

RESUMO

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro. *Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: uma reconstrução histórica*. 2010. 169f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

O Estado, em seus âmbitos econômico, político e social, tem papel decisivo na formulação das ciências. A ciência, que buscava explicar os fenômenos naturais, desenvolveu-se e desdobrou-se em diversas áreas e campos, buscando responder às complexas questões que fazem parte do mundo moderno. A saúde se coloca enquanto um desses campos complexos, que inicialmente compreendia a história das doenças e das condições de vida e teve que ser questionada à medida que somente essa teoria não mais justificava as complexas existências e modos de andar a vida. Especificamente a Saúde Coletiva no Brasil reinventou formas de responder aos inúmeros e complexos questionamentos que se colocam no âmbito da vida e das condições de vida. Assim, buscou-se explorar a trajetória histórico-política-conceitual da constituição do campo da Saúde Coletiva no Brasil apoiado em uma metodologia que se utiliza de elementos analíticos da própria reflexão que o estudo traz, em um movimento de investigação denominado como “entre-meios”. São apresentadas as falas dos participantes, abordando episódios e reflexões sobre os acontecimentos que marcaram a história da Saúde Coletiva em nosso país, o que deu base para compor uma “caixa de ferramenta” para o desenvolvimento do estudo. Os diferentes significados da Saúde Coletiva foram apresentados a partir do material empírico, bem como de uma análise considerando outros olhares sobre o mesmo objeto, pela qual se buscou construir um olhar autoral sobre o objeto estudado. Além disso, após a busca de conceitos e teorias sobre os campos, foram apresentadas diferentes abordagens para a conceituação de campo, sendo que a “caixa de ferramentas” e as análises dos significantes antes expostos foram utilizados para construir algumas considerações e questões. Desenvolveu-se, através das bases de dados empíricos e teórico conceituais, uma análise sobre a Saúde Coletiva no Brasil para compreender o campo a partir de um olhar crítico sobre a cientificação das áreas de conhecimento. Considerando a singularidade de um campo ainda em transformação – que se constituiu em um cenário político particular, onde a Reforma Sanitária Brasileira estava em construção – compreende-se sua conformação enquanto um campo de saberes e práticas militantes, para a construção de novos paradigmas para explicar e intervir na saúde do povo brasileiro.

Palavras-chave: Saúde coletiva. Campo. Conhecimento. Saberes. Prática.

ABSTRACT

The State, in its economic, political and social scope has a crucial role in the formulation of the sciences. The Science, that was trying to explain the natural phenomena, developed and unfolded itself in many areas and fields, trying to answer the complex issues that are part of the modern world. Health takes place as one of these complex fields that initially involved the history of diseases and life conditions and had to be questioned as this theory alone wasn't anymore justifying the complex existences and ways of living. Specifically the Collective Health in Brazil reinvented ways of responding to the many and complex issues that arise in the scope of life and life conditions. Thus it tried to explore the concept-politic-historical trajectory of the constitution of the Collective Health field in Brazil based in a methodology that makes use of analytical elements based on the very reflection the study brings, in an investigation move called "entre-meios" / "among-ways". The speeches of the participants about episodes and reflections about the happenings that marked the history of Collective Health in Brazil, which gave the means to the composing of a "toolbox" for the development of the study were presented. The different meanings for Collective Health were presented based on empiric material, as well as on an analysis considering other points of view about the same object, where an authorial view about the studied object was sought. Besides, based on concepts search and theories about the fields, different approaches to the field's conceptuation were presented, and the "toolbox" and the analysis of the explained matters exposed before were used to build some considerations and questions. Based on the empiric and concept-theoretical databases, an analysis about Collective Health in Brazil aiming to understand the field based on a critical view about the scientification of the knowledge fields was developed. Considering the singularity of a field still in transformation, that established itself as a particular political scene, where the Brazilian Sanitary Reform was being constructed, one can understand it's formation as a field of militant knowledge e practices, for the construction of new paradigms to explain and intervene in Brazilian people's health.

Keywords: Collective health. Field. Knowledge. Practice.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	13
1	OS PRIMEIROS ENCONTROS	19
2	ENCONTROS NOS ENTRE-MEIOS: uma proposta metodológica	31
3	OS ATORES DA SAÚDE COLETIVA EM CENA “NO BRASIL”	36
3.1	As origens	38
3.2	Os espaços / lugares	40
3.3	Um episódio interessante: o Curso Curto	46
3.4	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes)	49
3.5	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)	55
3.6	Produções do campo	59
3.7	O Sistema Único de Saúde (SUS)	61
3.8	Conhecimento em saúde coletiva X reforma sanitária	63
4	SAÚDE COLETIVA EM DEBATE: CONCEITOS E DEFINIÇÕES	66
5	SAÚDE COLETIVA: UM CAMPO EM TRANSFORMAÇÃO	84
6	ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES	106
	REFERÊNCIAS	116
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	122
	APÊNDICE B – Protocolo de autorização de uso do conteúdo de entrevista	124
	ANEXO A – Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa	125
	ANEXO B – Transcrição das entrevistas realizadas	126

APRESENTAÇÃO

O presente estudo debate a Saúde Coletiva no Brasil através de reflexões que partiram da história da ciência, sua conformação na modernidade e a relação social que estabelece, para pensar sobre a constituição do campo da Saúde Coletiva, no âmbito da produção de conhecimento e de práticas. O desejo de estudar esse objeto surge com a implicação que a própria pesquisadora tem com o campo, o campo onde se formou e que constitui sua prática profissional.

O debate sobre a Saúde Coletiva está presente na trajetória política e profissional da pesquisadora desde que ingressou na Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS), no curso de graduação em Administração de Sistemas e Serviços de Saúde (ASSS). Na época, esse curso era conhecido como o único curso de graduação em Saúde Coletiva no Brasil. Integrante da primeira turma de estudantes desse novo curso, nessa também nova universidade, a mesma foi incentivada a buscar espaços para ampliar o debate, bem como fortalecer o campo da Saúde Coletiva enquanto espaço de atuação profissional. Essa era uma das maiores inquietações durante a trajetória de formação: legitimar o campo da Saúde Coletiva para permitir produção de conhecimento e ação profissional.

A graduação foi criada com o intuito de formar profissionais qualificados para se inserirem no cotidiano da gestão do sistema de saúde em seus diversos âmbitos de desenvolvimento. A UERGS, criada em 2001, através do Orçamento Participativo Estadual¹ (OP), visava ao desenvolvimento do Estado através da formação profissional qualificada às necessidades locais. O curso de graduação em ASSS surgiu nessa lógica, visando à qualificação da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua real implementação. O pleito por qualificação da gestão do SUS, há mais de 10 anos era reivindicado pelo Controle Social com o intuito de que o sistema fosse organizado

¹ Durante o governo estadual de Olívio Dutra, no Rio Grande do Sul, foi criado o Orçamento Participativo (OP) com o intuito de democratizar o processo decisório sobre o planejamento financeiro do Governo. “O OP é um processo auto-regulamentado, que abre à participação direta da população a elaboração da Proposta Orçamentária do Estado, o acompanhamento da sua execução, bem como a discussão de indicadores de carência e da situação econômica e financeira do Governo” (FERLA; JAEGER, 2002, p. 182).

de forma efetiva e os recursos distribuídos de forma equânime, visando a atender às demandas sociais de saúde. O mesmo foi apontado como prioritário nos Fóruns dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento² (COREDES), o que motivou a construção deste curso de graduação, pressupondo que ele seria uma estratégia potencializadora do desenvolvimento social, entendendo a situação de saúde da população como fator determinante da condição social³. Nesse sentido, a formação proposta, com ênfase na gestão, pretendia habilitar um profissional para atuar dentro do campo da Saúde Coletiva, capacitado para realizar e coordenar ações essenciais para a implementação do modelo tecno-assistencial pretendido pelo SUS.

Algumas poucas iniciativas no país, entre elas a da UERGS, vêm enfrentando o desafio de constituir a Saúde Coletiva em campo de atuação profissional já na graduação, uma vez que é tradicional sua transversalidade às demais profissões e em atividades de pós-graduação. Contudo, o momento atual desafia a capacidade de produzir iniciativas que abordem, de um lado, a Saúde Coletiva enquanto campo de atuação profissional, reescrevendo as competências e habilidades e, por outro lado, permita a reflexão sobre as referências teórico-práticas que embasam o trabalho nesse campo. Assim, a inquietude e o conjunto de reflexões postas nesse estudo instigaram a pesquisadora na busca de outros espaços de produção de conhecimento e ação na Saúde Coletiva.

² Os COREDES foram criados no Estado do Rio Grande do Sul em 1994, como estratégia de fomentar o desenvolvimento regional. Consistem em uma estrutura de articulação em 22 Regiões do Estado, mobilizando prioritariamente gestores públicos, instituições de ensino e pesquisa, representantes dos setores econômicos mais expressivos em cada região e alguns setores do movimento social. Na prática, essas estruturas têm a prerrogativa de constituir diagnósticos de necessidades e eleger prioridades regionais para subsidiar o Governo na elaboração da proposta orçamentária. No período de vigência do Orçamento Participativo Estadual (OP), constituiu-se um conjunto de tensões entre essas estruturas e a dinâmica do OP, cuja participação era ascendente, com instâncias abertas e eleição de representantes para as etapas fechadas. Um protocolo de cooperação entre o Governo do Estado e a estrutura dos COREDES aproximou ambas as estratégias, cabendo aos Conselhos parte do protagonismo na mobilização do processo do OP. No caso da UERGS e do Curso de Administração de Serviços de Saúde, foi prioridade coincidente em ambos os processos.

³ A associação entre o sistema de saúde e o desenvolvimento social, em particular do desenvolvimento regional, foi um plano de argumentação forte para consolidar a área da saúde como prioridade governamental naquela gestão estadual (FERLA; JAEGER, 2002). O plano argumentativo para essa construção incluía o bem-estar da população e formulações que aproximavam a política governamental do construto teórico do complexo produtivo da saúde, que faz parte das políticas de investimento do atual governo federal. Assim, qualificar a gestão na área da saúde pretendia impacto no desempenho do sistema de saúde, nos níveis de saúde da população e também no desenvolvimento regional.

Em março de 2007, o mestrado em Saúde Coletiva, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, foi o espaço escolhido para refletir sobre os saberes e as práticas da Saúde Coletiva no Brasil, sua formulação e constituição nos arranjos organizacionais, acadêmicos, sociais e governamentais. A partir desse espaço, foi possível acompanhar mais de perto uma série de movimentos dos atores envolvidos com a elaboração de conceitos em Saúde Coletiva, seja no âmbito político, social ou acadêmico, que motivaram a pesquisadora a querer olhar com mais cuidado para essa história no Brasil e entender quais movimentos foram decisivos para a atual configuração.

Assim, esta dissertação é resultado do movimento de reflexão sobre a Saúde Coletiva até então, entendendo a implicação que a pesquisadora tem com a própria formação e atuação profissional. Buscou-se explorar a trajetória histórico-política-conceitual da constituição do campo da Saúde Coletiva no Brasil, entendendo que o Brasil compreende não só um recorte metodológico, mas apresenta uma reflexão sobre a singularidade desse campo em terras brasileiras.

A metodologia para o desenvolvimento do presente estudo traz o uso de elementos analíticos a partir da própria reflexão que o estudo traz, na relação com os meios buscados pela pesquisadora, em um movimento de investigação denominado como “entre-meios”⁴ que está melhor descrito em capítulo específico.

Os participantes convidados para o debate na dissertação foram previamente escolhidos pela pesquisadora em virtude da relevância que representam para o espaço de reflexão aqui materializado. Jairnilson Silva Paim (JSP) foi o primeiro entrevistado: professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, participante do Cebes e da Abrasco, publicou recentemente sua tese abordando a história da Reforma Sanitária e tem trabalhos publicados que debatem o papel da Saúde Coletiva no Brasil. Madel T. Luz (MTL) foi a segunda entrevistada: professora doutora titular do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, participante da Abrasco, cientista social que pesquisou o campo da Saúde Coletiva na perspectiva

⁴ “Entre-meios” é a metodologia criada pela pesquisadora para melhor desenvolver as fases de coleta e análise de dados, bem como para melhor relacionar os inúmeros elementos postos para esse estudo buscando sentidos para o trajeto metodológico nos estudos cartográficos como o de FERLA (2008).

das ciências sociais, seu trabalho que estuda as instituições médicas no Brasil trouxe um debate para o campo muito interessante ainda hoje. Sônia Fleury (SF) foi a terceira entrevistada: professora doutora da Fundação Getúlio Vargas no Rio de Janeiro, participante e organizadora do Cebes, estuda os determinantes sociais da saúde no momento e foi a autora de grandes estudos sobre a previdência social e a seguridade social no Brasil, o que foi fundamental para a Reforma Sanitária e o SUS. Emerson Elias Merhy (EEM) foi o quarto e último entrevistado: professor livre docente aposentado da Universidade de Campinas e hoje professor convidado da Universidade Federal do Rio de Janeiro, foi fundador do Cebes, autor de muitos artigos e livros sobre diferentes temas, com especial trabalho desenvolvido sobre a micropolítica do trabalho em saúde, buscando um outro olhar sobre a organização do trabalho, do serviço e do sistema. Outras pessoas – como a Professora Rita Barata, a Professora Maria Cecília Minayo e o Professor Everardo Duarte Nunes – também foram convidadas, mas não foram entrevistadas nesse primeiro estudo, pois, com as entrevistas realizadas, entendendo que era uma produção exploratória, já havia saturação dos dados para responder à reflexão da pergunta proposta. Aqui, é importante registrar que, entre os atores relevantes ao campo que foram procurados pela pesquisadora, para ampliar os dados empíricos sobre o campo da Saúde Coletiva, alguns epidemiologistas não foram localizados ou não disponibilizaram agenda para responder a tal demanda. Entretanto, para além inclusive do possível alcance às respostas propostas nas questões relativas à pesquisa, mesmo não sendo possível entrevistar tantos outros atores, é preciso considerar uma característica significativa dos participantes: sua contribuição substantiva atual e em todo o período da emergência do que se denomina Saúde Coletiva; portanto, da sua capacidade potencial – exercida plenamente nas entrevistas que compõem a pesquisa – de analisar transversalmente o processo de construção da mesma e as relações que se estabeleceram entre diferentes sujeitos, instituições e as disputas que construíram território a esse campo.

No primeiro capítulo, “Os primeiros encontros”, há uma abordagem ampla sobre o tema abordado trazendo algumas reflexões que são aprofundadas mais adiante, já apontando algumas questões e inquietações sobre a Saúde Coletiva.

No segundo capítulo, “Encontros nos entre-meios: uma proposta metodológica”,

descreve-se o caminho metodológico seguido ao longo do estudo.

No terceiro capítulo, “Os atores da Saúde Coletiva em cena (no Brasil)”, há uma apresentação das falas dos participantes, abordando episódios e reflexões sobre os acontecimentos que marcaram a história da Saúde Coletiva no Brasil. Nesse capítulo, a análise feita pretende explorar alguns olhares sobre a história da Saúde Coletiva no Brasil e pretende servir como “caixa de ferramentas” para o desenvolvimento do estudo.

No quarto capítulo, “Saúde Coletiva em debate: conceitos e definições”, há uma apresentação sobre os significados da Saúde Coletiva a partir do material empírico, bem como uma análise com base em outros olhares sobre o mesmo objeto, pela qual se buscou construir um olhar autoral sobre o objeto estudado.

No quinto capítulo, “Saúde Coletiva: campo em transformação”, foram apresentadas diferentes abordagens para a conceituação de campo, sendo que a “caixa de ferramentas” e as análises dos significantes antes expostos foram utilizados para construir algumas considerações e questões sobre definições múltiplas sobre um mesmo objeto.

No último capítulo, de considerações finais, a pesquisadora / autora dessa dissertação faz um apanhado do conjunto de reflexões discorridas ao longo do estudo, trazendo para a cena desse espaço de reflexão algumas considerações e questões para serem pensadas. Como o conhecimento que é produzido não é considerado pela pesquisadora algo estático e rígido, a própria dissertação aqui apresentada pretende ser um conhecimento em construção a partir das relações que ela estabelecerá com os atores com quem se relacionará.

A produção dessa dissertação foi um espaço de reflexão e criação rico para a pesquisadora, e também pretende ser para outros atores que possam ter relação direta ou indireta com a Saúde Coletiva. De forma singular, foi importante destacar o processo de formação graduada em Saúde Coletiva, que marca o início das inquietações que levaram a essa produção e se fortalece recentemente com novas instituições e outras inovações nas propostas de construir subjetividades implicadas com saúdes mais fortes e generosas. O Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) foi um ator resgatado pelas falas dos entrevistados e poderá contar com o

registro, em seu acervo próprio, dessa reflexão sobre a Saúde Coletiva no Brasil. Enfim, espera-se que este estudo colabore com a Saúde Coletiva e instigue outras reflexões que possam potencializar as ações desenvolvidas.

1 OS PRIMEIROS ENCONTROS

O percurso histórico de transformações do Estado e da sociedade induziu mudanças no âmbito cultural, econômico e político das nações. Nesse contexto, a evolução do Capitalismo gerou incremento tecnológico nos meios de produção, o que interferiu diretamente no processo de produção e desenvolvimento da ciência e da tecnologia.

A técnica produzida pelas ciências transforma a sociedade, mas também, retroativamente, a sociedade tecnologizada transforma a própria ciência. Os interesses econômicos, capitalistas, o interesse do Estado desempenham seu papel ativo nesse circuito de acordo com suas finalidades, seus programas, suas subvenções. A instituição científica suporta coações tecno-burocráticas próprias dos grandes aparelhos econômicos ou estatais, mas nem o Estado, nem a indústria, nem o capital são guiados pelo espírito científico: utilizam os poderes que a investigação científica lhes dá (MORIN, 2005, p. 20).

Segundo Santos (2006a), a industrialização da ciência, marcadamente expressada a partir das décadas de 1930 e 1940, levou ao comprometimento desta com os centros de poder econômico, social e político e esses passaram a ter um papel decisivo na definição das prioridades científicas. A ciência, que buscava explicar os fenômenos naturais, desenvolveu-se e desdobrou-se em diversos campos, buscando responder às complexas questões que fazem parte do mundo moderno.

O princípio de explicação da ciência clássica tendia a reduzir o concebível ao manipulável. Hoje há que insistir fortemente na utilidade de um conhecimento que possa servir à reflexão, meditação, discussão, incorporação por todos, cada um no seu saber, na sua experiência, na sua vida. (MORIN, 2005, p. 30).

A saúde enquadra-se nesses campos científicos complexos, que inicialmente compreendia a história das doenças e das condições de vida e teve que ser questionada à medida que somente essa teoria não mais justificava as complexas existências e modos de “andar a vida”⁵. Segundo Donnangelo e Pereira (1979), a moderna medicina tecnológica representa, antes de tudo, a mediação de um conjunto

⁵ “Andar a vida” é o modo como sujeitos portadores de saber e de fazer operam nos diferentes momentos o seu andar, considera as singularidades dos sujeitos e os processos de subjetivação das relações.

enorme de novos recursos de diagnóstico e terapêutica na relação entre o médico e o objeto de seu trabalho. Nesse sentido, pode-se entender que o campo de conhecimento da medicina, em contato e em sintonia com a lógica de produção da ciência médica – influenciada por um contexto social e econômico em desenvolvimento – articulou-se para a construção do seu objeto de trabalho, levando à configuração de novas práticas médicas.

Especificamente a Saúde Coletiva reinventou formas de, no conjunto, na articulação e na intercessão das disciplinas, responder aos inúmeros e complexos questionamentos que se colocam na produção dos modos e das condições de vida.

No entanto, é possível observar uma profunda mudança ou uma maior evidência do desenvolvimento da ciência para responder aos interesses que surgem da evolução do capitalismo, o que acarretou o desenvolvimento da tecnologia para operar junto ao Mercado e ao complexo produtivo. Na saúde, isso é marcado pelo desenvolvimento do complexo médico-industrial⁶ que potencializou o processo de medicalização, não avançando para um desenvolvimento potente capaz de romper com o paradigma da produção da saúde baseada no processo saúde-doença, focada nas patologias e nos procedimentos biomédicos.

Parece inegável que a prática médica se estrutura por referência a objetivos que se encontram dados fora dela, na estrutura econômica e político-ideológica das sociedades nas quais se integra. Permanecer, entretanto, no plano dessa afirmação pode implicar, de um lado, a adoção de uma perspectiva simplificada acerca do modo pelo qual se articulam medicina e sociedade; de outro, o abandono de qualquer tentativa para identificar o caráter de historicidade tal como se manifesta no interior da própria estrutura de produção de serviços médicos. Retendo, então, a idéia de que a referência à forma de realização da estrutura social é fundamental para compreensão de cada um dos elementos que compõem a prática médica e do modo como se articulam, pode-se, entretanto, tentar definir uma trajetória que principie pela identificação dos objetos sociais da prática médica a partir de seu interior. Para tanto, é indispensável caracterizar o seu objeto, sobretudo na medida em que falar do objeto do trabalho médico equivale a designar, ao mesmo tempo, o seu produto. Isso porque, como prática técnica a medicina apresenta uma característica peculiar em relação a outras práticas: a impossibilidade de

⁶ Aqui o conceito utilizado de “complexo medico-industrial”, que retrata o processo de medicalização e capitalização do complexo produtivo, se baseia em Cordeiro (1985) e Gadelha (2003, 2006). “O conceito de complexo médico-industrial da saúde, desenvolvido no Brasil de forma pioneira por Cordeiro, que se refere a uma articulação que envolve a assistência médica, as redes de formação profissional (escolas, universidades), a indústria farmacêutica e a indústria produtora de equipamentos médicos e instrumentos diagnósticos” (VIANA; ELIAS, 2007, p. 1770).

estabelecer, em todas as circunstâncias, um limite claramente discernível entre objeto e produto, consubstanciados, na imediatez da prática, em um mesmo espaço que é o do corpo. Característica que reflete, em outra perspectiva, a identidade, no plano da prática médica, dos momentos da produção e do consumo (DONNANGELO; PEREIRA, 1979, p. 22).

A medicina e a saúde – consideradas espaços de produção de saberes e fazeres – apresentam singularidades relevantes que se configuram em seus processos de construção. Nesse sentido, a compreensão da saúde e da medicina em um contexto social e econômico, permite uma reflexão sobre objeto e produto das práticas e, por conseqüência, da produção de saberes e conhecimentos. Portanto, a explicação e compreensão de seus processos históricos permitiram um olhar mais amplo do território de práticas e saberes da Saúde Coletiva, bem como a função social da perspectiva de explicação histórica dos fatos. Assim, segundo Rosen (1979), a explicação da função social do historiador ou cientista social para a saúde reforça a importância do entendimento de conceitos, métodos, terminologias e fenômenos sociais como resultados de processos históricos, ou seja, de fatores sociais atuando em um período de tempo através da interação humana. Assim como o historiador precisa conhecer as ciências sociais, o cientista que investiga os problemas de saúde precisa conhecer a história da medicina e da Saúde Pública para auxiliá-lo em sua área de estudo. Esse conhecimento produzido hoje faz parte do que denominamos de sociologia da ciência e compõe uma nova modalidade científica voltada para explicar as ações de saúde a partir da compreensão da história da saúde e suas implicações nos contextos sociais, tomando teorias sociológicas como base do pensamento.

A possibilidade de ampliação dos objetos de estudo das ciências para romper com a lógica fragmentadora dominante do desenvolvimento tecnológico e científico da modernidade, pretende superar a excessiva parcialização e disciplinarização dos saberes. Essa possibilidade de construção de saberes e práticas que transitam para além das fronteiras do conhecimento, das tecnologias e técnicas, é instigante ao fazer interdisciplinar. “...As referências à interdisciplinaridade⁷ tornam-se cada vez mais

⁷ A interdisciplinaridade é a capacidade de produzir além das fronteiras disciplinares, mas a partir dos seus conteúdos, nesse sentido, considerando que o eixo de sustentação de um campo epistemológico é a relação estabelecida entre sujeito e objeto do conhecimento e que a especificidade desta relação é que

freqüentes; pressupõe-se, provavelmente, que o diálogo entre as disciplinas restituirá a unidade mítica dos objetos esfacelados” (CAMARGO JUNIOR, 2003, p. 39). Nessa perspectiva, o conhecimento que promove esses atravessamentos das áreas de conhecimento não é uma simples justaposição de núcleos disciplinares ou objetos de atividades profissionais, mas espaços de fazer para além das barreiras de cada núcleo disciplinar.

As tecnologias preocupam-se hoje com seu impacto destrutivo nos ecossistemas; a medicina verifica que a hiperespecialização do saber médico transformou o doente numa quadrícula sem sentido quando, de fato, nunca estamos doentes senão em geral; a farmácia descobre o lado destrutivo dos medicamentos, tanto mais destrutivo quanto mais específico, e procura uma nova lógica de combinação química atenta aos equilíbrios orgânicos (SANTOS, 2006a, p. 74).

Santos (2006a, p. 76) segue afirmando:

Os males desta parcialização do conhecimento e do reducionismo arbitrário que transporta consigo são hoje reconhecidos, mas as medidas propostas para os corrigir acabam em geral por os reproduzir sob outra forma. Criam-se novas disciplinas para resolver os problemas produzidos pelas antigas e por essa via reproduz-se o mesmo modelo de cientificidade.

Contudo, a história⁸ da ciência nos mostra que a superação dessa lógica busca aproximar os sujeitos dos objetos pesquisados, considerando os contextos onde se inserem. Esse rompimento caracterizaria uma nova modalidade/metodologia científica que ampliaria os espectros de investigação e se proporia a construir conhecimento a partir de produções interdisciplinares e metodologicamente plurais. Assim, estamos falando de inovação metodológica, estamos falando de uma possibilidade de “reinvenção” da ciência, de uma ressignificação do conhecimento científico, fazendo-o dialogar com o mundo da vida, dialogando com as realidades sociais, políticas,

distingue os campos, que define as fronteiras epistemológicas, que delimita as disciplinas, podemos entender a interdisciplinaridade como uma produção que “fura o muro”, ultrapassa a barreira, produz em outra relação de sujeito e objeto, pois agora ele não é único, é multi, é inter.

⁸ A “história”, aqui, pretende referir-se ao sentido proposto por Popkewitz (1994) que, a partir de Foucault, propõe pensar em uma leitura que, ao invés de interpretar fatos e realidades fixas no tempo, explora sistemas de idéias, padrões de pensamento e razão, ou seja, como práticas sociais que constroem os objetos do mundo. Veyne (1995), também com base em Foucault, propõe, para estudar a história, um movimento arqueológico e genealógico para analisar as práticas em cada tempo, correlacionando objetos naturais e fatos com as práticas vizinhas onde se ancoram.

econômicas e produzindo conhecimento socialmente justificado.

Somente com a ressignificação do conhecimento em saúde, com o rompimento da lógica produtiva da medicina influenciada pelo Relatório Flexner⁹ e, mais tarde, pela capitalização do ato médico, bem como com a superação do modelo de Medicina Preventiva¹⁰, Saúde Pública¹¹ ou Comunitária¹² – que levaram ao desenvolvimento de uma chamada Medicina Social¹³ e, mais tarde, no Brasil, a dita Saúde Coletiva – é que foi possível superar alguns entraves na explicação social da saúde da população.

Para Machado (2006, p. 22),

cada ciência é um objeto específico, um objeto discursivo que tem suas características, seus critérios e sua historicidade. Mas a análise de Ganguilhem também não tem determinada ciência como objeto: nem cobre suas fronteiras, nem a elas se limita. O que a especifica, sob esse aspecto, é estar centrada no conceito. É isso, inclusive, que distingue a história epistemológica da história social, dando-lhe um estatuto de disciplina filosófica. Seu objeto não é dado, não está no real, seja ele natural ou social, nem se encontra em nenhuma

⁹ Segundo Silva Júnior (1998), esta reforma foi o marco da medicina científica. “Abraham Flexner, da Universidade de Johns Hopkins, foi convidado pela Fundação Carnegie dos Estados Unidos da América a proceder a uma avaliação da Educação Médica em seu país e no Canadá. Esse relatório (...) teve como impacto o fechamento de 124 das 155 escolas médicas americanas (...). A realização das recomendações desse relatório foi articulada pela Associação Médica Americana e pela indústria, por meio de fundações de amparo à pesquisa que destinaram para isso, de 1910 a 1928, cerca de US\$ 600 milhões” (p. 44-45).

¹⁰ Diferente da Higiene e da Saúde Pública, a Medicina Preventiva é uma evolução da higiene privada, articulava um conjunto de medidas de prevenção, resultando em condutas que preencheriam um attitude ausente da prática médica, ou seja, a atitude preventiva e social. Como se fora um *partido da nova attitude* (integral, preventiva e social), a Medicina Preventiva tornou-se um “centro polarizador de disciplinas não tradicionais dentro da escola médica” (AROUCA, 2003, p. 22).

¹¹ A Saúde Pública aqui abordada pode ser percebida a partir do desenvolvimento das ações higienistas, das práticas sanitárias, para o desenvolvimento de políticas públicas potentes no avanço das ações coletivas para as ações individuais, considerando que ambas devem compor o conjunto de ações que o Estado deve desenvolver.

¹² Aqui se assume o conceito de Donnangelo e Pereira (1979), que consideram que a Medicina Comunitária, enquanto projeto da reforma médica, retoma e reorienta questões do campo da prática médica, subordina a prática à dimensão social do processo saúde-doença, superando o corte entre aspectos orgânicos e psicossociais, entre condutas preventivas e curativas, entre prática individual e efeitos coletivos da atenção à saúde, enfim, é uma resposta à inadequação da prática médica para atender às necessidades de saúde das populações, necessidades que devem ser solucionadas tanto como resposta ao princípio do direito à saúde como por sua significação para o processo de desenvolvimento social.

¹³ A Medicina Social aqui abordada propõe-se a uma aproximação do atual conceito de Saúde Coletiva, assim refere-se ao conceito que considera os seguintes princípios: a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social; condições econômicas e sociais devem ser submetidas à investigação científica; medidas para promover a saúde e combater a doença devem ser sociais e médicas (ROSEN, 1979).

ciência. É construído pela história das ciências independentemente das fronteiras epistemológicas: é a historicidade do discurso científico, historicidade esta que se manifesta no conceito, e só quando constituída como objeto pela história epistemológica permite distinguir um “espaço-tempo ideal” de um ‘espaço-tempo imaginário’.

Este autor segue pontuando:

...Não se trata, portanto, de identificar a epistemologia com a história das teorias ou da constituição de determinada ciência. A história epistemológica se realiza através de uma inter-relação conceitual: relação de um conceito com outros de uma mesma teoria, da mesma ciência, ou mesmo de ciências diferentes. A história conceitual deve “reconstituir a síntese em que o conceito se encontra inserido, isto é, tanto o contexto conceitual quanto a intenção diretriz das experiências ou observações” (Machado, 2006, p. 23).

Assim, resgatar os elementos da historicidade das ciências, as relações dos objetos e sujeitos, dos objetos e práticas, bem como explorar a epistemologia e as relações dos saberes que a conformaram enquanto ciência de uma determinada área como a da saúde, ajuda no processo de compreensão da constituição dos campos de saberes e práticas. Com esta possibilidade de explicação das concepções científicas e epistemológicas, é mais fácil a exploração dos campos conformados ao longo da história, como é o caso da saúde e também da Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva traz sob sua designação curricular, epidemiologistas, planejadores, gestores, profissionais de várias profissões da saúde, pesquisadores de várias tradições disciplinares nas ciências humanas, o que já permite mostrar o quanto a multiplicidade do campo é indicadora de vitalidade e de inovação, o que acaba trazendo também uma responsabilidade ampliada. Por um lado, a multiplicidade e a diversidade demandam a precisão dos enunciados para um debate de fato possível e, de outro, definem o campo desde sempre como militante (CAMARGO JUNIOR, 2001).

Pode-se entender a Saúde Coletiva como um recorte do campo¹⁴ da saúde, sendo parte de uma matriz que transversaliza um conjunto de áreas para, a partir das interseções, produzir saberes e práticas. Assim, podemos entender a Saúde Coletiva como uma parte dinâmica com inserção e interferência no campo da saúde com base

¹⁴ Aqui a noção de campo já é inspirada no conceito de Bourdieu que, em capítulo específico, será melhor descrito.

em pelo menos dois planos de inserção na matriz da saúde, que interagem e dão significado singular a esse campo tipicamente brasileiro. Dito de outra forma, a Saúde Coletiva pode ser entendida como movimento intelectual e moral, e/ou núcleo de saberes e práticas, um núcleo co-produzido por miríades de inter-relações com o campo e, ao mesmo tempo, co-produtor desse mesmo campo. Um plano horizontal pressupõe que saberes e práticas compõem parte dos saberes e práticas de outras categorias e atores sociais, sendo que o mesmo integra um núcleo comum de conhecimento a todos os atores do campo. Outro plano vertical expressa a Saúde Coletiva como uma área específica de intervenção, especializada em seu núcleo de conhecimentos, responsável pela formação do sanitarista. No Brasil, a especialidade não foi fortalecida ao longo dos anos, mas a possibilidade de combinar as duas perspectivas, os dois planos de inserção para poder descrever a Saúde Coletiva enquanto um campo de saberes e práticas em diversos âmbitos (CAMPOS, 2000b).

Dessa forma, o campo da Saúde Coletiva surge também com essa pretensão, de tentar explicar a produção social da saúde alicerçado em um olhar crítico e amplo sobre o “andar a vida” dos indivíduos em suas coletividades de complexos cenários. Assim, a constituição deste campo de produção de conhecimento, de saberes e, por conseqüência, de produção de ações e práticas, foi marcada pela ousadia na junção e intercessão entre as áreas específicas para produzir um novo que reunisse a riqueza das partes e das especificidades. Reconhecendo a importância da diversidade destes saberes e práticas, mas propondo um modo inovador de pensar e fazer saúde, no reconhecimento das inúmeras divisões e especialidades, fomenta-se o priorizar a interlocução e relação entre os diferentes. Talvez seja interessante dizer que não se trata de superposição, mas de agregação e composição, tensionando para que os limites destas divisões sejam fluidas, para que se estabeleçam intercessões¹⁵ que remodelam estas divisões historicamente estabelecidas em resposta às necessidades em saúde. Nesse caso, nem a mutidisciplinaridade, nem a interdisciplinaridade

¹⁵ A intercessão é diferente da intersecção. No primeiro caso, a relação é de conjugação de dois domínios na constituição de um terceiro, que se espera estável, idêntico a si e para o qual se pode definir um objeto próprio. Já a intersecção é a relação que se estabelece entre os termos que se intercedem é de interferência, de intervenção através do atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual, artístico, sócio-político) sobre outro (PASSOS; BARROS, 2000).

poderiam ser as únicas possibilidades para o novo, pois elas mantêm as barreiras disciplinares bem estabelecidas e estabelecem as relações a partir delas.

A intercessão, assim, pode se dar com qualquer elemento. É o caso, inclusive, do analista. Este pode estar como intercessor quando entra no movimento de interferência das diversas linhas que vêm ora da arte, ora da política, ora da filosofia, ora de outro domínio qualquer que esteja em processo de nomadização¹⁶, transmutando-se em devir, sendo minoritário, rompendo-se enquanto totalidade, abandonando seus sujeitos-objetos disciplinados em prol da criação (PASSOS; BARROS, 2000, p. 78).

Segundo Passos e Barros (2000), no movimento de intercessão, os conceitos são como ferramentas, porque se constroem em um certo regime de forças; não são abstratos, não são dados, não são preexistentes, mas em todo o tempo eles compõem um sistema aberto relacionado a circunstâncias, e não mais à essência. Assim, entendemos o porquê de compreender o papel do analista e da análise, ou melhor, auto-análise sistemática que os campos novos se propõem, pois precisamos inventar conceitos, criar conceitos que tenham necessidade a começar dos contextos em que se inserem. Esse processo de (re)invenção constante surge da necessidade de produzir explicações para um mundo complexo e que se significam para além de fronteiras e de barreiras de conhecimentos já estabelecidos. Questionar sempre os lugares, limites e as verdades permite pensar em um novo, permite produzir a partir das relações.

O que se pode fazer em relação a um determinado conceito é percorrer suas linhas de constituição, as relações que foi estabelecendo com as variações dos movimentos. Os intercessores, como bem já nos apontou Deleuze (1990/1992), interessam-nos pelos movimentos, não pelo que se passa antes deles, ou pelo que os causa, mas pelo que se dá “entre”, pelo que está se dando (PASSOS; BARROS, 2000, p. 78).

Nesse sentido, é possível imaginar que novos campos de conhecimento buscam superar as fronteiras rígidas das ciências conforme foram sendo constituídas. Sabe-se que, na história dessas ciências, houve uma forte influência de interesses do Estado e

¹⁶ Segundo Ceccim (2004), a nomadização pode ser pensada a partir do Tratado de nomadologia de Deleuze e Guattari, que expressa que as proposições de um estado nômade de produção de conhecimentos e práticas devem considerar dois modelos em paralelo, um com sentido régio ou legal, estabelecido pela História, às ciências; e um outro com sentido de devir e de heterogeneidade que se opõe ao estável, ao eterno, ao idêntico, ao constante; assim de um lado o estado métrico (conceitos verdadeiros) e de outro o espaço vetorial (campo de vetores).

dos atores sociais da época para sua conformação, pois seu *status* social significava garantia de poder para os seus criadores. Portanto, a manutenção das fronteiras de cada conhecimento era uma estratégia para disputar espaço e poder sobre o objeto da criação. Contudo, essa lógica vem sendo criticada, pretendendo que as fronteiras se tornem mais elásticas ou mesmo permeáveis a diferentes atravessamentos, cruzamentos, intercessões, na busca da explicação e da criação de novos conhecimentos mais adequados à complexidade do mundo moderno. Assim, é possível perceber que, ao longo da história, a ciência e os campos científicos modificaram-se, seja em suas formas de produção e disseminação de conhecimento, seja em sua relação com os contextos sociais, culturais e políticos, ou mesmo nos objetivos de seu desenvolvimento. Isso implicou diretamente nos processos de transformação do Estado e em sua institucionalização enquanto Estado desenvolvimentista. Cohn (1992) chama a atenção ao fato de que o conceito gramsciano de Estado¹⁷ ampliado revela-se como suficientemente elástico para dar conta da complexidade que significa debruçar-se sobre uma formação social capitalista, e mais ainda do capitalismo tardio, como o brasileiro. Pode-se dizer, então, que as racionalidades se constituíram e se reuniram cientificamente enquanto objetos de ação de indivíduos e/ou coletivos em um determinado espaço.

Nessa perspectiva, é importante trazer para esse cenário de reflexão as análises de descontinuidade dos conceitos, elementos fundamentais para o discurso científico, considerando que a epistemologia é uma história conceitual, vulnerável às descontinuidades e aos mais diversos elementos temporais da história das ciências (MACHADO, 2006). Diante desse cenário, questiona-se quais os atravessamentos/descontinuidades que marcam a Saúde Coletiva enquanto área de saber e fazer para o campo da saúde no Brasil. Há especificidades na construção da Saúde Coletiva que justificam uma identidade dessa área ou trata-se apenas de variação pontual da Saúde Pública tradicional ou mesmo da Medicina Social

¹⁷ Cohn (1992), no mesmo texto, chama atenção para o fato de que utiliza o conceito de Estado de classes, muitas vezes mal definido. Paim (2008) explica que o Estado se apóia em certas classes dominadas da sociedade, apresentando-se como seu representante, mediante um complexo processo ideológico. Todavia, nesse processo de dominação hegemônica de classe, o Estado, em última análise, atua em proveito político das classes dominantes recorrendo a dispositivos e aparelhos ideológicos de diversas ordens (p. 42).

latinoamericana?

Logo, é importante compreender o desenvolvimento da ciência na constituição dos Estados e suas retro-implicações, considerando a historicidade dos conceitos em um espaço temporal. Essas relações interferem no trajeto da constituição e afirmação dos campos desde a formulação de conhecimentos e saberes, desenvolvimento de práticas e ações políticas, impactando nos espaços acadêmicos e produtivos do Brasil e influenciando a constituição da Saúde Coletiva.

Na contemporaneidade, há um debate a ser melhor desenvolvido sobre as críticas da ciência e os rumos dela para a conformação do conhecimento, a pesquisa, as práticas e a ação política. É importante lembrar que existem diferentes atores e diversos interesses em constante disputa para legitimação de poder a partir da produção das crenças e das verdades do mundo.

Para Foucault (1979, p. 12),

A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro.

Assim, a produção da verdade seria uma construção configurada pelos tempos e pelas relações que se estabelecem em cada local. A partir desses encontros é que se estabelecem as produções de verdades e que elas circulam enquanto enunciados verdadeiros e valorizados. Podemos dizer que elas operam quase como produtos de uma economia, servem para uma determinada produção, a determinados interesses. A “economia política” da verdade tem cinco características: ela é centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem; ela se submete a constantes interesses da produção econômica e política; ela circula em vários meios de comunicação e educação, sendo objeto de consumo desses meios; pode ser produzida e transmitida sob controle de alguns aparelhos políticos ou econômicos; enfim, ela é objeto de debate político e confronto social (FOUCAULT, 1979).

A possibilidade de manipular a produção de verdades através de interesses dessa dita “economia política” da verdade é marcante em um cenário de disputas econômicas e políticas pela validação de novas teorias, invenções e criações. Entende-se, portanto, que a questão antes colocada a respeito da história das ciências, a industrialização da ciência e a definição das prioridades científicas, também pode ser abordada na perspectiva das verdades aqui expressas. Como desdobramento dessa lógica produtiva, onde a produção das verdades é regida por interesses diversos, entendemos que a ciência tem um problema político para ser resolvido evitando que seja utilizada enquanto “arma de guerra” no cenário político, econômico e social em que surge.

O problema político essencial para o intelectual não é criticar os conteúdos ideológicos que estariam ligados à ciência ou fazer com que sua prática científica seja acompanhada por uma ideologia justa; mas saber se é possível construir uma nova política da verdade. O problema não é mudar a “consciência” das pessoas, o que elas têm na cabeça, mas mudar o regime político, econômico, institucional de produção da verdade. Não se trata de libertar a verdade de todo sistema de poder – o que seria quimérico na medida em que a própria verdade é poder – mas de desvincular o poder da verdade das formas de hegemonia (sociais, econômicas, culturais) no interior das quais ela funciona no momento. Em suma, a questão política não é o erro, a ilusão, a consciência alienada ou a ideologia: é a própria verdade (FOUCAULT, 1979, p. 14).

Por isso, considera-se que, para a produção de reflexões sobre o campo da Saúde Coletiva, ao considerar a produção dos saberes e das verdades, torna-se relevante investigar os cenários e as relações de poder, muitas vezes conflituosas e que geram jogos e disputas, que estão colocadas na trajetória da constituição da Saúde Coletiva, para compreender o *status quo* atual e sua interação ou afirmação com a lógica produtiva da saúde.

2 ENCONTROS NOS ENTRE-MEIOS: uma proposta metodológica

Esse estudo objetivou explorar, com base na compreensão da relação da trajetória das ciências com o campo da Saúde Coletiva, a trajetória histórico-política-conceitual dessa constituição, respondendo às perguntas de como se constituiu no Brasil, que elementos são importantes para entender as relações estabelecidas no campo, quais os discursos de seus atores/protagonistas e que relações entre esses atores foram importantes para esse percurso brasileiro.

Entre os objetivos específicos do estudo, buscou-se sistematizar e reconhecer os pressupostos teórico-conceituais, do campo da história das ciências e sua relação com a saúde; identificar os atores/protagonistas de relevância para o resgate dessa trajetória no Brasil; caracterizar os momentos e fatos importantes nessa trajetória; e analisar e explorar os discursos e relacioná-los com as produções de conhecimento, de políticas e de práxis na saúde, inseridos no contexto de constituição da Saúde Coletiva no Brasil.

Para entendimento da proposta metodológica, é importante conceituar os “entre-meios” trazidos para esse estudo. Essa proposta foi estimulada pelas próprias reflexões trazidas pelo estudo em relação à produção de conhecimento em um mundo onde as ciências pós-modernas buscam se aproximar cada vez mais dos objetos de estudo. Assim, a produção em si buscou trazer elementos metodológicos coerentes com as reflexões sobre as ciências e os campos de conhecimento. Já baseado nas reflexões sobre a Saúde Coletiva e se colocando enquanto produção deste campo, o presente estudo buscou atravessar fronteiras, barreiras, conceitos e teorias pré-estabelecidas para problematizar desde os encontros nos “entre-meios”. Nesse caso, os “entre-meios” são as relações que se estabelecem a partir *dos* e *com* os meios, as teorias, os objetos empíricos e os olhares dos diferentes atores. Essas relações trazem o protagonismo das interações e subjetivações apoiados nos objetos de estudo.

A metodologia se dá no *ato dos encontros* de dispositivos analisadores e objetos a serem analisados. Os meios aqui são os conceitos, as teorias, as produções, as falas dos atores e as próprias reflexões da pesquisadora. A expressão “entre-meios” pretende designar uma abordagem operacional da pesquisa na qual o objeto tem a

prerrogativa de reivindicar certos recursos singulares que, combinados entre si, compõem a metodologia. Inverte-se, com efeito, a relação entre metodologia e objeto freqüente nas pesquisas. Essa expressão está próxima à produção cartográfica que propõem Ceccim e Ferla (2005), e busca aproximar-se da metáfora criada por Boaventura Santos (2006b): o conhecimento produzido na medida em que dialoga prudentemente com a qualificação da vida, portanto, do conhecimento produzido assentado no compromisso ético por ampliar os padrões de qualidade de vida (*uma vida mais decente*). Assim, o plano das (entre)relações de teorias, objetos empíricos e olhares dos diferentes atores terá o destaque de produzir o conhecimento que a dissertação pretende oferecer à Saúde Coletiva. Nesse cenário, estabeleceram-se as reflexões e os apontamentos aqui apresentados.

A produção desse estudo se deu a partir de um protagonismo da pesquisadora em sua relação afetiva com a temática. A apresentação resgatou a trajetória de formação da pesquisadora para melhor entender que o objeto de estudo se constitui enquanto objeto de pesquisa no âmbito do encontro do fazer profissional com o fazer autoral. As reflexões aqui apresentadas buscam trazer novos elementos para entender o campo da Saúde Coletiva e seus múltiplos espaços de criação, demonstrando as possibilidades para a ação e intervenção nele.

A trajetória metodológica se desenvolveu pela reconstituição da história de construção da Saúde Coletiva alicerçado na exploração da história de sua origem (história das ciências e da crise de seus paradigmas) e da caracterização de sua trajetória, considerando que a conformação das ciências tem influência nesse cenário.

Nesse sentido, partindo do pressuposto de que existe uma significativa influência do desenvolvimento do Estado influenciando a formatação e constituição dos campos científicos ao longo do tempo, buscou-se explorar como esse pressuposto se configurou em relação à Saúde Coletiva. Pretendeu-se construir um olhar crítico para os usos ou desusos da produção ou atuação em Saúde Coletiva, compreendendo-os nos contextos sociais, culturais e políticos, e relacionando-os com os demais fatores que se configuram enquanto ações desenvolvidas em saúde.

Para a análise da constituição da Saúde Coletiva enquanto campo de saberes e

práticas brasileiro¹⁸, buscou-se forjar um estudo exploratório, de caráter teórico e conceitual, que permitisse o encontro com as produções bibliográficas e documentais e com atores destacados desse campo. Para tanto, mapearam-se os principais referenciais teóricos que abordassem o objeto em questão, bem como se construiu interlocução com estes atores. Além disso, por se tratar de um estudo sobre a constituição de ciência, também se fez uma exploração sobre a teoria da sociologia da ciência na medida em que a mesma oferece alguns elementos de base teórica e conceitual e pressupostos para subsidiar o presente estudo.

Buscando trazer o elemento dos discursos dos atores/protagonistas da trajetória da Saúde Coletiva no Brasil, além da pesquisa em materiais bibliográficos (artigos e livros), procurou-se dialogar com os atores mencionados, a partir de suas produções aqui resgatadas, pois foram considerados como um grupo de especialistas por sua importante participação no campo, sua relação com o objeto pesquisado. Esse grupo de entrevistados foi composto por personalidades do campo, participantes na atualidade ou em épocas anteriores de entidades relevantes no campo, a exemplo do Cebes e da Abrasco¹⁹. Estão também envolvidos com a produção de conhecimento, a formulação e a execução de políticas de saúde e/ou com o desenvolvimento de práticas. Todos foram identificados a partir da pesquisa sobre o tema em materiais bibliográficos e do processo de orientação para desenvolvimento do presente estudo. Os participantes aqui apresentados foram os atores sociais protagonistas do campo identificados e localizados para realização das entrevistas. É importante destacar que alguns dos entrevistados inicialmente definidos para participar das entrevistas não foram encontrados pela pesquisadora, mas os mesmos foram referenciados por seu importante papel na história de constituição do campo e deverão ser procurados para uma possível continuação desse estudo. Entretanto, a dificuldade operacional em incluí-los na pesquisa empírica, contornada em parte pela análise transversal de suas

¹⁸ A escolha pela brasilidade do objeto a ser estudado não é simplesmente um recorte metodológico. Apesar de alguns movimentos latino-americanos também construírem desdobramentos importantes sobre o mesmo objeto, a Saúde Coletiva; a escolha considerou que, nesse país, os desdobramentos de muitos movimentos levaram a uma constituição singular do Brasil, pelo momento histórico, pelo cenário social e pela movimentação e relação que os diferentes atores tiveram no campo.

¹⁹ O Cebes e a Abrasco são melhor apresentados em capítulo específico, nas páginas 49 a 55 deste estudo.

produções disponíveis nas bases de conhecimento utilizadas, não tem efeitos substantivos no resultado da pesquisa, na medida em que os sujeitos que foram entrevistados mostraram grande capacidade de oferecer evidências aos objetivos da mesma que superam, em muito, as questões formuladas inicialmente. Alcançou-se a saturação dos dados para a resposta às questões inicialmente propostas e, tendo em vista a relevância desses sujeitos para a Saúde Coletiva, optou-se por compartilhar o Banco de Dados (Anexo II), onde as entrevistas estão na íntegra, e poderão ser utilizadas por estudos posteriores que busquem aprofundar outras questões de pesquisa.

Os entrevistados foram selecionados intencionalmente devido à sua implicação com a estruturação da Saúde Coletiva como campo teórico e prático no Brasil. Mais uma vez é importante lembrar que outros atores também foram selecionados, mas aqui não foram apresentados e entrevistados. A etapa que envolveu entrevistas semi-estruturadas com o grupo de especialistas da área se deu após o estudo bibliográfico e documental para confirmar a composição desse grupo.

Houve contato prévio com os entrevistados para esclarecer os propósitos da pesquisa e a metodologia a ser utilizada. Após a concordância dos participantes, marcou-se inicialmente uma entrevista exploratória individual, que foi gravada; posteriormente, as falas foram transcritas e enviadas para que os entrevistados validassem os dados coletados. Na entrevista, foram assinados os Termos de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice I) e, na etapa de validação das falas transcritas, foram assinados os Protocolos de autorização de uso do conteúdo de entrevista (Apêndice II). A metodologia previa a identificação dos participantes por sua relevância com o objeto de estudo, sendo que a mesma foi autorizada por instrumentos de relação ética do pesquisador e participante.

O projeto que deu início a esse estudo passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ e foi aprovado na reunião do dia 13 de novembro de 2008 (Anexo I).

O projeto também foi qualificado em banca no IMS/UERJ no dia 17 de junho de 2008, sendo que correções no caminho metodológico foram feitas a partir da reflexão

com os professores avaliadores da banca.

3 OS ATORES DA SAÚDE COLETIVA EM CENA “NO BRASIL”

*“A própria expressão saúde coletiva é coisa nossa,
é uma expressão nascida aqui no Brasil”
(JSP).*

É sabido que alguns episódios que marcaram a trajetória da Reforma Sanitária brasileira, bem como o processo de construção do SUS no Brasil, foram referências para conformação de saberes e práticas que hoje são mais facilmente identificados como do campo da Saúde Coletiva. Os marcos que permearam a história brasileira de conformação do próprio Estado são notadamente parte integrante desse processo, o qual não apresenta linearidade justamente por se tratar de um campo complexo. Os atores que desempenharam papéis protagonistas ao longo desse processo, demarcando suas concepções, idéias e seus desejos, foram os responsáveis pela trajetória da Saúde Coletiva no Brasil.

Os atores sociais aqui trazidos são entendidos como indivíduos e coletivos protagonistas de ações marcantes na constituição do campo e que foram produto de suas relações entre si e com os diferentes elementos do cenário do Estado brasileiro. Estes protagonistas são representantes de sujeitos e/ou de organizações ou coletividades, portadores de saberes e fazeres, responsáveis pelos movimentos de encontros das relações por eles estabelecidas, que mobilizaram episódios relevantes nessa trajetória. Eles são protagonistas de sua existência, de si, e da coletividade a partir de sua relação com os outros e com o espaço social. É importante lembrar que a trajetória da Saúde Coletiva no Brasil teve interferências e influências do processo e movimento da Reforma Sanitária e da criação do SUS. Contudo, não são somente essas que marcaram essa história tipicamente brasileira. A história da Reforma Sanitária não é a história da Saúde Coletiva no Brasil: ela é parte contida e intercessora dessa trajetória; às vezes se confundem em determinados episódios marcantes, porém, as duas não são a mesma.

...A Reforma Sanitária, enquanto fenômeno histórico e social, poderia ser analisada como *idéia-proposta-projeto-movimento-processo*: *idéia* que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; *proposta* como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; *projeto* enquanto

síntese contraditória de políticas; *movimento* como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; *processo* enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais, econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas (PAIM, 2008, p. 36).

A Reforma Sanitária se constituiu como um acontecimento histórico que explica a construção do SUS em um projeto social ampliado; no entanto, essa análise traz o componente da singularidade da Saúde Coletiva, desse campo que é científico, disciplinar, político, ideológico, militante e social. O campo da Saúde Coletiva está em aberto e se nutre de muitas idéias para se explicar, traz o componente histórico para a compreensão de muitos fatos políticos e sociais dos episódios marcantes, porém também traz a perspectiva da produção de conhecimentos que hoje se apresentam organizados nos espaços da ciência e da vida.

Portanto, a opção metodológica desse estudo, pelo diálogo com os participantes, bem como pela análise de suas falas, retrata a relevância que as idéias e compreensões dos atores envolvidos nesse campo têm para a reflexão sobre a constituição da Saúde Coletiva. Os atores nos ajudam a *viajar* pelo tempo e espaço dessa trajetória.

As obras pesquisadas sobre a Reforma Sanitária Brasileira, bem como a criação do SUS, trouxeram os episódios históricos relevantes nesse estudo. Aqui são apresentadas as idéias e reflexões deles com base no entendimento de seus espaços intercessores com a trajetória da Saúde Coletiva.

Os desafios postos pelos sanitaristas, as críticas à medicina preventiva, a descrição da crise da saúde pública, os desafios identificados na medicina comunitária e as iniciativas da área de planejamento foram episódios marcantes. A Reforma Psiquiátrica, o surgimento da epidemiologia social e o desenvolvimento do planejamento e da gestão em saúde são também importantes marcos da história de constituição do campo da Saúde Coletiva.

Além disso, tem relevância para essa trajetória o surgimento dos programas de pós-graduação e a formação de núcleos de estudos em Saúde Coletiva, a formação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e, posteriormente, a organização da Associação

Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Assim, “muitos começos poderiam ser pensados para se iniciar a narrativa de uma história tão recente quanto rica e complexa” (LIMA; SANTANA, 2006, p. 9).

Nota-se que, independente de como se contará a história da Saúde Coletiva, ciência e política aparecem como as bases da constituição da saúde como área de conhecimento e de prática social. Essa base pode ser identificada já nos primeiros anos da República, e esteve presente, também, na origem do movimento sanitaria dos anos 1970 e 1980, obtendo grande destaque em 1988 no processo de criação do SUS. Para melhor entendermos a constituição do campo da Saúde Coletiva no Brasil, aqui serão apresentados e explorados alguns elementos trazidos pelos participantes do estudo e nas pesquisas bibliográficas e documentais, sendo que os mesmos servirão como base para compreensão dessa trajetória, relacionando os diferentes aspectos trazidos para a reflexão.

3.1 As origens

Ao refletirmos sobre a constituição do campo da Saúde Coletiva, considerando que ele se dá em ato pelas ações e relações entre os atores, devemos resgatar suas origens, sua memória, quem e o que foi relevante nessa trajetória.

As relações com outros países estabelecidas no âmbito da academia foram marcantes e foram dispositivos para a trajetória brasileira. Especialmente a influência de Juan César Garcia foi levantada como positiva, segundo os participantes comentam:

“Juan César Garcia foi uma pessoa que nos agregou muito, além do Everardo Nunes que nos fez articular com o movimento latinoamericano que naquela época tinha muito mais punjança do que o brasileiro nessa reflexão.” (SF)

“O Juan César Garcia foi uma espécie de catalisador nesse movimento crítico em relação à medicina preventiva e em relação à saúde pública institucionalizada, sobretudo naquele modelo que eu denomino modelo rockefelleriano. Nesse particular, Juan César Garcia e essas pessoas que trabalhavam naquela época na crítica à saúde pública e à medicina preventiva optaram por usar a expressão: Medicina Social. Então, na realidade, a primeira ruptura que se faz com a saúde pública convencional, com a medicina

preventiva e com a saúde e medicina comunitária, é resgatando todo o ideário da Medicina Social e as formulações teóricas e políticas – de certa forma científicas – do Rudolph Virchow da Alemanha do século XIX. Essa recuperação, o resgate da Medicina Social, foi que inspirou esse movimento de ruptura na década de 70. Da Medicina Social a usar-se posteriormente a expressão Saúde Coletiva, há algumas particularidades, mas, na realidade, nós temos Medicina Social e depois a expressão Saúde Coletiva.” (JSP)

Jairnilson Silva Paim, nestas falas, bem como em sua tese intitulada “Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para compreensão e crítica” publicada em 2008, ressalta a presença de alguns atores na constituição do campo como estimuladores das ações desencadeadas. Aqui se refere a Juan César Garcia:

“O Juan César foi um grande estimulador do Arouca, grande estimulador do trabalho, da criação do mestrado de Medicina Social da UERJ, Instituto de Medicina Social, então, essa figura sempre foi marxista.” (JSP)

Para além dele, é importante compreender que o movimento sanitário brasileiro e o movimento de rupturas com barreiras disciplinares no campo da saúde não estavam ocorrendo apenas no Brasil, mas os países latino-americanos também viviam um momento de efervescência. A medicina era questionada, e os conceitos de Medicina Social começavam a aparecer e se significar no berço das ciências sociais; a saúde pública já não dava conta de explicar o fenômeno saúde-doença, e os atores buscavam entender como o conjunto de saberes científicos poderia facilitar a compreensão de um mundo novo cheio de condicionantes e determinantes que apareciam em um cenário de transformação social, política e econômica, influenciada pelo avanço do capitalismo e a criação de novas tecnologias.

“Saúde Coletiva tem muito a marca do Brasil. Depois os companheiros da América Latina passaram de alguma forma a se identificar e a utilizar. Agora, esta ruptura com a saúde pública institucionalizada, com a medicina preventiva e com a medicina comunitária, ou saúde comunitária, não foi realizada apenas por brasileiros. Os brasileiros tiveram uma participação importante. Essa ruptura foi iniciada, ao longo da década de 70, com um papel muito importante do grupo do México, do grupo do Equador com Jaime Breilh e Edmundo Granda, com alguns elementos que foram se formando, particularmente em mestrados inovadores, como o Mestrado de Medicina Social da UERJ e a matriz dessas três linhas que eu estou citando: Equador, México e Brasil (e dentro do Brasil com destaque para a UERJ) (...). Essas três linhas tinham um ponto comum, que se localizava em uma grande figura de um sociólogo argentino chamado Juan César Garcia, responsável pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS (...). De alguma forma, foi um dos grandes

estimuladores desse processo de revisão crítica e, do ponto de vista da pós-graduação, teve esse mapeamento que eu estou colocando aqui, mas, ao mesmo tempo, foi um dos grandes incentivadores de uma tese que até Sérgio Arouca fez uma ruptura com a medicina preventiva. De certa maneira, ele contribuiu para a difusão da tese de Cecília Donnangelo sobre saúde comunitária, também uma crítica.” (JSP)

No Brasil, esse espaço de contestação das explicações estabelecidas desencadeou a produção de estudos que hoje são considerados marcadores de um processo de ruptura, que tiveram influência no movimento sanitário e posterior definição do SUS, mas também para contestar a divisão das ciências avançando nos entrecruzamentos para melhor entender a realidade complexa da saúde dos indivíduos e das coletividades.

“No Brasil, indiscutivelmente, Sérgio Arouca e Cecília Donnangelo são as referências centrais em pensar a crítica e a construção do campo.” (JSP)

“Cecília Donnangelo, primeiro pela crítica e depois pela sistematização do que existia naquela época; e Sérgio Arouca pela contribuição da tese dele, para mim, são as referências centrais e iniciais; os pioneiros dessa ruptura. Posteriormente, outros autores vão contribuindo para a delimitação. Nesse particular, a Sônia Fleury teve um papel interessante...” (JSP)

Mais tarde, outros atores entraram em cena e também romperam barreiras importantes.

“O próprio Hésio Cordeiro, ao levar essas questões para o CNPq, teve um papel importante, ele e Cecília Magaldi, ao delimitar essa área dentro do CNPq (...). Alguma coisa de Madel e também eu, Naomar e tantos outros.” (JSP)

3.2 Os espaços / lugares

No Brasil, por influência dos debates latino-americanos sobre a medicina e pela necessidade de construção de novos espaços institucionais para acolher um conjunto de atores que desejavam rediscutir a medicina, a higiene e a saúde pública, e trazer para cena um olhar das ciências sociais, foram sendo formados novos núcleos de medicina preventiva ou sendo renomeados para tal.

“Os departamentos de medicina preventiva vão adquirindo nomes tipo Departamento de Medicina Preventiva e Medicina Social. Alguns já vão olhando para frente pensando em formar o campo da Saúde Coletiva dentro do campo científico. Em 77, já começa a se avizinhar a construção das pós-graduações, algumas já em atividade formando novos quadros com essa produção, alimentando até esse movimento, e a Abrasco aparecerá nesta situação. (...) Alguns de nós em São Paulo se aproximaram do mestrado que a Cecília Donnangelo e o Guilherme Rodrigues da Silva tocavam na Medicina Preventiva e Social da USP. Eu fazia mestrado com ela, Davi Capistrano se inscreveu no mestrado, mas não acabou, Ricardo Bruno estava já acabando o mestrado lá, Lília Blima estava fazendo mestrado...” (EEM)

Em diferentes países, houve a criação de cursos de pós-graduação em Medicina Social e a revisão das abordagens predominantes em centros universitários e de Saúde Pública. No Brasil, em 1973, foi criado o primeiro curso de Medicina Social no continente – o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ) –, com apoio da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), da Fundação Kellog e da principal agência de fomento à pesquisa no Brasil daquele período: a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep).

“Em 1974, o Hésio me chama, porque ele estava organizando, com outros colegas, um mestrado em Medicina Social multidisciplinar, na época, que incluía Sociólogo, Filósofo, Economista, Cientista Político, Demógrafo. Ora, você pode imaginar que eles iam olhar a saúde desses diversos pontos de vista, dessas perspectivas. Eu achei aquilo muito avançado. Em 74, era muito avançado. Então, você tinha o Roberto Machado com essa questão da Filosofia, do Foucault, e aquilo tudo. Foi inclusive o Instituto de Medicina Social um dos que trouxeram Foucault para o Brasil. Você tinha também o José Luis Fiori, que era um cientista político e economista que, na época, tentava ver a coisa de uma maneira mais ampla da Economia Política. A Maria da Conceição Tavares. Tinha, também, o Jurandir Freire Costa e o Joel Birman, que são os primeiros a serem formados. E tinha muito poucos epidemiólogos, pouco. A Epidemiologia nunca foi assim o elemento detonador do Instituto de Medicina Social, da proposta do Mestrado; mas sim, a política de saúde, mas a política vista de um olhar múltiplo, de um olhar abrangente, multidisciplinar.” (MTL)

“Sobre o IMS: eu faço parte desde o início da criação do mestrado. Eu estou entre os fundadores daquele mestrado. Não fui eu quem tive a idéia; eu fui chamada para uma idéia que existia, mas, a partir daí, eu ajudo a construir também as coisas. (...). Um campo que eu ajudei a construir foi justamente o campo dos estudos sobre políticas e instituições de saúde, as instituições médicas. (...) Tinha um trabalho da Cecília Donnangelo, que era também uma cientista social, que foi fundamental para colocar as ciências sociais no campo da saúde lá na USP na Medicina Preventiva.” (MTL)

“Desde o início, o projeto do IMS, inspirado na teimosia e obstinação do Prof. Américo Piquet Carneiro, pretendia reformar a teoria, sem se alijar da prática. O trabalho intelectual não se dissociava das ações técnicas ou políticas” (CORDEIRO, 2004, p. 344). A criação do IMS foi um episódio dessa trajetória relevante, pois conseguiu reunir grande parte dos debates propostos em um projeto de programa inovador, multidisciplinar, que vislumbrava “a utopia de uma interdisciplinaridade que se traduziria em um trabalho coletivo, que resultasse na construção de diferentes paradigmas em Medicina Social” (CORDEIRO, 2004, p. 345).

“Então, já naquele momento, estava ali a semente da Saúde Coletiva, no IMS. Foi em seguida, em 78, que essas pessoas todas que estavam ali, que eram da área da saúde – José Carvalho Noronha, Reinaldo Guimarães e também um pessoal da USP, da Medicina Preventiva da USP, o pessoal da Bahia lá do ISC da Bahia, os mais antigos, Jairnilson Silva Paim – eles todos estavam com um projeto de que as políticas saúde tivessem um outro contexto completamente diferente e que fosse centrado na questão da Saúde Coletiva. (...) Nascerá a Saúde Coletiva e uma organização brasileira em relação à Saúde Coletiva, que vem a ser a Abrasco, isso no final dos anos 70 (...). A Saúde Coletiva é um passo importante nessa história da produção do conhecimento no campo da saúde e os atores são esses que eu falei. São instituições, em geral, de ensino no campo da Medicina Preventiva, da Saúde Pública e são políticos que querem realmente um outro projeto de saúde, de política de saúde, para a população.” (MTL)

É importante destacar que a base acadêmica da Saúde Coletiva no país consolidou-se pelas iniciativas de vários cursos de pós-graduação criados que sustentaram a produção de novos saberes para o campo. São eles: Campi de São Paulo e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

“Há diversos atores em diversos núcleos do País: Bahia, São Paulo e Rio de Janeiro. Começam a pipocar nos anos 80 vários centros, a partir desses (...): Cecília Donnangelo e Guilherme Rodrigues da Silva na USP; Jairnilson Paim, depois, em seguida, porque é um pouco mais jovem, o Naomar na Bahia; aqui no Rio você terá Cecília Minayo. Você terá, na Escola Nacional de Saúde Pública, um grupo também de pessoas que serão importantes.” (MTL)

“A Escola de Saúde Pública... a Faculdade de Saúde Pública de São Paulo tinha uma grande tradição sanitária, vinculada aos serviços que criavam espaços mais restritos de possibilidade de crítica, porque a Faculdade de

Saúde Pública, em São Paulo, sempre teve uma proximidade muito grande com os serviços.” (JSP)

“O grupo de Ribeirão Preto foi um grupo muito importante na própria passagem da Medicina Preventiva para aquilo que poderíamos chamar de Medicina Social. (...) Sebastião foi uma das figuras que passou como residente em Ribeirão Preto, José Carlos Carneiro, que hoje é presidente da Abrasco, era o professor de Ribeirão Preto...” (JSP)

“Minas Gerais tem pessoas, por exemplo, como Francisco Campos, (...) que construiu o internato rural na Universidade Federal de Minas Gerais, no âmbito dos serviços e, sobretudo, da educação médica, também teve um papel importante.” (JSP)

“Eu lembraria, por exemplo, da Paraíba, também de uma pessoa que tinha feito o curso no grupo do Sérgio Arouca, Beti... Eu lembraria, por exemplo, o Rio Grande do Sul que a Secretaria já tinha uma Escola e participou ativamente dos chamados Cursos Básicos Regionalizados de Saúde Pública.” (JSP)

“... Figuras como: Guilherme Rodrigues da Silva, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Lilia Schraiber, Paulo Elias; são figuras muito importantes neste pólo São Paulo, que era uma constituição diferente da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo que eu já tinha referido antes. E o grupo do Rio de Janeiro, pela ENSP e pela UERJ, figuras como: o Hésio, tiveram, teve uma liderança muito grande; a Madel Luz, tendo sido aluna de Foucault; de Roberto Machado, Jurandir Costa; várias pessoas que tiveram um papel muito importante.” (JSP)

Além desses, também havia um ator importante, lembrado por Jairnilson Silva Paim e Sônia Fleury:

“A Escola Nacional de Saúde Pública teve a possibilidade de uma certa oxigenação, por aquelas coincidências que não são coincidências, ou seja, o Sérgio Arouca foi perseguido e todo o seu grupo na UNICAMP tão logo estavam percebendo o trabalho (...) como uma tese marxista. Então, quando o Sérgio Arouca, praticamente perseguido ou expulso da UNICAMP, encontra um espaço e faz um concurso – fez um concurso, ele entrou pela porta da frente na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Ele, portanto, quase como um indutor de processos de mudanças, passa a ter uma modificação no ensino da Saúde Coletiva dentro da ENSP e isso associado a algumas articulações como a criação do Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (PESES) e do Programa de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia (PEPE). Esses dois mecanismos que o Arouca estava envolvido permitiram uma difusão e um conjunto de articulações com outros espaços acadêmicos da pós-graduação no Brasil.” (JSP)

“O programa PESES que foi coordenado pelo Sérgio Arouca foi outro grande avanço, na medida em que a própria construção, com linhas não só disciplinares (...), tinha uma área de economia na saúde, do Braga e do Sérgio Goes; a outra parte que era já da organização da política de saúde e dos serviços, que antes trabalhava com a idéia de complexo previdenciário, eu e o Jaime; depois tinha uma outra que era mais histórica, mais antropológica. As ciências sociais dividiram-se um pouco disciplinarmente, não tinha um discurso próprio da Saúde Coletiva; era um discurso de como aplicar aquela ciência social para ver a questão da saúde naquele momento. E, desse ponto de vista penso que já se superou muito essa visão simplesmente disciplinar. Até em alguns departamentos de ciências sociais ainda continuam pensando assim, mas a produção como um todo já avançou muito.” (SF)

“Então, o PESES foi muito estratégico, e outros centros mais regionais que tinham alguma importância, como o da Bahia que tinha grande importância e até antecedia o próprio PESES, no sentido da produção, o próprio Jairnilson já começava, mas o PESES também se organizou. Tinha uma área dele que era sobre formação, que é o Chico Gordo que trabalhava nisso, e aí houve esse esforço de formar os núcleos regionais. Penso que daí ele deu frutos. O Instituto de Medicina Social foi absolutamente importante para a formação de todos nós. Ele agregou em um certo momento, na Escola de Saúde Pública tinha o PESES, mas não a instituição que era extremamente tradicional naquele tempo, que eram as escolas de saúde pública. E onde havia um discurso que era extremamente próprio era no IMS.” (SF)

Além disso, é importante lembrar o papel do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). São vários os espaços / lugares onde houve reflexão e produção para o campo. Especialmente em Campinas, havia um grupo com grande presença, tanto na academia como nos espaços sociais, dos serviços e dos movimentos e que, depois, teve uma representação importante para toda a trajetória do campo da Saúde Coletiva no Brasil.

“Particularmente, o grupo da Pós-graduação em Medicina Preventiva sob a liderança de Cecília Donnangelo e Guilherme Rodrigues da Silva. Nós, de alguma forma, contribuimos também. Campinas, com a saída do Arouca, teve uma dificuldade muito grande em se manter enquanto tal; então, as pessoas que ficaram depois da saída do Arouca, no limite, tentavam evitar o pior. Só posteriormente é que ela se ampliará com Emerson Merhy, com o Gastão Wagner e outros colegas.” (JSP)

“Em Campinas, por exemplo, o Everardo, o grupo que o Everardo coloca, que teve um papel lá na política; o Gastão Wagner que foi muito, muito importante em um determinado momento da descentralização; tem várias pessoas também. Até para o nordeste tem algumas que eu não to me lembrando... o Eymar, mais tarde, mais nos anos 90 (...). Sei lá, uma fonte onde aquilo começa

a correr, aquilo vira um rio e vai avançando.” (MTL)

José da Silva Guedes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) cita que, em 1963, foi criada a Medicina Preventiva da Unicamp e de Botucatu e que Sérgio Arouca, Anamaria Tambellini e o grupo que estava em Ribeirão Preto foram acolhidos na Unicamp. Havia, então, um movimento de efervescência no qual vários coletivos estavam se encontrando pelo país para repensarem a saúde.

A Saúde Coletiva em cena tem diversos atores sociais e mobiliza os indivíduos e coletivos para debates sobre a saúde, bem como se apresenta como militante para a construção de outras políticas de saúde no país, partindo de espaços e atores institucionais e instituintes.

“Quando a Abrasco aparece, tem núcleos acadêmicos desse movimento interessante. Por exemplo, Ricardo Bruno nunca foi ser um sanitarista; ele faz o curso de saúde pública e fica na universidade. Eu mesmo fui para a universidade sete anos depois. Pessoas que nem o Arouca ficam na universidade; pessoas que nem a Lília que começa na secretaria estadual, mas fica seis meses e vai embora para a universidade. (...) A Abrasco nasce nesse contexto. Você tem uma massa crítica que não é pouca, tem Cecília Donnangelo em São Paulo, Guilherme Rodrigues da Silva em São Paulo, e vários outros, Cavaleiro em Ribeirão Preto, o Arouca que estava sendo expulso da Unicamp e estava indo para a Fiocruz, o Joaquim Alberto Cardoso de Melo que estava saindo da Unicamp e indo para a Fiocruz, a Madel que estava chegando da França e estava no IMS, o Hésio Cordeiro que estava fundando o IMS na UERJ. Então, isso é um movimento que nesses anos vai adquirindo uma massa crítica e uma institucionalização do espaço acadêmico com uma intensidade mais tranquila do que o que nós íamos conquistando no movimento social, porque a universidade comportava essas intervenções. Então, em 77, 78, 79, apesar dos vários fóruns de desenvolvimento social, nosso nível de institucionalidade era muito menor do que o movimento que as pós-graduações vinham fazendo. Então, aparentemente, parece que a Saúde Coletiva está andando por dentro da universidade, mas não estava. Por exemplo, em 77, 78 na zona urbana de São Paulo, com a ação desses sanitaristas que estou te contando, temos processos eleitorais no movimento popular de saúde, que mobiliza cem mil pessoas em um domingo para eleger seus representantes nos centros de saúde. Isso não era institucionalizado que nem na universidade.” (EEM)

Na tentativa de resgatar a história e a memória sobre os diferentes e muitos atores, lugares e espaços que estavam em cena – que se fizeram marcantes enquanto pólos de criação de movimento, de identidade com um espaço militante dessa “nova ciência” que estava se configurando como a Saúde Coletiva Brasileira – as falas aqui

apresentadas marcam que existem muitos olhares. Há pontos de encontro, consensos, histórias contadas de forma diferentes e desencontros nos olhares dos muitos atores envolvidos. Essa diversidade é uma característica da Saúde Coletiva, da diversidade da produção. Os muitos olhares são instigados por diferentes concepções e, nesse caso, se configuram com diferentes inserções nesse campo. Pode-se reforçar a idéia de que diferentes atores em cena, com diferentes localizações na cena e com divergências sobre a origem, demonstram um possível campo de forças, onde a tensão e o contato entre eles configuram um plano de heterogeneidade familiar para a Saúde Coletiva e que se fortalece na perspectiva de sua atualização, onde o campo científico se abre à vigência das práticas, onde as histórias se cruzam para criar uma nova história, onde os pontos de vistas e as concepções são colocados na cena para novas produções: esse é o movimento da Saúde Coletiva.

3.3 Um episódio interessante: o Curso Curto

Para entender melhor o movimento feito dentro da academia – mas que influenciou tanto fora como dentro – aqui se relata a experiência do Curso Curto da USP realizado na década de 70 a pedido do então Secretário de Saúde do Estado de São Paulo, Walter Leser, com o intuito de formar muitos sanitaristas para habitarem os espaços institucionais da Secretaria para enfrentarem a crise da saúde pública.

José da Silva Guedes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) comenta que, em 1975, o Leser conta com o apoio do Ministério da Saúde para criar o chamado “curso curto” junto com a Faculdade de Saúde Pública da USP, com a pretensão de formar 400 sanitaristas em curto prazo, sendo que muitos foram recrutados nas residências de medicina preventiva.

“Os anos 70, em particular, em 74, 75 e 76, no estado de São Paulo, havia um governo ligado à ditadura que convivia com uma grande crise sanitária. A cidade de São Paulo tinha uma mortalidade de 100 por 1000 nesse período; havia uma crise sanitária em São Paulo. Então, o governo de São Paulo, de um Governador chamado Paulo Egídio Martins, chama para ser sanitarista, um importante professor da Paulista, chamado Walter Leser, da UNIFESP hoje, um cara tecnocrata – havia muitos tecnocratas no Brasil nessa época. Nesse processo, o Leser fez um acordo com a faculdade de Saúde Pública da USP,

que precisava de muitos sanitaristas novos, porque os sanitaristas velhos não serviam para mais nada, tinham que ser trocados. Na verdade, ele queria invadir a Secretaria Estadual da Saúde de novos coletivos. Ele usava essa frase, de novos sanitaristas para levar novas idéias. Aí a USP topou e fez um curso curto de formação de sanitarista, que é de um semestre. O curso era de um ano, e ele consegue fazer o curso em um semestre, e abre 50 vagas por ano. Em quatro anos ele joga 40 sanitaristas novos dentro da Secretaria Estadual, e eu sou da primeira turma, que é do segundo semestre de 76.” (EEM)

A estratégia para combater a crise da saúde pública em São Paulo com a formação de sanitaristas teve significativa importância para a organização dos atores sociais em torno de questões sobre a saúde que estavam em análise no período. Digamos que houve encontros entre um fato que deveria ser enfrentado e um movimento que desejava questionar os modos de enfrentamento. A partir daí, não foram criados modelos de amortizar a taxa de mortalidade, mas foram elaborados métodos de análise dos indicadores relacionando com os campos sociais. Isso resultou em um grande encontro de atores para a Saúde Coletiva, bem como de episódios que se relacionavam. Destes encontros, nasceu o Cebes.

“Parte dessas pessoas participou de um curso de Saúde Pública em São Paulo. Walter Leser era o Secretário de Saúde de São Paulo e estava querendo dar ênfase ao trabalho de sanitaristas na rede pública; então, com isso, ele levou muitas pessoas, como Davi Capistrano e José Rubens Alcântara, para fazerem esse curso. Até para poder marcar posição dessas figuras críticas, colocaram, como o seu paraninfo, Carlos Gentile de Mello, que era uma metralhadora ambulante contra a privatização da saúde. Parte, portanto, desses alunos recém-regressos do curso de Saúde Pública trouxeram para essa reunião da SBPC a idéia de criar esse centro Cebes e uma revista.” (JSP)

“Foi um momento em que esses grupos de esquerda que estavam trabalhando em uma perspectiva crítica, mas dentro da saúde, se encontraram e, por coincidência – e que não é coincidência – também nessa reunião da SBPC se criou o Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.” (JSP)

“Eu fui dos autores do primeiro número de Saúde em Debate: eu, Gentile de Melo, Sérgio Arouca, Tambellini, Sebastião Loureiro, entre outros.” (JSP)

“A formulação do Cebes aparece no campo de militantes de esquerda que estão também enfiados nos movimentos sociais ou movimentos partidários. Por exemplo, o grupo de sanitaristas da minha turma – que é a primeira turma de sanitaristas do curso curto da USP – é uma turma que tem como alunos eu, Davi Capistrano, Zé Rubens Alcântara, Ana Segal, Eduardo Jorge... uma turma

que tinha 40 caras de histórias de esquerda forte, alguns tinham sido presos, outros ficaram clandestinos na ditadura, e estávamos todos fazendo um curso na USP. Nós tínhamos contato no Brasil inteiro; tinha gente que era do PCB, tinha gente que era ex-ALN, tinha gente que era PCdoB. O Eduardo Jorge e eu tínhamos sido de organização militarista, mas não éramos em 73. Eu particularmente trabalhava com um grupo de mulheres em bairro, grupo de operários sindicalizados, diferente do Davi ou outros casos, que eram ligados a partidos clandestinos, tipo PCB, ou outros que eram ligados ao PCdoB.” (EEM)

Esse episódio que marcou a construção do campo da Saúde Coletiva no Brasil materializou alguns interesses políticos, aproximou diferentes atores e construiu novas produções para o campo. O objetivo inicial de formar mais sanitaristas para a Secretaria de Saúde foi superado pelo encontro de novos atores militantes da saúde para um espaço maior que o da Secretaria. A partir desse episódio, é interessante perceber que o espaço de produção intelectual, colocado na universidade, se adaptou a demandas sociais e políticas para novas produções. O campo científico se encontra com o sistema de saúde e entra em cena. A experiência do Curso Curto marca um dos começos, onde conhecimentos e práticas se encontram, onde a Saúde Coletiva promove o encontro da militância com a produção, onde os interesses do sistema encontram força no diálogo do conhecimento com a prática para a inserção de novos atores em cena.

3.4 O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes)

O processo da Reforma Sanitária Brasileira fomentou a constituição de um espaço onde as forças que estavam colocadas para as disputas sociais do conhecimento fossem potencializadas pelo seu encontro em torno de um objeto de luta comum, impulsionando a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Abrasco. Neste período, vivia-se um momento de luta pela democracia, no qual um regime autoritário era imposto inclusive para a produção de novos conhecimentos; a ditadura militar se configurou ao mesmo tempo como potencializador desse encontro e como dificultador da produção de avanços na sociedade.

“Sobre a organização do Cebes: isso é uma história contada as meias, porque o pessoal do partidão do Rio de Janeiro dizia que eles é que tinham fundado a o Cebes, o grupo do Sérgio Arouca, Sarah Escorel (...), conheci a Maria Luiza

nesse movimento há trinta e tantos anos (...) eu fui para o Rio Grande do Sul convidar se as pessoas não queriam fazer parte de uma aposta da construção do Cebes, eu conheci a Maria Luiza e várias pessoas que estavam lá no sul e nós convivíamos com a Maria Luiza por causa disso. Depois, vimos que nós não éramos do PCB, nós tínhamos outras afinidades, não que fôssemos anti PCB, mas nós não andávamos junto, não fazia reunião no PCB para depois ir para uma mesa, que nem o Davi fazia. Nós éramos outro caminho, tinha outra proposta, mas também não tinha problema de ele fazer, não tinha problema nenhum, assim como não tenho até hoje. Eu tenho problema se faz reunião e decide sua vida sem você estar podendo discutir ela, aí eu tenho problema. Mas aí o pessoal do PCB do Rio de Janeiro em torno do Sérgio Arouca, esses caras todos e ele, escreveram até textos e livros dizendo que eles tinham fundado o Cebes, e eu, de uma certa maneira, penso que vocês não conhecem essa história real, e daí eu convido vocês a lerem o nº 1 da revista para vocês saberem a história real. aí vocês vão ver a rua Nazária Paulista nº 308, que era a minha casa, então, eu sei onde é que nasceu essas coisas.” (EEM)

Se os encontros foram potencializados, pode-se dizer que o Cebes é fruto dessa potência. “Na segunda metade da década de 1970, enquanto se aprofundam as contradições no âmbito do setor saúde, ocorreu um renascimento dos movimentos sociais, envolvendo a classe trabalhadora, setores populares, estudantes, intelectuais e profissionais da classe média” (PAIM, 2008, p. 77). Ao mesmo tempo em que existia um clima social de revolta com a situação de saúde do país, havia um espaço de formulação sobre a saúde na USP, além dos outros programas de pós-graduação que também buscavam ressignificar a medicina e a saúde pública.

“A produção do Cebes envolve milhares de pessoas muito diferentes em cima de uma estratégia de militância. Todos eram muito militantes contra a ditadura. Todos participavam de muitas frentes: frente sindical, sindicato médico, frente de sindicato de funcionários, de trabalhadores, movimento sociais, grupo de mulheres, sindicato operário, metalúrgico. Outros eram sanitaristas da própria rede do estado, trabalhando ali em seu bairro, onde havia um centro de saúde. Outros pertenciam à universidade, que era um campo muito amplo de militância e que ia se incorporando mais coletivos, porque nós fomos crescendo muito; não só nós em São Paulo, mas todos os grupos de militância em seus estados cresceram. Você tem uma história para contar do Rio Grande do Sul, que não é essa nossa, mas tem uma história. (...) Os grupos começam a se relacionar com o Cebes. Em 1977, há um braço desse movimento que já começa a olhar para uma outra estratégia, a da academia, a dos órgãos de pesquisa, a das pós-graduações, e vão criar um outro nível de disputa, que é a organização da Saúde Coletiva dentro das universidades.” (EEM)

O Cebes, então, nasceu a partir do encontro dos sanitaristas formados pelo Curso Curto com os demais atores incomodados com a saúde. Ele se propunha a refletir sobre as questões e fazer circular, através de sua revista, as reflexões, agregando cada

vez mais atores para o debate.

“O Cebes, na origem, foi a instituição e produção mais importante. Ele nunca produziu conhecimento, mas, na circulação de informações, ele foi fundamental. Na articulação do movimento, foi crucial (...). Depois passa um tempo grande em que as publicações ficam pobres, tipo diário oficial do SUS, para circular experiências, e nenhuma reflexão nem acadêmica, nem crítica, nem nada. Isso vai esvaziando um pouco o Cebes.” (SF)

“Na fase da fundamentação do movimento, o CEBES, portanto, ao ser criado, além de ser um movimento em que as pessoas discutiam essa produção crítica, ao mesmo tempo era o espaço de socialização dessa produção científica crítica, não só através da Revista Saúde em Debate, mas pela constituição dos núcleos do CEBES em vários municípios ou capitais do Brasil. Esses CEBES se reuniam não mais apenas como professores ou estudantes de medicina, mas se reuniam com representantes das associações de moradores, com entidades sindicais com movimentos de profissionais de saúde. Então, aquela produção largou o espaço restrito da academia e caiu no mundo.” (JSP)

“O Cebes é fundado por vários grupos e ele se instala na minha casa, a primeira sede do Cebes é minha casa em São Paulo. Então, se você pegar a revista com o nº 1, você verá que o endereço é na minha casa onde a Emilia nasceu. Então, eu tenho essa esse afeto, ele nasce de uma maneira também muito influenciada pela lógica Gramsciana e de uma aposta, onde cruzavam vários campos de pensamento da esquerda.” (EEM)

“Adeptos do Cebes: Eram milhares; eu fui para o Rio Grande do Sul, Zé Rubens foi para o Recife e Davi foi para o Rio. Nós montamos uma lista de nomes de pessoas que queriam receber a revista e que concordariam em pagar 5 ou 10 reais, para nós fazermos o primeiro número. Logo nós fazemos uma lista que tem dois mil nomes. No final do ano, tínhamos cinco mil nomes (só para você ter uma idéia, tudo era arquivado em folhas de papel que nós guardávamos em umas caixas a princípio em minha casa). Em final de 76 e começo de 77, com esse dinheiro, alugamos uma salinha ali perto da faculdade de medicina na Pinheiros, compramos uns arquivos de aço, e por alguns anos tínhamos nome de pessoas em guardanapo enfiado em algum lugar dizendo o nome, endereço e “eu quero receber a revista”. Nós éramos muito amadores, mas conseguíamos fazer a revista sair e fazer a revista chegar às pessoas. Na primeira estampagem nós trabalhamos muito com aqueles colantezinhos, trabalhamos muito braçalmente.” (EEM)

Para Nelson Rodrigues dos Santos, o Cebes é criado para agregar, aglutinar, congregar, conduzir e até comandar o movimento crescente não só de sanitaristas, mas de vários sujeitos estudiosos da saúde. Para ele, o Cebes foi o grande aglutinador que politizou o debate, como um movimento suprapartidário. Para José Gomes Temporão, o Cebes foi um espaço muito importante de formulação, divulgação e propaganda da

Reforma Sanitária, e a revista foi um veículo dessas idéias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

“A proposta da revista era convidar pessoas que tinham algumas coisas já escritas para virarem artigos. Teve até um artigo do Sérgio Arouca sobre a história natural da doença, que é um pedacinho da tese dele que ele defendeu na UNICAMP. (...) Nós temos artigo sobre a Previdência Social, coisas novas; temos artigo do Carlos Gentile de Melo. Vamos juntando gente da esquerda. (...) Vamos coletando, vamos convidando Cecília para mandar algum artigo, Madel, Hésio Cordeiro. O pessoal do Rio tinha uma produção mais forte, porque eles já tinham a Fiocruz. Eu mesmo vou escrever meu primeiro artigo na revista número 4, um artigo sobre democracia e saúde. (...) O Zé Rubens é um dos grandes formadores dessa revista, e ele praticamente não tem artigo nenhum na Revista. Depois eu publiquei muitos artigos em vários números. Nós mesmos que fizemos a revista. No começo nós tínhamos pouca coisa. Nós fazíamos o editorial, organizávamos pauta, pedíamos para as pessoas mandarem material. No começo foi muito difícil ter material, porque, em dois, três meses, acabou a produção da militância (...). Aí é muito interessante, porque a revista Saúde em Debate nos mostrará que esse intercâmbio de conhecimento e militância era de total intimidade. A revista nasce para fazermos intervenção. Então, estamos entrando na disputa do conhecimento, disputa de estratégia de ação. A revista Saúde em Debate nasce na militância, ela é a militância, ela é instrumento da militância. Ela nasce com a gente pensando na intervenção e disputa na sociedade contra a ditadura. Então, você verá que, na VIII Conferência, a pauta de organização é quase uma cola ampliada de nosso primeiro editorial.” (EEM)

A revista do Cebes foi um instrumento de circulação de informações e novas reflexões sobre a saúde no Brasil. *“A Saúde em Debate era onde circulavam os debates; era um espaço de divulgação, onde se fazia um debate político.” (SF)*. Ela é um instrumento da Reforma Sanitária e trouxe colaborações importantes para o campo da Saúde Coletiva à medida que mobilizava diversos atores, na academia e no espaço social.

“A revista do Cebes nasce no dia em que a Emilia nasceu; então, eu saí da tipografia com o exemplar da primeira revista e fui para a maternidade ver a minha filha nascer. A revista nasceu em 27 de outubro de 1976. Eu sei isso, porque eu sou um dos fundadores do Cebes.” (EEM)

“A revista tem a ver com essa turma (do Curso Curto). A turma discute organizar o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde e lançar uma revista. Nós decidimos isso no primeiro semestre de 76 e estamos nos formando no final do primeiro semestre. Tem a SBPC de Brasília em julho de 76, que se tornou ponto de resistência à ditadura, e vários de nós decidem ir para a SBPC para divulgar essa nossa idéia, em particular eu e Davi Capistrano, e penso que o Zé Rubens foi também. Nós convocamos uma reunião no meio da SBPC chamando quem estivesse interessado na fundação de uma nova revista no

campo da saúde para fazer uma reunião na sala tal. Vou eu, Davi e mais algumas pessoas, e aparecem umas 70 pessoas do Brasil inteiro; aí nós contamos nossa história e a idéia da nova revista (...). Nós colocamos essas histórias, e tem adesão imediata de um monte de gente. O que me chamou atenção nessa reunião é que nós não tínhamos o nome da revista. Tínhamos umas brincadeiras de nome: Saúde e Reflexão, Saúde e Novas Idéias, Novas Idéias em Saúde, qualquer coisa assim. Tínhamos mil: Saúde e Sociedade (nós todos tínhamos sido alunos da Cecília Donnangelo, e ela havia acabado de fazer a livre docência, lançado o livro Saúde e Sociedade dela; depois lança a Revista Saúde e Sociedade da Faculdade) . Nós ficávamos dizendo assim: porque essa revista é para debater novas idéias, ser aberta, ser múltipla... Aí um estudante grita lá de baixo: por que não “Saúde em Debate”? Todos acham um ótima idéia, e ficou sendo Saúde em Debate. Quando a revista será lançada já em outubro, nós temos milhares de pessoas no Brasil, dizendo que queriam receber a revista.” (EEM)

“O primeiro número da revista que saiu encadernado sem capa, eu ganhei de presente do Davi e do Zé Rubens pelo nascimento da Emilia. Eles falaram: ‘você tem direito ao primeiro, porque sua filha nascerá hoje!’. Eu falei: ‘nasceram duas filhas no mesmo dia!’. Nós trabalhamos muito em função desse processo, e deu certo. Depois de dois anos de militância, eu saí da direção do Cebes, porque o PCB resolveu tomar o Cebes para eles. Eles se reuniram, juntou o PCB de São Paulo com o grupo do Arouca do Rio de Janeiro, com apoio de gente que não era do PCB, mas os apoiavam – como o Hésio – e eliminaram todo mundo. Fizeram um convite para eu ficar, mas eu era o único cara que não era deles. Eu falei que não ficava; tinha uma pretensão de domínio que eu não aceito, e a revista não nasceu para isso, o Cebes não nasceu para isso. Eu tive bastante racha nesse período. Estava ligado ao movimento social. Depois na medida em que o PCB vai rachando, vai afrouxando de novo a pretensão de domínio.” (EEM)

O Cebes nunca pretendeu ser um definidor do campo da Saúde Coletiva; ele era um ator social do movimento de Reforma Sanitária e nela influenciava.

“O Cebes, como parte original de ter nascido no campo da construção da Reforma, e no campo da disputa da produção social, foi esse território por onde navegavam o encontro dos saberes que vinham de todos esses campos, inclusive do campo da ciência. Mas o Cebes não poderia ser o campo; ele nunca adquiriu a cara claramente de ser uma revista, uma revista que se consagrasse por ser do mesmo jeito que essas auto-pretendidas ‘Cadernos de Saúde Pública’, que são as revistas que legitimam o que é a ciência. Eu penso que o Cebes ele é um Samba do Crioulo Doido, porque a Reforma Sanitária vem vazando de vários lugares. A Reforma Sanitária hoje não tem ator consistente para si.” (EEM)

Hoje, “o Cebes está vivendo um momento de entusiasmo naquilo que se convencionou chamar de Refundação do Cebes que vem de 2006 para cá e que tem propiciado grandes debates.” (JSP). Em muitos lugares do país, observa-se que antigos

e velhos atores do campo da Saúde Coletiva vêm buscando encontros com espaços não só acadêmicos e nem só do SUS. Para além de se refletir sobre as ciências e a produção de conhecimento no campo, e para além da construção de políticas públicas no âmbito do SUS, alguns atores buscam hoje espaços para refletirem suas práticas nesses diferentes espaços. Esse movimento de fomentar novos encontros tem sido estimulado pelo Cebes em uma perspectiva de recuperar um tempo perdido.

“A volta agora é uma tentativa de reabri-lo como espaço de disputa, de poder e de construção de significados, e de uma reflexão crítica que estava faltando na área, para dentro do SUS, para a prática e para fora do SUS. Eu sinto que tem uma boa aceitação, porque eu penso que isso estava faltando. Eu penso que um dos erros da política de saúde, até mesmo do meio acadêmico, foi de pensar que ele existe fora do resto (...). Estranhamente esse campo não é reconhecido como movimento social. Nenhum movimento acha que somos um movimento social; acham que é muito oficial para ser social (...). Nós não participávamos mais de nenhum dos fóruns dos movimentos sociais, só o FSM. Nós só falamos para dentro de nós mesmos. Penso que o Cebes pretende fazer isso para dentro, para o lado, para cima, e retomar uma discussão politicamente mais orientada.” (SF)

“O movimento do Cebes regionalizado é um movimento de renovação, de rearticular os atores. Na direção nacional, aparecem sempre as mesmas pessoas, mas em cada núcleo há pessoas novas, dinâmica de pessoas jovens que estão ali metidas nas coisas. Cada núcleo é muito diferente. Dependendo do grupo que está (...), todos com uma mesma angústia (...). Eu não discuto a minha própria prática, então, as pessoas querem muito esse espaço, com as características que nós inauguramos; um espaço plural, que não é um espaço partidário, nem institucional; é um lugar onde as pessoas se encontram para apresentar seus pontos de vista, e isso está sendo muito revitalizador para todos nós; não sei se para o campo, mas para nós sim.” (SF)

“Eu estou viajando por todo o país fundando núcleos do Cebes, e é impressionante como as pessoas querem discutir, querem um espaço para circular idéias. Eu estou sentindo que acabou essa fase da resistência, de estar ali defendendo um SUS, que não era o que nós queríamos, mas reconhece-se que, se fosse um projeto neoliberal, seria um SUS pior ainda; então, as pessoas querem discutir, e em nenhuma outra área de conhecimento eu vejo isso; não vejo de forma alguma.” (SF)

“O Cebes tem propiciado muitos debates e está estimulando agora a produção de revista sobre os vinte anos de SUS, querendo constituir de novo os núcleos em municípios mais de ponta, estados. Eu estou vendo que o Cebes tem feito algumas parcerias com a Abrasco através do Fórum da Reforma Sanitária de 2006 para cá. Então, eu vejo o Cebes com uma perspectiva muito positiva. Tenho estimulado muito que a garotada que agora faz mestrado e doutorado retome o Cebes aqui na Bahia.” (JSP)

O Cebes e a Abrasco foram atores em destaque na cena no campo da Saúde Coletiva no Brasil. O Cebes foi um espaço de encontro de atores em movimento, e a Abrasco assumiu um lugar onde tentou organizar a produção do campo no âmbito acadêmico.

“Eu penso que o Cebes é similar a Associação Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Enquanto a Abrasco se dirigiu para o campo acadêmico, para a qualificação importante acadêmica da produção, por um lado, por outro lado, se dirigiu para interlocução com o Estado como um ator, realmente. O Cebes seguiu um pouco a trajetória da ALAMES com uma espécie de visão crítica das políticas, visão crítica do Estado, e uma proposta revolucionária (...) com um olhar vigilante dessa reforma que aconteceu nos anos 70 e 80. Então, isso faz com que eles não sejam levados em consideração com a mesma importância pelo Estado como um ator com interlocução, porque as coisas caminharam em um sentido da ciência e da tecnologia. Contudo, isso não quer dizer que o Cebes não seja uma organização importante. Foi e é, só que diferente da Abrasco, embora a Abrasco tenha uma relação importante com o Cebes.” (MTL)

“Eu penso que o Cebes teve um papel muito importante na década de 70, já em parceria com a Abrasco, mas mais diluída na década de 80 e na década de 90. Quer dizer, manteve a sua revista Saúde em Debate, mas (...) tem uma expressão do Ricardo Novaes, muito interessante que diz que ‘cada um começou a cuidar de sua vida’, e uma outra expressão do Volnei Garrafa, quando era presidente do Cebes no início dos anos 90, dizendo que ‘todo mundo estava cuidando da gestão dos serviços municipais de saúde, e já não tinha tempo para a militância’ (...). O Cebes se esvaziou muito na década de 90. A Abrasco não, pelo contrário. A Abrasco se fortaleceu, se articulou muito com o governo, com o CNPq, com a CAPES; se mostrou cada vez mais pujante, em termos desses Congressos, mas, de alguma maneira, mais ambivalente do ponto de vista político, não querendo se comprometer muito com posições mais radicais.” (JSP)

3.5 Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)

O livro que retrata a trajetória da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), comemorativo de seus 25 anos, editado em 2006, apresenta alguns dos componentes de sua história e se constituiu como importante fonte de informações sobre a constituição da associação e do campo.

No final da década de 1970, momento de criação da Abrasco, verificava-se o início do processo de institucionalização no Brasil da abordagem da Saúde Coletiva, ainda que sob essa rubrica possam ser identificadas perspectivas diferentes tanto no plano teórico como no político (TRINDADE; SANTANA, 2006, p. 11).

Em 1979, a Abrasco foi organizada para agregar os diferentes atores e as instituições dominantes de saberes sobre os objetos que hoje compõem um único campo. Ela organizou os programas de pós-graduação em Saúde Coletiva e pretendeu organizar a produção de conhecimento no campo. Nelson Rodrigues dos Santos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 67) afirma que a “Abrasco foi fundada no bojo do movimento sanitário, onde os intelectuais com maior poder de fogo na produção de conhecimento na área da Saúde Coletiva se congregaram”.

“A Abrasco é um sujeito-coletivo, intelectual-coletivo, é a organização que o campo teve. Como você pode fazer mudanças sem ter organização, propostas de mudanças sem organização, são retóricas, são movimentos ideológicos. Ou você se instala enquanto constelação, ou como cristalizações de poder, para poder fazer mais as coisas – e a organização é central nisso; ou você fica apenas como retórica, como discurso preventivista.” (JSP)

A Abrasco teve o seu papel diferenciando ao longo desse tempo. A própria perspectiva de atuação política mudou, e ela é decisiva para a conformação dos atores, para o jogo de disputas no campo.

“A Abrasco, em seus editoriais, não falava em Reforma Sanitária (...). Ela só muda, só passa a falar em Reforma Sanitária, entre 2000 e 2003, e em 2003 até 2006 (...). Isso não deve ser por acaso.” (JSP)

Hoje, a Abrasco assumiu um papel diferente do início; ela é um ator importante para o campo tanto no âmbito acadêmico como para formação de opinião no âmbito político do SUS.

“O campo no qual a Abrasco milita hoje é o campo da produção social da saúde, por sua inserção como ator no campo da produção social da ciência. Então, é esse o lugar que a Abrasco se vê, e é a partir dali que ela se vê. Desse campo, você faz estratégia de disputa, oferta conhecimento científico, revolucionário, mais verdadeiro que o outro, que quer instituir mudança no Estado, mas a partir da ciência.” (EEM)

“A Abrasco conseguiu coisas extremamente importantes, quer dizer, a idéia do fortalecimento e respeitabilidade da área (...). Hoje ela tem uma respeitabilidade de disputar recursos. Isso é uma movimentação corporativa extremamente importante; tem uma revista que tem prestígio e movimentação para a área, que é utilizada para o ensino. Na época que Sebastião era presidente e eu era vice, foi o I Congresso de Saúde Coletiva (...). Os congressos também têm uma importância grande; se transformaram em uma coisa grandiosa, maravilhosa, fabulosa.” (SF)

Os congressos da Abrasco se tornaram importantes espaços de divulgação das produções e pensamentos do campo. *“Os congressos são um elemento muito importante. (...) Onde há um berçário, aonde há a incubadora da produção do conhecimento, é nos Congressos.” (MTL)*

“Foi no fim dos anos 80 que começaram os Congressos de Saúde Coletiva, porque antes tinha aquele negócio do Congresso de Saúde Pública, que era lá de São Paulo. Então, você vê a expansão das áreas, você vê a especialização delas, você vê a substituição progressiva da instrumentação pela Epidemiologia, pela instrumentação das Ciências Sociais, no campo da política (...). Você vê uma virada de olhar do campo da política, de uma política salubrista, de controle, que tem como instrumento a epidemiologia, para uma de pensamento da saúde, da população, dos sujeitos, que se apóiam no instrumental das Ciências Sociais. (...). Isso se exprime nos congressos, essas coisas, esse surgimento, esse fervilhar de novas idéias que vêm da prática, dos profissionais, que vêm das universidades, dos estudantes de mestrado, de doutorado, que vêm do pensamento dos professores que estão escrevendo. Isso se escoia no congresso. O produto definitivo, aquele que fecha a coisa, o artigo ou o livro, ele é posterior ao congresso em geral. O congresso é o nascedouro disso. É como se fosse aquela fontezinha que pinga aquelas gotinhas; depois mais adiante você vê, é um rio. (...) Então, eu penso que os congressos têm coisas muito interessantes, porque você nota como uma temática começa a aparecer ali. No outro congresso, aquilo já se expandiu.” (MTL)

Também é a partir da organização dos congressos que se nota a expressão das áreas ou subcampos da Saúde Coletiva, quando, fruto de uma especialização do campo, são criados espaços específicos para produção e reflexão das questões de saúde.

“O rio vai ficando tão caudaloso e é tanta demanda de expressão, que as áreas que compõem o campo também começam a se especializar. Aí você vai tendo os Congressos de Epidemiologia, os Congressos de Ciências Sociais (...). Se você pegar só os Congressos de Saúde Coletiva, você tem a impressão de que há menos produção da epidemiologia, ou menos produção das ciências humanas. O que acontece é que uma parte começa a ser desaguado nos congressos específicos.” (MTL)

Essa especialização reflete-se em diversos espaços do país, sendo que os coletivos das instituições de ensino acabam escolhendo alguma das áreas ou subcampos para aprofundarem suas reflexões e produções.

“Ciências Sociais é uma estruturação mais recente. A marca do nosso grupo ainda é a epidemiologia e foi ao longo do processo, a epidemiologia. No grupo de São Paulo, havia de certa forma um balanceamento entre a epidemiologia e as ciências sociais.” (JSP)

“Na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (ENSP), eu penso que o forte foi o Planejamento, muito mais do que Epidemiologia e do que as Ciências Sociais. O próprio papel do Sérgio Arouca em trabalhar com Planejamento, com política, avançou muito nessa linha. Eu diria que na UERJ, tem uma... apesar de ter o Hésio com perspectiva mais política de saúde, mas a área das Ciências Sociais foi uma área que foi muito privilegiada dentro da UERJ.” (JSP)

“Em um primeiro momento eu pensaria: UERJ, Ciências Sociais; ENSP, forte Política de Planejamento; Bahia, Epidemiologia, com algum desdobramento na área de Políticas de Planejamento, mas as Ciências Sociais mais frágeis; e Departamento de Medicina Preventiva da USP da Faculdade de Medicina, com mais Epidemiologia que Ciências Sociais. Não sei se isso pode ser validado empiricamente, mas minha intuição seria por aí.” (JSP)

Quanto à especialização das áreas ou subcampos da Saúde Coletiva, não há consenso entre os atores entrevistados.

“Penso que há outras discussões medíocres, como a composição das comissões da Abrasco (...). Tem uma comissão de ciências sociais e uma outra de política, como se políticas e ciências sociais fossem duas coisas diferentes: eu ainda não entendi bem a lógica disso. No congresso de ciências sociais não pode ter nada de políticas, e vice-versa, pois são duas coisas de natureza diferentes. São certas disputas que passam a ganhar uma certa grandiosidade, e que se as pessoas de são consciência sentassem e discutissem, seria melhor, pois não produz nenhum avanço para nós. Nenhuma delas produz nenhum avanço para nós, mas se institucionaliza, cada um passa a ter suas forças, seu domínio (...). Penso que a riqueza nossa era a possibilidade de falar uns com os outros, e que a maior riqueza das áreas é a de poder contribuir a partir dos conhecimentos específicos, poder contribuir com o gestor e com o cara que está fazendo estatísticas epidemiológicas. Essa era a riqueza de um campo aplicado, e penso que isso pode se perder, está se perdendo.” (SF)

“A Abrasco tem os grupos temáticos e tem as grandes comissões (...). Se você pudesse imaginar que tudo teria que se enquadrar nas três grandes áreas, ou

nas três comissões, seria impensável. Penso que a Abrasco já teria implodido. Então, foi uma fórmula inteligente de acomodar essas várias motivações, para não falar interesses, que são naturais e que, aí sim, revelam a riqueza da área da Saúde Coletiva. Penso, portanto, que essa possibilidade dos grupos temáticos, além de ser uma saída inteligente, é produtiva, desde quando, desses grupos temáticos, não se queira romper com a unidade fundamental que compõe o campo que você está investigando. Então, do ponto de vista científico, considero saudável essa forma de estruturação da Abrasco. Não vejo como problemático. Para mim, o problemático da Abrasco é essa relação que ela passa a ter com o campo burocrático e com o campo político.” (JSP)

Quanto a sua organização e ao papel desempenhado atualmente no campo, há consenso de que é necessário que sejam revistos os próximos passos, para que a Abrasco possa ter uma identidade mais localizada no âmbito de atuação do campo.

“A Abrasco precisava pensar um pouco em sua identidade. Ficou muito nessa busca de reconhecimento, de organização, de poder (...), mas deixou um pouco de lado o que se fazia muito que era fazer política, não só política corporativa, mas política mesmo, em larga escala (...). Provavelmente os próximos anos sejam para reconduzir a sua origem. Já cumpriu um papel importante, representa os cursos de pós-graduação, não é uma associação que representa o campo como um todo, e isso sempre dará um limite.” (SF)

“Eu sou um dos fundadores da Abrasco. Penso que a Abrasco tem tido dificuldades nos últimos tempos para poder coordenar e dirigir, e ser vanguarda em relação às perspectivas do campo. Reconheço os limites da Abrasco (...), a dificuldade de você conseguir conciliar interesses tão diversos, mas eu continuo dizendo que, como a UNE, a Abrasco, somos nós, a nossa força e a nossa voz.” (JSP)

3.6 Produções do campo

Ao pensarmos em produções que foram relevantes para o campo, seja por terem sido inspiradoras de movimentos, seja por terem sido produto de reflexões e relações dos atores, são lembrados:

“Um livro, que na época me entusiasmou muito, inclusive para me estimular para a questão da política de saúde, para pensar o sistema de saúde (...), de um chileno chamado Hermán San Martín (...), chamado ‘Salud y Enfermedad’ (...), tinha capítulos escritos por Salvador Allende e por muitas pessoas que tinham posição de esquerda na América Latina.” (JSP)

“Primeiro a tese do Arouca; segundo o livro ‘Saúde e Sociedade’, de Cecília Donnangelo; depois esse textinho que eu penso que é seminal sobre a área da científica da Saúde Coletiva que saiu no segundo livrinho da Abrasco, de Sônia Fleury, uma produção que eu diria que não é uma produção individual, mas eu anexei em um dos primeiros textos publicados, chamado ‘Marco Conceitual da Saúde Coletiva’, que eu produzi no primeiro livrinho da Abrasco. Eu utilizei um anexo que era um texto produzido de um relatório de um seminário que foi feito aqui em Salvador em 1978, em que se tentava delimitar, uma primeira tentativa de delimitação dessa coisa que se estava chamando de ‘Saúde Coletiva no Brasil’. (...). A tese do Sérgio Arouca, ao fazer a crítica à medicina preventiva, identificava que a medicina preventiva pretendia mudar as práticas de saúde a partir da mudança da consciência dos estudantes de medicina e, eventualmente, da escola médica, criando, portanto, elementos que seriam profetas, que iam vir a ser (estou usando a expressão do Sérgio Arouca) a medicina preventiva como partido de uma nova atitude (...). Uma das conclusões é que, para superar o dilema preventivista cabia investir em uma prática teórica e em uma prática política, então, você recuperando isso, a prática teórica é a Saúde Coletiva, fundamentalmente, e a prática política foi a Reforma Sanitária Brasileira.” (JSP)

“A tese do Arouca, ‘O Dilema Preventivista’, nós todos trabalhamos muito a partir daí (...). O trabalho da Cecília Donnangelo, em São Paulo, era absolutamente crucial em nossa formação. Tanto o trabalho do Arouca como da Cecília são um nível de reflexão menos aplicada e mais conceitual, e foram fundantes do campo, depois vieram os estudos de um outro nível, onde foram aplicar os conceitos para entender como funcionava a realidade, mas que foram extremamente importantes, porque nós conhecíamos muito pouco do estado brasileiro e de como as coisas funcionavam. Penso que foi um esforço grande de, ainda enquanto ditadura, fazer essa reflexão.” (SF)

“As revistas são importantes, porque uma parte dos artigos é interessante. Agora você também tem obras que são livros que são importantes. (...) Nesse campo das políticas e instituições, eu penso que o meu livro das ‘Instituições Médicas no Brasil’ é uma das obras interessantes. (...) Tem o livro da Cecília Donnangelo, que é ‘O Médico e seu Mercado de Trabalho’. O Everardo andou produzindo também um livro (...). Tem o livro do Sérgio Arouca, ‘O Dilema Preventivista’, a tese de doutorado dele. Para uma geração de médicos, foi importantíssimo. É muito importante para os sanitaristas, para superarem aquela visão muito centrada em Canguilhem, sobretudo a filosofia, a epistemologia de Bachelard. Para mim, aquilo é o natural, é o meu meio ambiente, mas eu imagino que deve ter produzido um efeito de ruptura e superação na cabeça dos preventivistas.” (MTL)

“A tese do Arouca demorou uma década para ser publicada, porque, nos anos 70 até metade dos anos 80, tinha aquela história da censura da ditadura. Então, se essas pessoas tivessem alguma marca, era difícil elas publicarem (...). Mas a tese é conhecida de todo mundo. Tem os trabalhos também da Bahia.” (MTL)

“Eu fazia parte de um grupo que participou do PESES, tinha uma produção, uma contribuição. O nosso trabalho era aquele. Não era um trabalho individual; era um momento de um grupo, que nós refletíamos junto e produzíamos uma coisa do ponto de vista mais aplicado.” (SF)

Não há dissenso entre os atores aqui apresentados de que a produção do Sérgio Arouca foi a que mais marcou o início dessa história do campo, de múltiplas produções. No momento de ressignificar a medicina e colocar em cena o dilema da medicina preventiva, essa obra foi importante por trazer novas perspectivas de olhares sobre a produção em saúde e foi inspiradora para outros movimentos de produção militante, marcantes para a construção do campo no Brasil. Outras obras também tiveram relevância e, mais atualmente, a produção de revistas tem marcado a Saúde Coletiva.

3.7 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Nas décadas de 70 e 80, movimentos da sociedade brasileira impulsionaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Caracterizada como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, essa mobilidade social foi reflexo de um constante descontentamento dos indivíduos e dos coletivos com a forma com que eles se relacionavam com o Estado, em busca da conquista do direito social à saúde como resultado de um movimento de redemocratização do mesmo. Neste período, o conceito de saúde passou a ser mais abrangente. Surgiram as lutas pela universalização do direito à saúde e pela reorganização do sistema de saúde, contemplando a participação social como estratégia de democratização da gestão deste sistema (ABRASCO, 1985; MENDES, 2001).

O marco histórico que registrou a conquista do SUS foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, a qual legitima a criação desse sistema que se propõe a garantir a equidade do cuidado, a universalidade do acesso e a integralidade da atenção; e que constrói o direito social à saúde para o povo brasileiro. Desde então, surgiram muitos desafios para a institucionalização do SUS e dessa nova lógica de atenção à saúde, na qual ela não é meramente um instrumento

da vida, mas sim um direito social de todo o cidadão brasileiro, que deve garantir dignidade aos indivíduos e às comunidades.

Enquanto a Saúde Coletiva se afirmava como campo científico e âmbito de práticas, contribuiu na formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira e na construção de sua dimensão institucional – o Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 2006, p. 144).

Para o campo da Saúde Coletiva, a criação do SUS representou um conjunto de vitórias do movimento da Reforma Sanitária e, ao mesmo tempo, um marco para a estatização das lutas sociais postas em ação na década de 70 e 80. Se na academia as lutas sociais foram levadas ao espaço de elaboração de conhecimento a partir das ciências já estabelecidas, no Estado, elas foram neutralizadas pelo estabelecimento de espaços formais e oficiais para sua ação. Isso fortaleceu o projeto social de um novo modelo de atenção e gestão para a saúde no Brasil, mas enfraqueceu o movimento que buscava estar em constante reflexão sobre si mesmo.

“Hoje são relações de negócios, na realidade, o movimento popular sumiu, porque você repara que os conselhos hoje estão ocupados por velhos sindicalistas. Tem uma sindicalização, do ponto de vista da razão instrumental política do sindicalismo, de ocupação dos conselhos, estaduais, nacional, e municipais. São velhos atores.” (EEM)

“Na questão da participação social, há um incômodo, um mal-estar. Quando as pessoas ficaram muito atreladas ao Governo, não sabiam como é que podiam fazer críticas para poder não ter problemas com o Partido dos Trabalhadores (PT) e com outros partidos de esquerda (...). Essa ambigüidade nos movimentos sociais foi importante, porque foi estourar na XIII Conferência Nacional de Saúde.” (JSP)

Para Campos (2006a), o movimento sanitário elegeu o Poder Executivo como interlocutor privilegiado por um senso de oportunismo ou de “oportunidade”, contrariando seu próprio discurso que trazia a importância de forças interessadas na construção de uma contra-hegemonia fundada nos interesses dos trabalhadores enquanto aliadas do próprio movimento. Assim, como o projeto sanitário passou a depender do espaço da política oficial dos governos, ele perdeu capacidade transformadora.

“O SUS também é um campo novo que vai se destacando, que é o campo da

construção de política de governo na saúde, que originalmente não se separava do campo da Reforma Sanitária, uma vez que possuía um campo próprio. Na mesma linha que eu estava raciocinando com o campo na Saúde Coletiva nas instituições acadêmicas como ciência, também o SUS vem fazendo isso. Penso que isso é um dos riscos que nós já vínhamos alertando, e que hoje nós desembocamos, que é a fragilidade que o SUS tem hoje no país. Na hora que o SUS pede ator, quem são os atores mais instituídos que o SUS tem para apoiá-lo, em termos de Reforma Sanitária? Quase nenhum mais. Nenhum! Quando você pede ator para o SUS, ou são os instituídos como governo, ou são os instituídos como acadêmico; o resto sumiu. Então, estes dois campos instituídos que vêm sustentando esse processo, do meu ponto de vista, não têm qualidade para dar conta da agenda que a Reforma Sanitária hoje ainda tem para dentro do SUS.” (EEM)

A criação do SUS representou uma vitória para muitas lutas sociais no âmbito da organização de um sistema de saúde que garantisse o direito social à saúde. Contudo, para o movimento social que o criou, o SUS se configurou como uma iniciativa de estatização das lutas sociais, de legitimação dos espaços de luta, de institucionalização dos atores. Os movimentos instituintes do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira criaram, no arcabouço legal desse novo sistema, espaços formais e institucionalizados para a participação social. A partir do projeto de redemocratização do Estado, inspirado em teorias sociológicas, o SUS foi criado para dar resposta a muitas lutas sociais. Sua origem pode ser localizada nos espaços acadêmicos onde o modelo de atenção era questionado, onde a medicina enquanto ciência era questionada; nesse momento, o SUS foi laboratório para a Saúde Coletiva, ao mesmo tempo em que o próprio campo foi formulador do SUS.

3.8 Conhecimento em Saúde Coletiva X Reforma Sanitária

Por um lado, a produção de novos conhecimentos em Saúde Coletiva foi fruto do amadurecimento de um movimento social que questionava a estruturação das ciências e conseguiu ultrapassar fronteiras de conhecimento para produzir além. Por outro, o próprio movimento social da Reforma Sanitária – que depois ocupou os espaços do Estado – precisou formular políticas públicas de saúde convergentes com o campo da Saúde Coletiva. Contudo, os dois lados desse processo, que se confundem, são

intercessores; a produção dos conhecimentos da academia influencia os espaços do Estado, e as políticas públicas influenciam as pesquisas e produções no âmbito da academia.

“A ação política no setor saúde acabou influenciando e influencia até hoje a Saúde Coletiva. Influencia outros campos de saber. Ela se tornou o quarto ou quinto campo mais produtivo mesmo pelos métodos mais duros daquele presidente da CAPES. Então, também a ação política de saúde específica no Brasil da AIDS, ou da Saúde Mental, elas têm um papel importante em relação ao campo de conhecimento, não só no Brasil, mas em outros países que vêm aqui ver como foi que a Saúde Coletiva produziu isso. Ela tem esse papel de vanguarda em que os diversos atores estão em interlocução na questão da produção do conhecimento e da aplicação da intervenção.” (MTL)

“Na política de organização do sistema e na política específica, como é o caso da AIDS, influenciou na formulação das políticas, mas elas não se influenciam somente com as produções e conhecimentos. Elas precisam ter grupos de pressão (...). O que falta hoje é uma reflexão muito mais crítica. Essa eu penso que foi perdendo o sentido por ter se institucionalizado. Não é que não influenciou a política; influenciou bastante, tanto que hoje não consegue ser crítica; virou tudo chapa branca.” (SF)

“Nós nascemos olhando o Estado. O Eder Sader, em seu livro, analisando movimentos sociais, deixa tão nítido. Então, eu penso atores, penso disputa, penso saberes, penso essas coisas todas, analiso a minha própria experiência de componente de construção desse processo junto com vários outros companheiros, alguns com idéias parecidas e muitos com idéias diferentes (...). Eu vejo que esse movimento da Saúde Coletiva tem um desdobramento nesse processo de se alimentar intensamente das próprias estratégias de intervenção da Reforma Sanitária, mas setores desse movimento ambicionaram a sua institucionalização como território de certas instituições sociais reconhecidas como lugares da ciência. Então, tem um braço nesse processo, nas lutas da Reforma Sanitária e na construção no campo da Saúde Coletiva que sempre apontou para o caminho da institucionalização em particular nos espaços acadêmicos públicos, com grande perspectiva de se legitimar até como campo de conhecimento, como ciência, perante o resto da sociedade e perante os outros grupos acadêmicos. (...) Isso constitui para muitos desses setores o imaginário das conquistas necessárias. Onde um setor pensa em gastar a energia para ser reconhecido como uma ciência (...), o outro setor gasta energia para construir novos coletivos sociais que disputem com outros de outros interesses o que é o direito à saúde, o que é ser cuidado, o que é produzir vida (...). Esses braços são dados dentro dos movimentos da reforma e na construção da Saúde Coletiva desde o começo.” (EEM)

“A prática da atenção e do cuidado nós não chegamos a alterar em absolutamente nada, mas se é alguma coisa em que este grupo chegou a influenciar, enquanto coletivo e depois sucedido pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), por todos os outros esforços – e aí a Abrasco tem uma grande contribuição com seus congressos e tudo mais

–, é a difusão de um certo modelo de compreender e de interferir na gestão, na área do planejamento, tudo isso eu penso que não existia antes. Então, penso que tudo isso é muito fruto de um trabalho coletivo e como ele foi difundido pelo país, pelos gestores, que se transformou em política pública e passa a ter exigências. Se pensarmos o que era o planejamento em saúde antes desse movimento e o que é a gestão hoje, tem muito de incorporação do que foi produzido, na gestão do sistema de saúde, na gestão das unidades e do cuidado. É um mundo em que nós não chegamos nem perto.” (SF)

Ao observarmos as intercessões que ocorrem entre os espaços de produção de saúde, notaremos que as políticas públicas foram desdobramentos dos movimentos da Reforma Sanitária e de criação do SUS, e que os espaços acadêmicos forneceram importantes reflexões sobre a saúde e a medicina para contestarem o Estado e a ciência durante a Reforma Sanitária. Hoje, as políticas públicas pouco expressam a relação Estado e academia; elas são fruto de outras disputas políticas que não estão presentes na academia, que estão postas na sociedade. A academia é que busca se expressar por meio das políticas públicas por disputa aos meios financiadores dela. Assim, é importante ressaltar que, desde o início da Saúde Coletiva no Brasil, os coletivos sempre influenciaram a conformação das produções e a formulação das políticas. Foram os grupos e os movimentos desses grupos que mobilizaram as produções, que significaram as disputas e que validaram as Verdades.

Assim, considerando que diversos marcadores do campo da Saúde Coletiva tiveram influência em sua história e ainda são componentes importantes para o entendimento da atual conformação, podemos compreender que foram expostos diversos episódios, interpretações e olhares sobre momentos e atores importantes para o campo. Aqui foi apresentada a “caixa de ferramentas” da Saúde Coletiva, os instrumentos marcadores de análises posteriores, instrumentos para o diálogo com o restante das reflexões apresentadas, os momentos da vida real desse campo, o que materializa o campo a partir de tantas reflexões teóricas sobre ele.

4. SAÚDE COLETIVA EM DEBATE: Conceitos e Definições

“A Saúde Coletiva não tem semelhanças com outros campos científicos; ela tem uma singularidade enorme.”
(SF)

A Saúde Coletiva busca ousar e olhar para os contextos onde os conjuntos populacionais estão inseridos, sejam eles políticos, sociais, econômicos, culturais, entre outros, e os relaciona com as formas de produção de saúde, da atenção à saúde, da constituição e elaboração dos processos saúde-doença e da gestão em saúde. Ela compreende a saúde em um conceito mais ampliado, no qual não se fragmenta o olhar sobre os indivíduos, isolando a doença, ou os corpos que alojam doenças, mas busca compreender os corpos enquanto meios de existência dos sujeitos, que compõem um coletivo, inseridos em cenários que agregam múltiplas características das vidas neles desenvolvidas. Assim, a Saúde Coletiva pode ser descrita como um campo de idéias que conformam saberes e práticas para a produção da saúde.

O campo²⁰ da Saúde Coletiva historicamente desenvolveu-se como campo de saberes e práticas com características transdisciplinares²¹ a partir da delimitação de um novo objeto: a saúde, e não apenas a doença – em populações e não apenas nos indivíduos. Assentado nessa compreensão, justifica-se a necessidade da pluralidade

²⁰ A noção de campo começa a experimentar um deslocamento de seu sentido habitual quando é apontado o engendramento dos termos que lhe balizariam os limites. Sujeito e objeto não são mais realidades previamente dadas, mas se produzem por efeito das práticas. Estas, sejam teóricas ou não, devem explicar as posições subjetivas e objetivas que tendem a se estabilizar como realidade. Nessa perspectiva, já não se pode mais admitir sujeitos determinando formas de conhecer objetos, nem objetos com suas bem marcadas linhas se dando a conhecer aos sujeitos. Percebe-se que as formulações dos autores trazem uma crítica ao dualismo sujeito-objeto quando se referem ao campo como entrecruzamento de atos e discursos ou quando metaforizam, ligando-o ao campo do camponês (ligação natureza-cultura, embora ainda dualizada) (PASSOS; BARROS, 2000).

²¹ Aqui a noção de transdisciplinaridade vai ganhando novos contornos. Não se trata de abandonar o movimento criador de cada disciplina, mas de fabricar intercessores, fazer série, agenciar, interferir. Frente às ficções preestabelecidas, opor o discurso que se faz com os intercessores. Não uma verdade a ser preservada e/ou descoberta, mas que deverá ser criada a cada novo domínio. Os intercessores se fazem, então, em torno dos movimentos, esta é a aliança possível de ser construída quando falamos de transdisciplinaridade (PASSOS; BARROS, 2000).

cognitiva para atuação, bem como para produção de conhecimento e formação dos sujeitos profissionais, corpos desejanter, desse campo, a partir da multiprofissionalidade, interdisciplinariedade e transdisciplinariedade.

A perspectiva da Saúde Coletiva, enquanto campo de produção de conhecimento para além dos limites disciplinares, considera que problematizar os limites de cada disciplina é argüi-la em seus pontos de congelamento e universalidade. Tratar-se-ia, nesta perspectiva transdisciplinar, de nomadizar as fronteiras, torná-las instáveis. Caotizar os campos, desestabilizando-os ao ponto de fazer deles planos de criação de outros objetos-sujeitos, é a aposta transdisciplinar (PASSOS; BARROS, 2000, p. 77).

A singularidade da Saúde Coletiva não está na perspectiva de criação transdisciplinar somente, mas no fato de possibilitar as intercessões entre diferentes campos e áreas, em agregar como objeto de estudo a vida em suas diferentes dimensões de existência, em agir de forma transversal entre as áreas, em ser campo de ação política para a produção de saberes e práticas militantes, engajados e forjados pelo desejo de uma produção social de saúde afinada com a realidade brasileira. Partindo, então, dessa perspectiva de concepção do campo da Saúde Coletiva, podemos entender que as disputas dadas e os movimentos dos diferentes atores ocorrem em busca de novas idéias para o pensamento e a ação no campo da saúde, vinculado a um projeto maior. Por isso, Emerson Elias Merhy relata:

“Para chegar na Saúde Coletiva como campo de ciência, tem que compreender a Saúde Coletiva como um campo de militância e a sua conformação como território da militância social.” (EEM)

A Saúde Coletiva é uma inovação brasileira que teve suas raízes em movimentos não só nacionais, a exemplo do latino-americano, mas que se constituiu de fato enquanto campo de saberes e práticas aqui no Brasil, principalmente por sua estreita relação com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Invenção brasileira, o termo Saúde Coletiva está hoje presente na agenda acadêmica e política de países da América Latina, do Caribe e da África. Trata-se, mais que tudo, de uma forma de abordar as relações entre conhecimentos, práticas e direitos referentes à qualidade de vida. Em lugar das tradicionais dicotomias – saúde pública/assistência médica, medicina curativa/medicina preventiva, e mesmo indivíduo/sociedade – busca-se uma nova compreensão na qual a perspectiva interdisciplinar e o debate político em torno de temas como universalidade, equidade, democracia, cidadania e, mais recentemente,

subjetividade emergem como questões principais (TRINDADE; SANTANA, 2006, p. 9).

“Isso é tipicamente brasileiro (...). Essa proposta brasileira nasceu de vários campos (...). Alguns países da América Latina já começam também a entrar nesse mesmo tipo de percepção, o México, a Argentina, em parte (...). Nasceu da Medicina Preventiva, nasceu das Escolas de Saúde Pública e nasceu, também, de políticos, de pessoas tinham um projeto de Políticas de Saúde. Ainda hoje, o modelo relativo à questão da produção do conhecimento, e da comprovação e da proposição de Estado para esse campo, é muito centrada na Saúde Pública, em um modelo tradicional da Saúde Pública que você detecta epidemias, endemias; então, com a ferramenta da epidemiologia você elaborará políticas de intervenção de controle, de erradicação, de promoção. Em muitos países, ainda é assim; na verdade, é predominantemente assim.” (MTL)

Assim, o campo da Saúde Coletiva é considerado

“...uma originalidade nacional essa designação. Penso que nós tentamos fugir um pouco daquela discussão sobre se a medicina era social ou não era social, sobretudo passando pelo discurso foucaultiano dizendo que ela sempre foi social; o que nós queríamos mostrar era que o objeto que nós estávamos tomando não era um corpo no individual, mas um corpo social²² e íamos trabalhar isso a partir de algumas categorias, o lugar social da prática médica, do ponto de vista dos serviços e da estrutura política, e da determinação social do processo saúde-doença. Era um outro tipo de visão da determinação social da doença, porque era uma clara visão marxista, de mostrar como a estrutura de classes se reproduzia nesse campo do processo saúde-doença (...). Ele era um campo menos campo disciplinar do que um conjunto de disciplinas utilizadas de uma forma a configurar um objeto e também uma prática política.” (SF)

Assim, explorar a constituição do campo da Saúde Coletiva torna-se relevante para relacioná-la a história do desenvolvimento da ciência. Pretende-se explorar os episódios e elementos que compõem o trajeto da Saúde Pública, da Medicina Social e da Medicina Preventiva, para compreender o desenvolvimento da Saúde Coletiva, com enfoque no Brasil, mas considerando a complexidade dessa construção em um cenário mundial.

“Nos termos terminológicos, nós nos distanciamos do conjunto de latinoamericanos que influenciaram muito o pensamento brasileiro, que continuaram chamando de Medicina Social e que, hoje, estão pensando em

²² Podemos entender corpo social aqui como sujeitos grupalizados, coletivos organizados, portadores de saberes e fazeres, de vontades, desejos e implicação para sua ação em um espaço e tempo. São atores sociais coletivos.

incorporar esse conceito de Saúde Coletiva. Mas nós trabalhávamos mais ou menos os mesmos eixos, da determinação, das práticas e tudo isso. Todavia, eu penso que tudo isso deu uma identidade a uma política e não só científica. Não era só um campo científico; era um campo de atuação política, tinha a visão política de compreensão da saúde do ponto de vista político.” (SF)

Ao entender a Saúde Coletiva como campo científico, produtor de saberes e conhecimentos sobre o objeto saúde a partir de diferentes disciplinas, e produtor de práticas, nos quais se realizam ações em diferentes instituições por diferentes atores, consideramos esse um campo novo com um novo paradigma para o conhecimento. Segundo Camargo Junior (2003), ao ser considerada campo disciplinar, a Saúde Coletiva traz, enquanto característica significativa, a convivência entre a intervenção e a reflexão, dimensões sinalizadas no jargão do campo como “serviço” e “academia”, nem sempre harmoniosa, mas muito fértil para ambas as áreas, bem como com potencial grande para uma articulação na perspectiva de atuação no campo político. Logo, podemos entender o campo calcado nestes pressupostos:

a) A Saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo do saber, está articulada à estrutura da sociedade através das suas instâncias econômica e político-ideológica, possuindo, portanto, uma historicidade. b) As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais. c) O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações (...). f) O conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão das suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la (PAIM; ALMEIDA, 1998, p. 308-309).

Ao pensar nesses pressupostos que a Saúde Coletiva traz desde sua conformação enquanto campo, devemos considerar que as disputas que foram travadas a partir do espaço e o momento de sua criação se calcaram em concepções teóricas, paradigmáticas, políticas e ideológicas. Portanto, a Saúde Coletiva se constitui como campo de prática técnica, científica e tecnológica. Para Paim (2008, p. 146),

foram produzidos conhecimentos com base em determinados referenciais teóricos, criticados movimentos ideológicos e enfoques doutrinários que atravessam o espaço social da saúde; elaboradas visões de mundo, valores e consciências (ideologia) diante da realidade; seus intelectuais forjaram “ligas”

que integram corações e mentes para as mudanças sociais; e foram realizadas práticas (políticas, institucionais, econômicas, culturais) que tomam a saúde, a qualidade de vida, a liberdade e a felicidade enquanto referenciais centrais.

A institucionalização desse campo acaba induzindo a formulação das políticas de saúde, marcada pela produção de referenciais teóricos. Esses referenciais, produtos da construção desse campo, da interação de seus atores e de disputas de poder, buscam avançar na compreensão da saúde como produto das relações e interações que se estabelecem nos cotidianos da sociedade.

“Eu penso que a primeira especificidade da Saúde Coletiva é trabalhar com essa dobradinha entre o biológico/social e o ecológico. Isso traz uma riqueza e, concomitantemente, um desafio imenso para a nossa área, que diferencia de outros campos. Uma segunda especificidade é de que é um campo que nasceu, ao mesmo tempo, de uma crítica a outros enfoques científicos, para não falar de campos, como a Medicina Preventiva; ou enfoques profissionais como a Saúde Pública e, ao mesmo tempo, engajada em um projeto de reforma social, traduzida pela Reforma Sanitária Brasileira. Quer dizer que, nisso, a Saúde Coletiva pode se parecer com a Medicina Social da Europa do Século XIX, aliada aos movimentos sociais pela mudança da sociedade.” (JSP)

Segundo Scorel (apud Silva, 2003), até 1975, o esforço realizado foi de incorporar as ciências sociais à análise das questões de saúde; esta incorporação foi feita criticamente, rejeitando a idéia de equilíbrio universal da dominante corrente do funcionalismo, a neutralidade da ciência do positivismo e assumindo a sociedade como composta por classes em conflito e luta. Assim, até 1975, este processo desenvolveu-se resultando na construção de uma teoria social da saúde que foi considerado por nós como sendo “as bases universitárias” do Movimento Sanitário (SILVA, 2003, p. 14). Nesse sentido, é importante resgatar que o referido movimento teve importante influência da academia, uma vez que muitos atores ocupavam esses espaços e, por isso, alavancaram a caracterização do campo enquanto científico. Então,

“...como ela é um campo que se estrutura nos anos 70 – se estrutura como campo –, ela já se propõe a ser assim, ela trabalha com esse modo de produção discursiva que inclui essa idéia de que você tem a produção de conhecimento através de proposições verificáveis, verdadeiras, não verdadeiras. Você tem o autor político, seja o Estado, sejam os movimentos sociais, e você tem a sociedade como um todo, e a comunidade de pares, aqueles produtores de conhecimento que estão o tempo todo em interlocução.” (MTL)

Entre 1975 e 1979, esta vertente ampliou-se, sendo que outras instituições também agregaram a abordagem médico-social para análise dos problemas de saúde e produção de conhecimento. Da mesma forma, foi experimentada pelo conjunto das instituições a expansão de seus objetos de estudo, diversificação dos temas pesquisados e analisados. Em tal cenário, pode-se destacar que, neste período, houve grande produção intelectual sobre as questões da Medicina Social, sendo que as formulações tiveram papel importante para a ação política (SILVA, 2003). Foi a partir desse momento histórico que foram produzidos estudos em toda América Latina, em especial no Brasil, visando à compreensão do processo saúde-doença, determinantes sociais e desdobramentos políticos.

Pode-se dizer, então, que o modelo teórico da Saúde Coletiva é influenciado pelo projeto da Medicina Social latino-americana, no qual as ciências sociais são incorporadas à medicina, com base na inscrição de conteúdos disciplinares delas dentro da ciência médica, já historicamente estruturada (CARVALHO, 2007). Além disto, também a América Latina passou por um movimento de repensar a Medicina Social; contudo, avançou menos na utilização do verbete “Saúde Coletiva”, apesar de em muitos países as produções e reflexões se aproximarem.

“A produção científica, sobretudo da Medicina e da Saúde Pública de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emilio Ribas, influenciaram nas políticas de saúde. Quer dizer, aquela produção que é orgânica ao capital e ao poder, sem dúvida, que influenciaram sempre. Hoje, por exemplo, são responsáveis pelos enfrentamentos que tem um lado mais emancipatório da Saúde Coletiva. A Saúde Coletiva, por sua articulação com o movimento de reforma social, como a Reforma Sanitária, também influenciou; eu não teria nenhuma dúvida, por exemplo, de que o modelo flexneriano que influiu tanto na Saúde Pública quanto na Medicina, seja o modelo, o hegemônico em relação às políticas públicas hoje no Brasil. Embora, eu diria, que nós somos uma parte da Saúde Coletiva contra-hegemônica em relação ao modelo flexneriano, seja pelo lado da Medicina convencional, seja pelo lado da Saúde Pública institucionalizada. Parte da Saúde Coletiva tem vocação para ser oposição sempre”. (JSP)

A história da saúde no Brasil mudou seus rumos, levando o conjunto dos atores inseridos em um campo de disputa no qual a Medicina Social, a Saúde Pública e as novas vertentes do conhecimento sociológico sobre o processo de saúde-doença, se configuraram no novo espaço de produção e definição de saberes. Assim, destaca-se que “Saúde Pública tem uma história que não é só brasileira; ela tem uma intimidade

profunda com os momentos de organização de uma sociedade contemporânea e a presença do Estado na construção de suas políticas públicas; então, essa relação é de intimidade total.” (EEM). A Medicina Social já não respondia a todos os questionamentos, a saúde pública não conseguia suprir plenamente as necessidades que surgiam na população. Nesse cenário, a perspectiva de ser repensada a forma com que os indivíduos e coletivos se relacionavam com a saúde e a doença no espaço social foi o que mobilizou muitos atores para o início de um movimento que culminou na constituição de um novo campo de saberes e práticas. Surge, então, o campo da Saúde Coletiva, constituído pelos atores desta história e por novas figuras que se agregaram ao longo do tempo, também disputando e lutando pelas concepções, que não somente se pautavam nos determinantes e condicionantes naturais das doenças e da saúde, mas que incorporavam o componente social, econômico e político do cotidiano e da realidade das relações da sociedade para agregar novos fatores às produções no campo.

Alguns marcos, resgatados no capítulo anterior pelos episódios e fatos apresentados, foram importantes na composição da história do campo da Saúde Coletiva no Brasil: a crise da Saúde Pública, a criação de programas de pós-graduações que enfocam a temática do campo, a criação do Cebes e da Abrasco, o Movimento de Reforma Sanitária, a criação do SUS, entre outros.

Para melhor definirmos os conceitos e as definições que explicam o campo da Saúde Coletiva e que resgatam os episódios marcantes para contextualizá-la, os participantes desse estudo foram questionados sobre o que entendiam por Saúde Coletiva e como relacionavam a Saúde Coletiva com outros campos.

Ao retomar a trajetória histórica dos atores e das instituições para compreender como foi o processo da construção do campo da Saúde Coletiva, percebe-se que, por vezes, ocorre uma sobreposição entre a idéia do campo e do Movimento da Reforma Sanitária. Essa é uma riqueza de uma história tipicamente brasileira, pois conta com o referencial político e ideológico da luta por uma mudança no sistema de saúde brasileiro, ao mesmo tempo em que é permitido construir um campo que se traduz em saberes e práticas agenciados pelo movimento e com autonomia para se constituir

também enquanto ciência. O sentido do agenciamento aqui parece compartilhar da concepção da militância do campo já registrada por Camargo Junior (2003), mas também como transversalização para a produção de novos sentidos conforme Deleuze apresenta. Assim, entender a constituição do campo da Saúde Coletiva é compreender a luta pela Reforma Sanitária e como as reivindicações desse movimento foram dispositivos das disputas desse campo, produzindo atravessamentos na produção de outros saberes que, nesse caso, têm uma potência de inovação (HAESBAERT; BRUCE, 2002).

“Na saúde, até agora, nós viemos trabalhando junto. Penso que tem uma idéia não só de movimento, mas de organicidade, de organização por trás, que eu penso que é muito tributária da herança do partido comunista nessa área, que foi muito forte e que nos permitiu trabalhar de forma orgânica, com projetos de articulação, de alianças, táticos, estratégicos. Esse tipo de coisa não é muito comum em campo de conhecimento. Isso é do campo mais da militância, e esse imbricamento entre a militância, que era partidária, clandestina, ou movimento sanitário, o partido sanitário, com a produção de conhecimento, é uma coisa extremamente própria do campo da saúde.” (SF)

Ao compreendermos o campo como de militância, é possível imaginar que todo o saber e toda a prática ligada ao campo trazem em sua formulação e ação o desejo de mudança e de superação de desafios epistemológicos que não se constituem para alavancar o próprio campo. Se considerarmos que os atores do campo são sujeitos epistêmicos e que eles reinventaram a relação entre sujeito e objeto para trabalhar com outra lógica em relação ao método e ao produto/conhecimento, podemos entendê-los enquanto atores implicados com uma nova epistemologia, um novo fazer.

Para se operar validações de conheceres militantes, tendo como pressuposto que o encontro para isso não se dá *a priori* entre sujeitos epistêmicos, mas entre sujeitos implicados, que podem se reconhecer ou se negar, no outro. O desafio, então, fica pela possibilidade de operar a produção de saberes que são verdades militantes, que fazem sentido para certos coletivos e não outros, mas que permitem aos sujeitos implicados agir sobre o mundo e determiná-lo, na direção de certos rumos nem sempre previstos, não necessariamente subsumidos às lógicas dos poderes, das ideologias e dos afetos instituídos (MERHY, 2002, p. 3).

Os diferentes saberes e práticas do campo da Saúde Coletiva operam para a construção de uma nova concepção de saúde relacionada com outras bases de conhecimento. *“A prática tem um papel fundamental de organização do campo do ponto*

de vista da produção do conhecimento, da atuação acadêmica, da relação com o Estado.” (MTL). O campo apresenta uma multiplicidade de teorias e um grande potencial de articulação e relação para produção de fazeres intercessores, que buscam a construção de novidades que sejam necessárias e significativas para seus atores. A novidade e a possibilidade das intercessões mobilizam e implicam seus atores. Também em outras áreas foi possível observar movimento de afecção parecido, mas a Saúde Coletiva tem suas particularidades.

“A área de educação se mobilizou muito como movimento e não só como produção de conhecimento, mas não como a saúde, foi muito anterior a III Conferência Nacional de Educação, onde já se falava em educação para todos, papel do Estado (...). Nós só incorporamos depois da VIII, cinquenta anos depois. Com Paulo Freire, as pessoas se sentiam parte de um movimento, como pertencendo a um movimento, que penso que essa é uma característica da Saúde Coletiva que nós ainda não falamos, que é essa idéia de pertencimento a um campo onde há certos conceitos que nos unem, essa compreensão da realidade de saúde e também um certo projeto político. Essa é uma particularidade: as pessoas se sentem parte da mesma coisa.” (SF)

A implicação dos atores em cena é percebida pelo sentimento de pertencimento, pelo ato, pela possibilidade de ultrapassar fronteiras para que o espaço entre os atores, a relação nesse *entre*, nesse encontro, possa ser propulsor de produção.

No Brasil – talvez pela presença mais significativa de trabalhadores de saúde e usuários dos serviços participantes do processo de Reforma Sanitária, desencadeado desde o período da redemocratização, contra a ditadura militar – temos encontrado um quadro mais complexo em relação ao tema da produção de conhecimento, bem como a constitutividade dos sujeitos que o produzem, pois os temas de investigação e que trazem implicação nos sujeitos não são facilmente enquadráveis nos desenhos mais clássicos de ciências duras ou histórico-sociais. Eles, muitas vezes, querem entender os fatos a partir de suas trajetórias, modos de andar a vida. Assim, a implicação dos sujeitos é anterior à investigação e produção de conhecimento. Ela é um dos componentes metodológicos. O sujeito que ambiciona ser epistêmico está explicitamente subsumido em sua implicação, em sua forma desejante de apostar no agir no mundo de modo militante, não se reduzindo ao sujeito subsumido ao poder e à lógica ideológica do sujeito epistêmico imaginado pelos procedimentos científicos. Por isso, nessa nova lógica, a participação do trabalhador no processo de constituição

desse campo e com a sua conformação enquanto sujeito epistêmico dele, o caracteriza como sujeito militante implicado (MERHY, 2002).

“A Saúde Coletiva é campo de construção de saber militante, assim como vários outros, mas agora estou falando de saúde coletiva e há de compreender isso, por que ela se funda em uma estratégia de ação social de vários coletivos que vão ora se constituir como um movimento mais uniforme na ação mesmo divergente nas idéias, ora vai até também se dividir na ação. No debate lá do Gastão e da Sônia Fleury, por exemplo, sobre a Reforma Sanitária você percebe o Gastão colocando isso de uma maneira interessante: tem muitos atores, tem muitos projetos, tem diferenças e tem hora que não e tem hora que todas essas diferenças se apagam diante de uma diferença fora desse campo de ação, então, eu entendo a Saúde Coletiva quase que como um campo de ação no sentido de uma intervenção social.” (EEM)

A Saúde Coletiva nasce, então, do cenário da Reforma Sanitária Brasileira e se constitui ao longo dos anos de construção do SUS. Se entendermos o campo enquanto espaço de construção de conhecimentos, os quais têm raízes em um complexo cenário de disputas por um projeto societal de uma nova concepção de saúde e dos processos de intervenção nela, logo, podemos compreender o quanto sua história a conformou ao longo dos anos e hoje se coloca no cenário de um SUS já existente e já “contaminado” pelos espaços formais que o constituíram.

“O que nós presenciamos hoje em termos de disputas no campo da Saúde Coletiva é radicalmente diferente daquele ambiente mais afetuoso, mais cordial dos anos 70. Então, na medida em que a própria lógica da sociedade capitalista, a própria lógica das políticas de Estado, a própria lógica dos estímulos à competição, dos lattes, das publicações, dos qualis A, tudo, o que é de bom e de ruim, deste mercado simbólico, passa a penetrar em nossa área.” (JSP)

A lógica da produção da ciência, de organização dos conhecimentos produzidos e de validação dos mesmos, é uma lógica que opera um mercado simbólico, de capitais simbólicos, antes explicados por Foucault como “economia política” da verdade. Essa tendência de valorização das produções científicas, propulsiona competições, instiga as disputas e coloca os diferentes atores em confronto pela produção da melhor verdade. Aqui no Brasil, podemos nos referir a essa lógica através das agências de fomento à pesquisa, que destinam recursos e, portanto, definem e valorizam, para determinadas pesquisas e determinadas verdades, ciências. No caso da CAPES, podemos notar que a classificação das produções, dos pesquisadores e dos veículos de publicação são

instrumentos que conformam as verdades, que validam as verdades, que viabilizam suas produções.

“A própria lógica das ciências, a lógica discursiva, ela é uma lógica investida de poder simbólico, ela não é pura, então, se você apóia essa lógica discursiva específica você vai querer afastar outras formas (...), então, pela ciência, se você entende a ciência como um discurso de poder também, não é apenas a explicitação de verdades, de descoberta, pela ciência, que atrás desse discurso, dessas situações, há atores dispostos a ocupar espaços de poder e eliminar outros, então, é assim, por outro lado também as ciências sociais têm a obrigação de buscar ocupar seu espaço, de ocupar espaço do outro subcampo que o das políticas de saúde, e também impor o seu modo de expressão, o que também vem fazendo, não é à toa que, na CAPES, em nossa área, já se aceita como equivalente um artigo original e um capítulo de livro que seja original também, com boa fonte de publicação, que seja editora qualificada, que seja realmente reconhecida (...). O problema é o não-reconhecimento dessa fronteira avançada que (...) podia já estar lá, porque esse é o modo de produção de conhecimento do futuro. Se você quiser fincar pé no modo de produção da modernidade em função de posições de poder, não dá certo.” (MTL)

Essa lógica, se pensarmos o cenário produtivo de tecnologias em saúde, pode ser comparada ao complexo médico industrial que modela a organização das produções, que valida as tecnologias através de diversos interesses, que comercializa as produções invertendo diversas lógicas de cuidado, que tecnologiza o cuidado em saúde e produz dependência no campo. Essa tendência criticada por Santos (2006b), em sua obra “Conhecimento prudente para uma vida decente” e, mais tarde, ressignificada por Mattos (2004), em seu artigo “Cuidado prudente para uma vida decente”, alerta para o fato que novas produções, tecnologias e conhecimentos devem ser inseridos na sociedade para a produção de qualidade de vida às pessoas e coletividades e não para servirem aos interesses de alguns atores privilegiados. A Saúde Coletiva se conformou em um campo onde todas essas disputas estão presentes.

Esse espaço de consolidação de uma luta social, bem como de afirmação dos espaços institucionais para afirmarem um novo Modelo de Atenção e Gestão, foi de onde a Saúde Coletiva se inspirou.

“Não adianta eu descobrir que tal coisa é verdadeira ou tal coisa não é, porque não faz nenhum efeito se aquilo não tiver ou uma demanda do Estado, ou uma discussão da sociedade, ou uma proposta dos pares que aceitam ou não aceitam (...). O contexto de produção de conhecimento da Saúde Coletiva é esse de na diversidade da própria produção, coisa que supera o paradigma da Modernidade, vai além dele.” (MTL)

Ao pensarmos no campo da Saúde Coletiva e como estão organizadas forças político-ideológicas dentro dele, vamos nos lembrar da separação das grandes áreas: Política e Planejamento, Ciências Sociais e Humanas e Epidemiologia.

“A epidemiologia segue as normas mais próximas das biociências, das biociências, das ciências exatas, das ciências duras. A sua forma de expressão é, do ponto de vista discursivo, distinto das ciências sociais mesmo das políticas de saúde. É um desejo especializante. (...) Eles gostariam de absorver apenas aspectos metodológicos dessa ciência e não aceitá-las como campo de expressão também. Eles se apóiam muito na questão da produtividade; são muito afins com a política de ciência e tecnologia estatal, e isso impõe um determinado tipo de ritmo na produção que não é o das ciências humanas. Então, isso pode gerar tensões no campo como um todo.” (MTL)

Assim, essas tensões demonstram que a produção de verdades da epidemiologia também é baseada em estímulos que atendem a interesses de alguns atores coletivos, às políticas de ciência e tecnologia, que pretendem regular e estimular a produção de conhecimento para explicarem e qualificarem modos de vida da população. A epidemiologia se inspira em encomendas estatais o que, por vezes, dificulta sua interlocução com as demais áreas que pretendem se basear em demandas sociais que muitas vezes não estão organizadas no Estado.

“Estão acontecendo dois movimentos distintos. Um movimento em direção à interdisciplinaridade, mesmo no subcampo da Epidemiologia, e eu pude constatar isso no Congresso Mundial no Brasil, que aconteceu em Porto Alegre, nunca se falou tanto em Ciências Sociais e Humanas em um Congresso de Epidemiologia como nesse, verdade seja dita. Então, eu penso que há um movimento de integração de Ciências Sociais, como Ciências Sociais, não é método qualitativo não, dentro da subárea de Epidemiologia, portanto, a busca de interdisciplinaridade. Também existe o outro movimento, que é o de separatividade no sentido da especialização dos saberes, isso também acontece. Esse movimento tensiona a integridade do campo, eu penso. Ele tensiona, não que ele consiga, mas ele tensiona.” (MTL)

Assim, por vezes militante para defesa de uma nova ideologia e por vezes institucional para defender uma lógica científica institucionalizada, o campo reflete essa miscelânea de projetos e marcos históricos no Brasil.

Entrelaça-se aqui, a questão da política na e da Saúde Coletiva. Em outros termos, na medida em que existe uma articulação estreita entre a produção do conhecimento, concebida enquanto uma prática política, e a estratégia política

real do movimento sanitário brasileiro, esta acabou por imprimir a marca àquela, que se configura, então, como um saber militante (COHN, 1992, p. 99-100).

Portanto, ainda a mesma autora destaca que a prática política da Reforma Sanitária Brasileira se constituiu como horizonte e ao mesmo tempo como limite para a produção de conhecimento no campo. Isso aconteceu, pois o campo, por um lado, buscava se institucionalizar como um novo modelo político para saúde no país, mas por outro lado, buscava construir um projeto científico.

“Havia um esforço muito grande dos epidemiólogos para parecer que eram cientistas, mas eu penso que não é bem o caso da Saúde Coletiva, ela tinha outros objetivos, queria também saber como interpretar o mundo, mas penso que a interpretação era muito política, muito no sentido de transformá-lo.” (SF)

A Reforma Sanitária enquanto projeto social esgotou-se na criação do SUS por tentar institucionalizar-se para sua manutenção, enquanto projeto científico, perdeu-se na institucionalização do campo da Saúde Coletiva quando se forjaram ações que se respaldavam sobretudo por pressuposto de produção acadêmica. Por conta de atender às prerrogativas conceituais das agências de fomento à pesquisa, à lógica produtiva da produção científica, não houve um fortalecimento da militância do intelectual engajado com a produção de saberes e práticas inovadoras, para a criação de uma ciência militante e de um campo não só científico.

“Se nos começamos a fazer uma divisão entre saber científico e saber não científico, e nós precisamos saber o que nós chamamos de saber científico, se é o instituído, ou se é o legitimado nas instituições como diria o Kuhn na revolução científica (em ser legitimado quem são ou o espaço societário institucional que o institui como científico) (...) e aí ele não diz isso aqui é do saber popular, isso aqui não, é saber científico (...), eu penso que a Saúde Coletiva é sim um campo de produção intensa de saber militante disputando a pretensão de verdade com outros saberes de outros campos, todos eles muito articulados.” (EEM)

Hoje, podemos dizer que a Saúde Coletiva tem uma dimensão enquanto campo de saberes para militância de um projeto social de saúde competente para articulação com outras áreas de saberes da saúde; uma dimensão como campo de produção de conhecimento para a mudança do sistema de saúde, que se caracteriza por mudar do intelectual engajado que se forma diante do técnico e político para a mudança de um

sistema de saúde pautados nos princípios do SUS; e uma dimensão de campo científico instituído que se esgota em si mesmo, balizado, sobretudo, pela nota da CAPES, no número de publicações em revistas científicas Qualis A. Essa última dimensão tem sido a mais visível atualmente no campo. A dimensão do campo militante foi articuladora da Reforma Sanitária Brasileira, a dimensão da produção de conhecimento do sistema se desdobrou na criação do SUS, e a dimensão do campo científico tem sido fortalecida pela lógica produtiva das ciências e pelos interesses postos em jogo.

“A Saúde Coletiva começou a virar o pólo conservador da Reforma Sanitária. Eles disputam o campo da produção da ciência, onde rola uma grande disputa sobre o que é a verdade lá no campo social da produção da saúde, começam a fazer uma divisão entre o que é ciência e o que não é ciência, sobre método científico e método não científico, neutralidades e contaminação (...) eu sou um cara contra. A Saúde Coletiva olha os movimentos da Reforma Sanitária e fala assim: é a ciência que nós estamos produzindo aqui que vocês têm que consumir, a ciência que nós estamos produzindo aqui obedecerá os cânones da oficialidade da ciência.” (EEM)

Essa organização que se conformou entre os grupos, produtores de conhecimento, formuladores de políticas, enfim, esses nichos que foram conformados e as disputas entre eles, são responsáveis pela perda da essência inicial do que era o campo, porque se abriu uma perspectiva de produção capitalista da ciência e há uma grande dificuldade para se resgatar o que era a essência da inovação, o que era a pluralidade das ciências dentro desse campo.

“Já mais recentemente a Saúde Coletiva se organizou mais corporativamente, dentro dos padrões do que é chamado ciência oficial, ou seja o que é considerado ciência para CAPES e tudo mais, e tem tido muito êxito também. Eu penso que houve uma esterilização muito grande do que era chamado de Saúde Coletiva, do que era a origem do conceito da Saúde Coletiva, que era um conceito transformador e tal (...) hoje você vai seguindo aqueles padrões qualis aqui, qualis ali e você fica qualis nada.” (SF)

“A Academia é muito resistente (...) para você pensar que esses grupos extremamente críticos passem a ocupar posições mais definidas na Academia (...) se consegue em duas situações: uma com uma mudança de uma correlação de forças políticas de tal ordem que é inevitável que uma dessas figuras chegue e ocupe uma posição de liderança e um time maior tende a oxigenar ou renovar a Academia ou a Universidade, uma maneira, a outra via, é usando uma categoria de Gramsci, transformista. Através do transformismo você muda de lado, mesmo utilizando uma retórica de esquerda você faz a

política da direita, então, essa é uma outra forma com que determinados personagens passam a ocupar um espaço que aparentemente dá-lhes liderança dentro da Academia.” (JSP)

Conforme Emerson Elias Merhy, *“a Saúde Coletiva, hoje, apresenta ainda disputas, e visa processos de transformação, consegue ver isso para além do lugar da academia (...), nós fazemos mais Saúde Coletiva nos serviços, produzimos mais ciência e disputa científica nos serviços do que na academia”.*

“Falta um projeto, tem coisa que não está formulada, tem objetos que não estão sendo vistos, faltam atores. (...) Se você pegar o texto que eu escrevi naquela coletânea que a Fleury organizou dos 20 anos de Cebes, você verá que lá eu quase que estou dizendo, de um outro lugar, a agenda que o movimento nunca teve, que é o tema da micropolítica do trabalho, e porquê que nunca teve, porque ali é o olho do furacão (...) em Campinas, em particular nos anos 80, 90, nesse núcleo Emerson-Gastão, aparece uma crítica aos rumos que a Reforma Sanitária estava seguindo. Não é uma crítica à Reforma Sanitária, era uma crítica aos grupos que hegemonizavam a Reforma Sanitária. Uma das grande críticas, tanto para ele quanto para mim, está nessa pretensão hegemônica do chamado setor acadêmico, cientificista. Mas não é só disso. Nós também estamos falando dos projetos em governo que nós achamos que não funcionam. Então, se você pega o meu texto de 98, 96, debulhando o PSF (...) onde eu faço uma análise do movimento, da formulação, uma análise da medicina comunitária, faço um estudo das políticas. Quase fui expulso do movimento da Reforma Sanitária por causa disso, fiquei isolado no Brasil. Isolado! (...) Eu via que o PSF era um modelo de atenção atrasado, não ia hegemonizar nada, era focal.” (EEM)

Se avançarmos na reflexão sobre o quanto militante esse campo se propôs ser, imaginando que, a partir de suas raízes influenciadas por Gramsci, tivemos intelectuais orgânicos ligados ao movimento sanitário brasileiro, bem como com o campo da Saúde Coletiva, poderemos compreender que os espaços de disputa e as bandeiras de luta do conjunto dos atores em um determinado momento se desencontraram e perderam força enquanto campo de saberes e práticas militantes. Então, se

“...você disputará a conformação dessa nova ciência, desde o começo, tem pessoas compondo o movimento da Reforma Sanitária que fazem essa disputa e na medida em que vão acumulando poder pela Reforma Sanitária, eles vão adquirindo mais poder no campo que é legitimado como ciência e eles vão para esse território de disputa. (...) Então, é mais importante para eles um espaço na CAPES do que ganhar o governo da Bahia. É mais importante, porque é lá no espaço da CAPES que você validará disputando contra os outros a nova ciência. Eu penso uma maravilha que eles conquistem novos espaços na CAPES. O problema é que para conquistar novos espaços na CAPES, que tipo de concessão de ciência eles estão fazendo, é aí que eu digo que a Saúde

Coletiva perdeu o rumo. Ao abandonar esse território do campo da disputa da produção social da saúde (...) e ir para o campo da produção social da ciência, esses caras perdem a base de fundação deles e vão virando conservadores. Então, você vê um monte de caras brilhantes, no campo de produção, disputando campo de produção social de ciência profundamente conservador. (...) O campo de produção das práticas sociais, que é o meu campo de disputa, para muitos é um campo de produção social da ciência.” (EEM)

Nesse sentido, é importante lembrar que os atores em jogo desde sempre estiveram comprometidos por um projeto social, mas a perspectiva de atuação em diferentes espaços institucionais, seja na academia, seja no governo, seja no serviço, seja no movimento social, não potencializou os encontros dos sujeitos e reforçou disputas pela ocupação dos espaços e pela construção das verdades desses espaços. Podemos verificar bem isso quando pensamos o campo a partir dos espaços institucionais.

“Eu diria que uma das grandes mediações que se faz nesses pólos entre mercados capitalistas e práticas acadêmicas é através do Estado. Quer dizer, é a forma com que nós fomos nos legitimando perante o Estado; seja através da CAPES para poder sermos (conceito da CAPES) seis, ou sermos sete, ou sermos cinco; e a forma como fomos nos legitimando perante o Estado, por exemplo, via CNPq para determinados tipos de produção cuja a hegemonia é do campo médico, ou das ciências mais duras, isto é o que vem nos conformando desta forma. Então, para mim, a mediação passa, necessariamente pelo Estado, e dentro do Estado dando algumas pistas de organizações, de aparelhos de Estado que vão conformando esse processo. Eu diria, então, por isso, que são determinações estruturais, mas que passam pelo Estado; logo, se passam pelo Estado, o espaço do Estado sendo um âmbito, de uma certa forma, é determinante, por outro lado, é um campo de luta em que os atores podem brigar mais para uma política, para esta ou aquela direção.” (JSP)

Assim, o campo da Saúde Coletiva, atravessado por marcos históricos importantes para a saúde brasileira, pois foi formado pela diversidade de atores implicados com a Reforma Sanitária, epistêmicos, criadores de saberes e práticas inovadoras. Constituiu-se a partir de projetos sociais, implicado com a construção de Novos Modelos de Saúde e hoje se encontra enquanto campo institucionalizado nos espaços formais do conhecimento científico obedecendo às regras do Estado e do que é socialmente aceito como ciência.

“Lamentavelmente o paradoxo aumenta, a diferença maior é que esses organismos estão funcionando com gente de esquerda, com um discurso de esquerda e fazendo política de direita, para usar Gramsci mais uma vez. A

CAPES e o CNPq têm uma estrutura relativamente permeável às mudanças, porque são os pares. Então, são os nossos pares do CNPq e da CAPES que estão, de alguma forma, sendo transformistas.” (JSP)

“Se antes foi uma grande conquista você criar um espaço dentro do CNPq, Cecília Magaldi e Hésio Cordeiro fizeram um documento muito importante no início dos anos oitenta que praticamente fundamentou a criação do Comitê de Saúde Coletiva. O Estado paradoxalmente permitiu que chegassem figuras (...) e essas figuras do nosso campo não tiveram a capacidade do momento em que teriam todas as condições políticas para avançar, do ponto de vista do espaço progressista, de fazer. Então, de alguma forma, nós estamos reproduzindo o hegemônico e não criando o instituinte.” (JSP)

Campo disciplinar, que ainda traz inovação por se expressar em saberes e práticas multi, inter, transdisciplinar, a Saúde Coletiva está em questão, pois em uma perspectiva de se constituir como campo de disputa social, pela produção de um conhecimento implicado com as realidades, ele não se fortaleceu nas suas bases. Não se fortaleceu de forma suficiente na academia, produzindo uma ciência nos padrões exigidos (pois apresenta disputa entre os atores que disputam a legitimidade da produção especializada), nem no espaço de ação governamental, operando o SUS que hoje pode ser um espaço estatal para implementar mudanças no *modos operandi* de tratar a saúde para os coletivos, e, nem no espaço social da ação de atores e movimentos que não ocupam nenhum dos outros dois espaços e que poderiam disputar a produção dos saberes e práticas a partir da relação entre eles. Através do resgate da trajetória histórica do campo, bem como da apresentação dos atores e dos movimentos desses atores até hoje, veremos que assim como podemos interpretar o campo por concepções diferentes, também definimos ele de forma diferente ao longo de seu processo histórico. A Saúde Coletiva em especial, no contexto brasileiro, está em construção e em constante transformação, ela se constitui através das relações estabelecidas e da produção de subjetividades entre elas.

5. SAÚDE COLETIVA: campo em transformação

“A discussão da ciência no campo da saúde tem que passar pela discussão do campo da produção social da saúde. E não passa pela disputa do campo da ciência qual é o método mais científico, qual é o método menos científico.”
(EEM)

Paim (2006) refere que a Saúde Coletiva pode ser vista como um movimento ideológico que gerou um campo científico e um âmbito de práticas contra-hegemônicas, com diferenças significativas em relação à Saúde Pública e ao modelo médico hegemônico.

“Eu considero a Saúde Coletiva como um campo científico em constituição enquanto ele parte de uma ruptura com a medicina preventiva e a com saúde pública institucionalizada (...). Enquanto campo científico ele se articula (...) com um conjunto de valores e projetos vinculados à liberdade, à democracia, à autonomia dos sujeitos, à emancipação.” (JSP)

Camargo Junior (2003) afirma que uma das características mais significativas da Saúde Coletiva, tomada como campo disciplinar, é a convivência entre a intervenção e a reflexão, dimensões sinalizadas no jargão do campo como “serviço” e “academia”.

Esse estudo parte do pressuposto de que a Saúde Coletiva no Brasil se conformou enquanto campo científico em determinado momento histórico, contudo, considera que a própria definição de campo científico por vezes é insuficiente para caracterizar o movimento político-ideológico-intelectual particularmente brasileiro

Para definição de campo científico, a escolha teórica e conceitual da autora considera Bourdieu como referencial para investigar a constituição do campo da Saúde Coletiva e a dinâmica dos atores que a ele pertencem. Contudo, outras reflexões acerca das possibilidades de definição do arranjo dos atores envolvidos na história da Saúde Coletiva em um dado espaço/território de ação/ produção também irão permear esse estudo para problematizar o conjunto de informações coletadas através das falas os atores participantes.

Os desenhos de investigação, reconhecidos como do campo da ciência, já apontados, têm como aposta comum que a validação do conhecimento produzido se dará no campo de encontro entre sujeitos epistêmicos, armados

com suas teorias e métodos. Nos estudos da saúde que necessitam abordagens do campo das ciências históricas e sociais, as reflexões de um autor como Mario Testa são muito ricas, pois procuram entender a constitutividade destes sujeitos epistêmicos, como situação a priori de qualquer pesquisa. Testa, neste seu livro *Saber en Salud*, com uma analítica sofisticada e brilhante, revela o quanto os sujeitos epistêmicos são subsumidos às lógicas do poder, da ideologia e dos afetos (fala inclusive do sujeito amoroso neste processo), nos distintos contextos históricos; sendo estes componentes constitutivos dos mesmos e, portanto, de seus modos de operarem a construção dos conhecimentos e suas validações. Entretanto, quando procura uma saída para o tema da construção do conhecimento subsume a necessidade do sujeito epistêmico se impor, dentro do que “uma certa ciência” tem instituído, ou deve instituir, em nossas sociedades contemporâneas (MERHY, 2002).

Para Bourdieu (2005, p. 134), “os agentes e grupos de agentes são assim definidos pelas suas posições relativas neste espaço”. Ou seja, segundo o autor, o campo se apresenta como um conceito que busca as estruturas objetivas das relações entre os agentes e instituições, não considera que as relações estabelecem produções cognitivas e subjetivas advindas dos encontros.

É tão errado tentar compreender as práticas a partir da lógica imanente do espaço das posições (definidas, em dado momento, quer dizer no termo de certa história, no seu número, estatuto jurídico, etc.), como tentar explicá-las unicamente com base nas atitudes “psico-sociológicas” dos seus agentes, sobretudo separadas das suas condições de produção (BOURDIEU, 2005, p. 94).

Assim sendo, não é possível compreender a prática dos agentes, exclusivamente pelas suas posições no campo, e tampouco apenas pelas suas atitudes, mas deve-se considerar que há uma relação dialética entre as posições, entre a história objetivada e as exigências contidas na posição, e as propensões inscritas nos *habitus* dos agentes, ou seja, a história ou estrutura incorporada pelos agentes:

...Sistemas de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações que podem ser objetivamente “reguladas” e “regulares” sem ser o produto de obediência a regras, objetivamente adaptadas a seu fim sem supor a intenção consciente dos fins e o domínio expresso das operações necessárias para atingi-los e coletivamente orquestradas, sem ser o produto da ação organizadora de um regente (BOURDIEU, 1983a, p. 60-1).

O *habitus* é aquisição histórica e social dos indivíduos, é um sentido prático dos agentes que os inclina a atuar e agir nas situações, não se restringindo ao cumprimento obediente de regras e normas ou a um agir calculado. Retomando a noção de campo, como as relações dos agentes ou instituições em luta pelo poder e capital, poderia se dizer que os agentes que nele estão envolvidos demandam um saber prático das regras de funcionamento do próprio campo – um *habitus*.

Para Bourdieu (2005, p. 27-8),

a noção de campo é, em certo sentido, uma estenografia conceptual de modo de construção do objecto que comandará – ou orientará – todas as opções práticas da pesquisa. Ela funciona como um sinal que lembra o que há que se fazer, a saber, verificar que o objeto em questão não está isolado de um conjunto de relações de que retira o essencial de suas propriedades. Por meio dela, torna-se presente o primeiro preceito do método, que impõe que se lute por todos os meios contra a inclinação primária para pensar o mundo social de maneira realista ou, para dizer como Cassirer, substancialista: é preciso pensar relacionamente.

Neste sentido, a compreensão do campo da Saúde Coletiva estaria não necessariamente nas propriedades que ele apresenta, e sim do conjunto das relações que o permeiam.

As instituições ou agente (...) não passa na realidade de um ponto em um espaço de relações objetivas (um ponto, de resto, cujo “peso” na estrutura terá de ser determinado); e se, mais precisamente, a verdade desta instituição reside na rede de relações de oposição e de concorrência que a ligam ao conjunto de instituições (...) e que ligam esta mesma rede ao conjunto das posições no campo de poder (BOURDIEU, 2005, p. 30).

A questão que se coloca é a necessidade de construir o conceito de campo com base na relação entre essas instituições / organizações e, também, no campo de disputa que se configura, para além da crítica a perspectiva interacionista e burocrática. Tal concepção aponta para os limites da compreensão da Saúde Coletiva a partir das relações de poder e saber dos agentes internos do campo, comumente realizado pela referência a Foucault, que apresenta uma compreensão da essência do mesmo, como o lugar do poder saber da saúde e do disciplinamento dos saberes do campo.

Segundo Bourdieu (2005), a realidade social das instituições se define e redefine continuamente na disputa de interesses dos agentes que dela fazem parte, conforme

suas posições e *habitus*, conformando o campo de forças antagonistas ou complementares que explicam a razão de ser das instituições e seus efeitos. Essa razão de ser pode ser melhor entendida quando o próprio autor cita o capital simbólico que está dado nesse cenário de disputas, nessa busca pela determinação da verdade. Assim,

“...Bourdieu, trabalha com capital simbólico, portanto, com a explicação de determinadas disputas, determinadas contradições, determinadas competições que são muito presentes no mercado simbólico, independentemente das escolhas individuais, dos desejos, ou dos afetos.” (JSP)

Nessa concepção, o conjunto dos atores que fazem parte do campo e os efeitos sociais destas relações e interações, previstos ou não, poderiam ser explicados alicerçado nas relações entre os diferentes interesses dos agentes que dele fazem parte, ou seja, através do processo de luta de forças que conformam o campo de disputas.

Nesse contexto, Campos (2006a), apoiado na obra de Foucault, aponta que o poder médico determina da inversão da lógica de organização do hospital, uma vez que os atos desse trabalhador em saúde guardam peculiaridade por estar calcado no encontro entre trabalhador e usuário. É através da ação do cuidado que se dá a transformação do hospital como centro de produção e disseminação de saberes, ideologias e projetos políticos. Em contrapartida, todo conhecimento, científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas que propiciam a formação dos sujeitos e os domínios de saber, o que aponta para a impossibilidade do saber neutro – todo saber é político. Assim, ao entender que saber e poder se implicam mutuamente, apreende-se que não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, bem como os saberes em interação constituem relações de poder. Então, é possível entender que nessas novas funções do hospital, há o lugar para a cura, mas também existe instrumentos de produção, acúmulo e transmissão de saber (Machado, 1979, XXI e XXII).

Sobre esse ponto de vista argumenta um dos entrevistados:

“No ‘Nascimento da Clínica’, você vai entrando por dentro, você vai vendo aquela microfísica de construção dos atores, dos vários atores nos seus

encontros e as formulações de pretensões de verdades se batendo, se conformando como ciência, discursivamente, politicamente um jogo de micro poderes.” (EEM)

Portanto, ao compreender que os campos se conformam apoiados na disputa de verdades e que essas são produzidas por indivíduos ou coletivos, pode-se compreender que os mesmos, revestidos de poder, estão em interação para a legitimação dos saberes.

“Eu partilho de uma idéia de que toda construção discursiva tem uma localização em falantes reais, ou seja, atores sociais, ou grupos de atores sociais, e toda estrutura discursiva tem pretensão de verdade, então, quando nós falamos da ciência, a grande questão que aparece é qual é a pretensão de verdade da ciência, porque toda estrutura discursiva tem pretensão de verdade. Portanto, esse tema do saberes e da ciência do ponto de vista social.” (EEM)

Foucault (2006) afirma que a capacidade de produzir verdades é uma das manifestações de poder, sendo assim, os atores que conseguem articular as redes para melhor produzirem verdades, no âmbito da disputa pela melhor verdade, terão mais poder. Para Emerson fica claro que essa disputa se dá na medida em que os atores em questão em um campo pretendem definir qual a “verdade verdadeira” quando fala:

“Eu penso que quando nós vamos beirar essa questão do campo da ciência, o que aparece para nós é esse campo, é um campo de disputa, de disputa de atores que a partir de uma certa pretensão de verdade disputa com outros atores as pretensões de verdade dos outros. Isso inclusive traz uma discussão, de Foucault, dada a uma pretensão de verdade, traz uma discussão que o Deleuze explora intensamente, que é de que nesse campo a grande questão é o tema da demonstração do erro do outro. Então, na realidade, a disputa não é uma disputa pela positividade do seu saber é uma disputa pela negatividade do saber do outro, a ciência anda nesse caminho, esses processos não comportam grandes divisões como nós estamos acostumados a operar da modernidade para cá, das chamadas ciências naturais, ciências sociais, ciências históricas, na realidade todas essas construções são estruturas discursivas com pretensões de verdade localizadas, construídas nos meandros das relações institucionais.” (EEM)

Portanto, tem-se a compreensão dos significados do campo científico: não somente por entender que a ciência é o instrumento que a pauta, mas por entender que os saberes, em articulação por redes de poder, sempre vão buscar se legitimar e se

sustentar, disputando espaços para serem acumulados e transmitidos.

Para Bourdieu (2005), o conjunto de propriedades que atuam no universo social, ou seja, as diferentes espécies de poder ou de capital que concorrem nos diferentes campos, dão aos seus detentores força e poder neste universo e constituem a base dos princípios de diferenciação ou de distribuição que constroem o espaço social e suas várias dimensões, neste sentido é que os poderes e os capitais que estão em jogo no campo saúde definem a construção das diferenciações e distribuição neste espaço social.

O campo da saúde, em analogia ao campo jurídico, seria o lugar de concorrência pelo monopólio da saúde de julgar a saúde, quer dizer, na qual se defrontam agentes investidos de competência ao mesmo tempo social e técnica que consiste na capacidade reconhecida de interpretar o que seja saúde e doença, ou seja, uma visão legítima do ser saudável no mundo social (BOURDIEU, 2005). Por isso, o campo da saúde pode se conformar investido de agentes e critérios que permitem definir a verdade sobre a saúde e legitimar as ações e relações de acordo com os jogos de poder relativos a legitimação dessa verdade.

“O que se chama saúde, ou medicina, tem que ter uma eficácia, porque ela intervém na ordem da vida para normatizar (...) penso que esses campos, das biociências e das especialidades médicas, eles são contíguos, mas eles têm traços diferentes. E nós estamos contíguos, não contínuos, às biociências também, porque são formas de intervenção na ordem da vida.” (MTL)

O conjunto de agentes e instituições que configuram o campo da Saúde Coletiva disputa o poder e o capital, a legitimidade, de dizer o saudável do mundo social, e as melhores formas de alcançá-lo. Isto lhes confere poder e capital, ou seja, a conformação, definição e redefinição destas instituições e dos agentes no campo da saúde, suas distinções e diferenciações seriam o resultado do campo de lutas dos que buscam transformar ou conservar esse campo de forças, através da concorrência com os outros, através da força (relativa) que detém, na definição do ser saudável, da verdade, do saber em questão (BOURDIEU, 1997).

O campo, para Bourdieu (2005), é espaço social de relações objetivas, “... pode ser definido como uma rede ou uma configuração de relações objetivas entre posições”.

Dessa forma, ao construir como objeto dessa análise o campo da Saúde Coletiva, a partir desta concepção, esse campo é considerado uma rede ou configuração na qual os atores estabelecem relações objetivas com outras posições com base no poder ou capital de que dispõe na luta de forças para definir saúde e doença, bem como, estas instituições seriam o resultado da luta dos diferentes agentes que a compõe.

Assim, de acordo com Jairnilson Silva Paim, é importante

“...respeitar as regras da prática científica, explicitar referenciais, esclarecer quais são os métodos que você utiliza, a perspectiva de uma vigilância epistemológica, no sentido de delimitar o que tem de ideológico e de senso-comum e o que tem de ruptura no ponto de vista de um conhecimento mais objetivado, ainda que não seja neutro. Então, eu penso que isso tem uma identidade. A questão do mérito científico, neste ponto, tem as tensões entre o campo científico, o campo político e o campo burocrático, mas, a meritocracia no âmbito acadêmico, particularmente, a discussão entre os pares, o respeito em opinião dos pares, quer dizer, isso, a Saúde Coletiva ao se firmar enquanto campo científico, passou a comungar desse conjunto de valores e posturas, em determinados momentos até de habitus para poder falar Bourdieu, presentes e gerais do campo científico.” (JSP)

Então, ao analisar o campo da saúde, é necessário identificar os agentes que o configuram e, para tanto, Bourdieu (2005, p. 31), ao definir o limite do campo afirma que “...um agente ou uma instituição faz parte de um campo na medida em que nele sofre efeitos ou que nele os produz”. Neste sentido, mesmo que preliminarmente – pois demandaria verificação empírica – poderia se dizer que, dentre os agentes que sofrem ou produzem efeitos no campo da saúde, estariam as diferentes instituições produtoras de conhecimento (associações, universidades, centros formadores e de pesquisa), os diferentes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, entre outros), governantes, administradores e tecnoburocráticos, os produtores de insumos e tecnologias e usuários (pacientes, doentes), e várias instituições, tais como, hospitais, postos de saúde ou unidades básicas, secretarias estaduais e municipais de saúde, associações das corporações profissionais (como sindicatos, conselhos profissionais e de especialidades), associações das instituições prestadoras de serviço (como de hospitais, laboratórios), associações e conselhos de representação governamental (como conselho de secretários municipais e estaduais de saúde), associações dos usuários (tais como ONG's da Aids, associações diversas de doentes que têm as

mesmas patologias), além de conselhos institucionalizados de participação de diferentes atores (conselhos municipais e estaduais de saúde, conselhos gestores de serviços).

Os agentes que constituem o campo, para Bourdieu (1983b), podem ser chamados de comunidade científica, quando postos nesse cenário de disputa de forças. Os atores que estão em cena no campo da Saúde Coletiva devem ser percebidos apoiados em sua inserção e em sua ação.

“Eu não gosto da palavra comunidade. Eu prefiro a palavra de uma amiga minha, chamada Maíra Baumgarten – que é uma gaúcha, que escreve sobre produção do conhecimento – que é a coletividade científica. Comunidade é um termo empregado a partir dos anos 50 e 60, em Serviço Social e Sociologia, ligado à idéia funcionalista de que você teria um funcionamento social de mini-sistemas. Então, não sou adepta dessa idéia de comunidade não, mas coletividade científica. (...) Ela não foge a essa idéia do campo e das disputas de campo, e dos interesses que estão ligados a essas disputas. Seja esse interesse na coisa do capital simbólico de manter o domínio no plano simbólico; seja também, na questão do financiamento, porque você sabe que atualmente toda a atividade de pesquisa é financiada pelo Estado e as pessoas disputam lugares de financiamento. Então, eu penso que não tem comunidade; você tem uma coletividade de pessoas segmentadas que lutam por seus interesses.”
(MTL)

Essa coletividade e esses muitos atores que estão postos no campo não estão disputando verdades que são tipicamente científicas. Eles disputam projetos com potencial político para induzirem novas produções no campo, sejam novos conhecimentos, novos saberes ou novas práticas.

“Não é uma comunidade tipicamente/unicamente científica. Ela envolve um lado tipicamente científico, mas você encontra um mesmo discurso em um congresso da Abrasco e no do CONASEMS, sendo que, na Abrasco, supõem-se uns certos parâmetros mais acadêmicos que os dos gestores, mas é uma discussão muito parecida. Penso que isso é que é a singularidade da área: não ser estritamente acadêmica, não ser só um campo acadêmico (...). Não sei até quando nós vamos conseguir fazer isso, pois o que a política científica tem feito é transformar tudo na mesma coisa, e a resistência será muito pequena. Certas áreas de ciência aplicada, como a Saúde Coletiva, de conhecimento aplicado, não são áreas puramente científicas e não se regem tipicamente pelos parâmetros de conhecimento como a física e tal (...). Todo mundo está submetido à mesma lógica, como se você tivesse que escrever um artigo científico como a física, como se você tivesse fazendo um experimento, e não é isso.” (SF)

Estes agentes e estas instituições disputam o conceito de saúde, como uma das

estratégias de poder, pois quem tem o poder de dizer o saudável está com capacidade de dominar o campo. Seja como condições sociais de vida ou como ausência de doença, cada uma das abordagens, entre outras possíveis, confere poder e capital para parte dos agentes em relação no campo. As posições ocupadas pelos agentes ou pela instituição são determinadas, seja por sua situação na distribuição de poder ou capital, seja por suas relações com outras posições, como afirma Bourdieu (2005, p. 136): “O conhecimento da posição ocupada neste espaço comporta uma informação sobre as propriedades intrínsecas (condição) e relacionais (posição) dos agentes”.

As lutas estabelecidas dentro do campo acabam demonstrando as diferentes formas de dominação, sendo que a posse do poder e do capital de conceituação da saúde e na forma de alcançá-la garante acesso aos lucros que estão em jogo no campo, e lhes garante dominação nas relações objetivas com os outros agentes e instituições. O autor, ao abordar o campo científico, afirma que

...a definição do que está em jogo na luta científica faz parte do jogo da luta científica; os dominantes são aqueles que conseguem impor uma definição de ciência segundo a qual a realização mais perfeita consiste em ter, ser e fazer aquilo que eles têm, são e fazem (BOURDIEU, 1983b, p. 128).

Nesta perspectiva, os dominantes no campo de saúde seriam os que o definem, sendo que o que eles têm, são e fazem seria a realização perfeita do campo, ou seja, os epidemiologistas, os cientistas sociais e os planejadores se configuram como diferentes atores que disputam suas concepções. Da mesma forma, os gestores e os profissionais são atores que produzem conhecimento e ações políticas e que, muitas vezes, são disputadas pela percepção de legitimidade de tal poder dentro do campo.

A estrutura do campo científico se define, a cada momento, pelo estado das relações de força entre os protagonistas em luta, agentes ou instituições, isto é, pela estrutura da distribuição do capital específico, resultado das lutas anteriores que se encontra objetivado nas instituições e nas disposições e que comanda as estratégias e as chances objetivas dos diferentes agentes ou instituições (BOURDIEU, 1983b, p. 133).

Estas são apenas reflexões que tentam identificar os agentes, as instituições, os poderes e capitais, que estão em jogo, para entender a Saúde Coletiva como campo e, neste sentido, contribuindo para a compreensão das relações entre os agentes no

campo. Bourdieu (2005, p. 69) salienta a necessidade de “compreender a gênese social de um campo, e apreender aquilo que faz a necessidade específica de crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram...”. Para Jaimilson Silva Paim,

“há uma primeira hipótese de que uma confluência muito próxima entre o campo científico, o campo político e o campo burocrático, faz com que as competições, que aparentemente são científicas, sejam, na realidade, disputas de poder para o campo burocrático, ocupação de cargos, por exemplo, dentro da burocracia do Estado, ou posições políticas mais relevantes, seja de um Deputado, de um Senador, de um Ministro, de um Governador, de um Prefeito.” (JSP)

A perspectiva da burocracia no espaço de pensar e fazer a saúde aparece fortemente calcada na constituição de espaços importantes no bojo do Estado a partir da conquista da criação do SUS. Há interferências entre a atuação no campo científico, social e político; pois temos os participantes da tecnoburocracia no espaço estatal; os participantes dos movimentos sociais, dos serviços, dos espaços de produção extra-muros da academia e da máquina estatal; e os participantes da coletividade científica que produzem conhecimentos na academia. Ao mesmo tempo em que esses atores parecem não disputar os conhecimentos por eles produzidos, eles disputam os espaços de poder que constituem os conhecimentos enquanto verdades para os diferentes âmbitos. Há uma disputa pela hegemonia no campo, e ela pode ser entendida como parte da rede, do campo.

“O Gramsci com conceito de intelectual, com conceito de hegemonia, vai debatendo que ter um veículo público que expresse idéias e que debata, que faça a disputa das outras formulações, é uma atuação política fundamental pela hegemonia de uma nova forma de integrar a sociedade. Era uma oportunidade de interferência na sociedade civil e no Estado.” (EEM)

Se observado o papel do Estado na conformação das políticas de saúde – considerando que essas políticas são projetos formulados enquanto saberes de um campo de ação e de produção social – podemos apreender que a tecnoburocracia pode assumir um papel definidor nos rumos das mudanças na conformação do Estado. Ou seja, é imperiosa a condição de mediação dos tecnocratas, atores que estão no jogo do aparelho estatal entre os grandes formuladores, detentores das verdades, e os demais

atores que estão no campo também disputando sua versão da Verdade – de como é melhor ser conformada a saúde. Assim, se pensarmos que esse papel de mediação, em um território de disputas de verdades – como é o campo da saúde – pode ser responsável pela definição da melhor ciência a ser aplicada, podemos entender o papel que a tecnoburocracia conquistou no Estado. Assim, a corrida pela ocupação de cargos no poder estatal é uma das estratégias de ocupação dos espaços de decisão das disputas dadas ao campo pela melhor verdade da saúde (CAMPOS, 2006b).

“Então, tem uma questão que é determinação, mas tem uma outra coisa que é a disputa de espaços dentro do Estado. E se dentro da disputa de espaços as forças, que eu chamaria de jacobinas, recuam, ou se aprisionam, ou se inibem, não tem mudança. Transformismo e a revolução passiva que vencem. São duas categorias gramscianas que eu tenho trabalhado recentemente para poder entender um pouquinho, não a Saúde Coletiva, mas pelo menos a Reforma Sanitária Brasileira.” (JSP)

Os campos são o lugar do poder científico temporal ou político, institucional ou institucionalizado, que possibilitam a ocupação de cargos de decisão, e sobre os meios de produção e de reprodução, e do poder do “prestígio”, que constitui o capital simbólico dos indivíduos ou coletividades a partir das verdades produzidas. Ou seja, um capital simbólico sustenta os sujeitos e as coletividades politicamente, e o outro sustenta a produção das invenções, a cientificização das coisas, mas os dois tentam sustentar a produção das verdades, das ciências. Os dois capitais simbólicos dificilmente são acumulados nas disputas do campo. Eles se conformam como verdades, seja das coisas ou dos modos, dos *habitus*. Nesse sentido, portanto, é importante lembrar o conjunto de atores de um campo, suas produções, suas articulações e como isso se articula enquanto disputas em um dado espaço de ação (BOURDIEU, 2004).

Assim, na saúde, é importante lembrar que os atores e a construção de suas Verdades influenciam na arena das disputas. Muitas vezes, a disputa por espaços de poder se constitui como a relação legítima para definir as Verdades entre os diferentes atores; no caso da Saúde Coletiva, as Verdades se confundem em seus diferentes âmbitos de capilaridade. Elas se expressam na academia e no espaço social do Estado, seja nos governos, seja nos espaços de participação social. Contudo, há uma

particularidade observada na Saúde Coletiva no Brasil, conforme aponta a “caixa de ferramentas”: os saberes e as práticas que antes validavam os espaços de poder e definiam os atores que iriam ocupá-los, hoje são definidores de disputas diversas. A Ciência da Saúde Coletiva produzida no âmbito acadêmico pretende definir seu espaço de poder no Estado, mas não tem sido produzida a partir da prática do espaço social e, portanto, se afastou da posição de ser definidora de um poder nele. Os saberes e as práticas que são produzidos no espaço dos serviços, dos movimentos sociais e de participação social, não têm conseguido se sustentar frente ao poder do governo e da academia; eles são emergentes e militantes, resistentes e vivos no cotidiano das relações sociais, mas não reconhecidos pela academia e nem poderosos para disputar o espaço com o governo desde a organização de espaços formais e oficiais de participação social. As políticas públicas formuladas nos espaços de governo são instrumentos de disputa de poder entre os atores que as formulam e implementam, pois são potentes de determinar mudanças na organização da atenção e gestão do SUS. As diferentes disputas que estão presentes no campo, ao mesmo tempo em que disputam projetos sociais, não têm potência se não agregadas, se não em interação, em relação, pois perdem o que a Saúde Coletiva apresenta de mais inovador: a integração de diferentes olhares para a construção de um conhecimento que seja diferenciado de outros já estabelecidos.

Para Luz (2008), ao invés de grandes modelos ou teorias totalizadoras, é mais importante a construção de passos de aproximação interdisciplinar com base em diferentes campos e áreas *mono* ou *pluri* disciplinares, sendo importante considerar como referencial relevante a concepção de campo de Bourdieu. Essa concepção ajuda a superar os obstáculos da realidade multidisciplinar de um campo “misto” de saberes e práticas, onde a lógica da produção de verdades (paradigma da ciência) não é separável da lógica da eficácia (paradigma da saúde, ou da vida).

Segundo Foucault (1979), o poder está na trama social, e onde ele existe, ele se exerce. O papel do intelectual é o de lutar contra as formas de poder onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento, na ordem do saber, das verdades, da consciência, do discurso. Assim, a teoria pode ser dita como uma prática, na qual ela é o espaço por onde ocorrem as disputas das verdades dos sujeitos, onde a luta é fruto

das relações de diversos interesses e onde os discursos se constituem na teorização, na disputa de poder social. Nesse sentido, é importante pensarmos sobre como a Saúde Coletiva surge enquanto saber, discurso, teoria, definida por diversos sujeitos epistêmicos em disputa por determinação de verdades, sejam elas capitais simbólicos sociais advindos das práticas ou das teorias.

“Eu entendo Saúde Coletiva como um campo de saberes e práticas. Então, saberes e práticas são disciplinas específicas e formas também de intervenção e de prática. Portanto, releva do conhecimento, da produção de conhecimento, e releva de uma práxis.” (MTL)

Na Saúde Coletiva, é também importante lembrar que mais de uma disputa se constitui enquanto território de produção de verdades: a própria Saúde Pública com sua pretensão de determinar a melhor forma de vida saudável para o coletivo; a Medicina Social que pretende explicar os fenômenos sociais a partir das explicações de mundo que a Sociologia nos apresenta; a Medicina Preventiva e Social que se conformou enquanto território de saberes da interlocução da Saúde Pública com os conceitos de Atenção Primária em Saúde; a Reforma Sanitária que pretendia disputar o espaço estatal do fazer saúde para o coletivo; o próprio SUS que se conforma como espaço de disputa social de um novo projeto político para a saúde da população. Enfim, com tantos interesses e tantas verdades em questão, o cenário complexo foi influenciado por diferentes forças, de diferentes lugares, para travarem a disputa da Saúde Coletiva.

“Como diria Madel, a Medicina e a Saúde Pública são praticamente políticas de estrada. A Saúde Coletiva Brasileira, assim como certas vertentes – pelo menos que se imagina – da Medicina Social, em particular latinoamericana, tem a pretensão de vir de outro lugar; tem a pretensão de vir da Sociedade Civil para o Estado. Isso, discursivamente, faz parte do próprio grupo da Saúde Coletiva por conta da sua fundação. Todavia, isso é influenciado profundamente por uma matriz de pensamento gramsciana do que é Sociedade Civil e do que é Estado. Isso constitui a matriz discursiva de muitos grupos da Saúde Coletiva brasileira que os autorizam a dizerem isso. Então, nós nos autorizávamos em Gramsci para dizer que nós fazíamos um movimento ao revés, um movimento ao contrário. Nós vínhamos da Sociedade Civil como movimento social para invadir, ocupar e modificar o Estado. Depois de tantos anos, nós sabemos que também há uma intimidade profunda entre a conformação desses movimentos, as modificações no plano das organizações, estado e sociedade. Chega um momento que é difícil saber qual é a mão principal de direção, porque, na realidade, é uma abóbora: um é o outro lado do mesmo. Então, o movimento social da forma como se constituiu nos anos 80 e 90 não se constituiu para ficar fora do estado; ele se constituiu para virar estado. E na conformação do Estado e os Movimentos Sociais, é a mesma abóbora. Logo, não é possível separar

Sociedade Civil e Estado.” (EEM)

Assim, é possível identificar que a Saúde Coletiva teve inserções de diversos interesses, forças e atores. Desde sua organização *pelo* e *para* o Estado, desde as disputas pelas verdades das diversas ciências que cruzaram a conformação desse campo, desde a formulação dos saberes que nasceram desses jogos e das articulações dos atores.

“Em síntese, eu vejo a Saúde Coletiva como um tripé, como um campo científico, como um âmbito de práticas (que não se esgotam na prática técnica) e, ao mesmo tempo, como um espaço de formação de trabalho profissional. (...) Essas práticas não se esgotam na prática técnica; perpassa, portanto, práticas políticas, práticas ideológicas, simbólicas, culturais.” (JSP)

A Saúde Coletiva, portanto, se expressa a partir de diversos espaços de ação e reflexão, produz saberes e práticas que se constituem em Verdades nas relações entre os atores, apoiadas no sentido prático para explicar ou superar os problemas postos para a sociedade.

Assim, ao considerarmos que as ciências ou as verdades ditas científicas são produtos das relações entre sujeitos epistêmicos e que a sua validação como tal se dá pela imposição e pelo poder a elas instituído em diferentes contextos, podemos pensar que tanto a percepção de campo como a percepção de território poderia definir o espaço de disputas da Verdade da saúde e da Saúde Coletiva. A grande diferença entre o campo científico de Bourdieu e a perspectiva da caracterização de um território de saberes, está na forma como a prática está implicada por ele ou o implica. Ele é um campo em transformação, pois ele se constitui nas relações dos atores e em ato. Ao vislumbrarmos o espaço da prática dos atores enquanto campo de verificação, pensamos que a ciência define campo científico a partir da disputa das validações de verdade experienciando-as. *“Há uma pretensão de Verdade naquilo que nós começamos a formular no campo da Saúde Coletiva, mas não para ser ciência; é uma pretensão de verdade para ser intervenção social.”* (EEM). Contudo, ao pensarmos que as verdades podem ser construídas com base na prática, podemos, então, admitir que as ciências sejam desterritorializadas de seus campos para habitarem os territórios de

saberes, os espaços que produzem uma Verdade que tem significado para quem a produz e no contexto onde emerge.

Examinando o “Tratado da Nomadologia”, de Deleuze e Guattari, Ceccim (2004) explica que as proposições de um estado nômade na produção de conhecimentos e práticas trazem dois modelos teóricos-práticos para a cena de uma produção: um modelo com sentido régio ou legal, estabelecido pela História, às ciências (espaço métrico, com conceitos verdadeiros), e um modelo com sentido de devir e de heterogeneidade que se opõe ao estável, ao eterno, ao idêntico, ao constante (espaço vetorial, um campo de vetores). Ao ser trazida para o espaço da ciência, essa proposição estabelece-se a partir da *ciência régia*, que tem poder teorematizado e axiomático e que subtrai todas as condições intuitivas de suas operações para forjar conceitos verdadeiros ou categorias capazes de erigir modelos estáveis; e das ciências ambulantes, que consistem em seguir um fluxo em um campo de vetores, submetendo-se às avaliações sensíveis e sensitivas que produzem um conhecimento aproximativo.

Esse conhecimento aproximativo aqui traduzido pode ser entendido na Saúde Coletiva calcado na compreensão das relações que os atores estabelecem e que produzem subjetivações nos espaços entre as coisas, gentes e teorias, que são capazes de operar no campo com funcionalidade. Elas surgem baseadas “coeficientes de transformação que fazem a atualidade entre os conhecimentos prévios (regimes de verdade / ciência / razão sedentária) e as singularidades (sensibilidade / alteridade / razão nômade)” (CECCIM, 2004, p. 267).

Para Ceccim (2004), se pensarmos que existe uma tensão permanente entre a força do trabalho vivo para conformar atores e determinar papéis a partir da cristalização dos processos de trabalho, podemos considerar que, nos espaços de encontro e de contradição, pelas iniciativas pedagógicas para criar outros saberes e outras práticas, isso produz as linhas de fuga. Elas emergem da experimentação de modos nômades de produzir saberes e práticas em saúde; elas ocorrem nos encontros, nas relações, nos espaços entre a equipe, entre-disciplinar. Na Saúde Coletiva, poderíamos pensar na disputa dos atores para estabelecerem suas Verdades e se estabelecerem como atores com poder no campo visando a manter um *status* de poder

sobre os demais, no qual a perspectiva de produção em um espaço entre os atores, para além das disputas, caracterizaria as possibilidades desse campo que, por essência, foi desejado de forma inovadora. O entre-disciplinar é um conceito interessante para refletirmos o campo da Saúde Coletiva, sua característica rizomática, de produzir pelo encontro, para além das fronteiras e com sentido para um projeto social.

“Tem um componente da formação científica, tem um componente da produção do saber como todo campo que tem pretensão de ser ciência, que disputa isso como ciência. Então, eu não engulo a idéia de que a ciência é um campo de produção de Verdade específica em relação a outros saberes. Eu penso que são diferentes formas de conformação de validação e percepção de Verdade, tanto que, no campo do cuidado hoje, o que se percebe no campo da micropolítica do trabalho e do cuidado, é que o saber que não vem desse território da ciência na saúde em muitos momentos é mais terapêutico.” (EEM)

Deleuze (apud FOUCAULT, 1979) admite que talvez estejamos vivendo de maneira nova as relações teoria-prática, pois, às vezes, se concebia a prática como uma aplicação da teoria e, às vezes, ela devendo inspirar a teoria. Esse processo de totalização apontado por ele não pode ser assim descrito sem considerar que existe uma tendência à fragmentação e parcialização, na qual a prática é um conjunto de revezamentos de teorias e vice-versa, e isso nós dá uma noção de rede, onde os atores não são simples indivíduos, mas são sujeitos grupalizados, seja pelas teorias, seja pelas práticas que o definem. Assim, nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de *muro*, e é preciso a prática para atravessar este muro.

“Em parte, dá para pegar o Bourdier e chegar a um ponto, mas, a partir de um ponto, ele não vai mais, porque o Bourdier quis salvar as ciências sociais na teoria dele quando percebe que as ciências sociais estão em crise, que elas não conseguem mais dar conta do que se propõem. (...) O Foucault afirma que o maior inimigo da ciência é ela mesma, porque ela promete uma coisa que ela não consegue cumprir, que é a produção da verdade. (...) O Boaventura também quer salvar as ciências sociais. (...) Eles querem salvar a sociologia, a antropologia. Eles querem salvar enquanto ciência, enquanto ciência que disputa a verdade.” (EEM)

A Saúde Coletiva não se coloca enquanto campo para disputar uma única Verdade sobre a saúde e o ser saudável, pois ele é um campo multi, inter, transdisciplinar, que traz a riqueza da articulação de diversas Verdades para a

produção de novos saberes e novas práticas. Ele se produz nos encontros. Ele habita um espaço entre as disciplinas, as teorias, os conceitos, para nesse espaço produzir saberes e práticas que possam ser produto de diversas interações e conjunções, para produzir novidade para além das fronteiras rígidas das ciências, para conversar com a vida e ter sentido social, considerando que a realidade da saúde é complexa e multifatorial. Trata-se de um campo singular, único. Portanto, a partir de uma nova estética (ética) para o campo da Saúde Coletiva, considera suas singularidades enquanto um campo que produz conhecimento, saberes e práticas. Além disso, é possível compreender que o campo se coloca enquanto território / espaço de produção e de ação dos sujeitos que interagem e se relacionam com ele.

“Na Saúde Coletiva, eventualmente, mesmo que você esteja na área de Ciências Humanas da Saúde Coletiva, ela tem que ser um instrumento adequado para que haja uma produção, ou de políticas, ou de ações que tenham uma eficácia em relação à vida. A vida de sujeitos individuais ou de sujeitos coletivos. (...) Essa é uma especificidade da Saúde Coletiva (...). Essa é uma forma de produção de conhecimento de vanguarda (...) necessariamente multidisciplinar, mas ela também tem a tendência a ser interdisciplinar, quer dizer, ela trabalha a partir da pesquisa com olhares diversificados, e a produção do conhecimento é fruto desse olhar diversificado, mas integrado no projeto da pesquisa. Portanto, não são várias disciplinas que cada um olha e diz o que acha, mas o fruto daquela interrelação. Então, isso é vanguarda (...). A Saúde Coletiva há tempos está nisso.” (MTL)

Diferente de outros campos, a Saúde Coletiva constrói seus saberes e suas práticas a partir da interlocução e articulação de diferentes campos; o campo por si só é singular e diferente de outros. Talvez, por isso, seja difícil definir a Saúde Coletiva como qualquer campo científico, qualquer campo social, qualquer território de saberes; pois, em sua singularidade, de uma estética diferente para a produção de conhecimentos para além das teorias e práticas, ela traz a especificidade de um campo que transversaliza outros e que produz para além de limites e fronteiras de conhecimentos rígidos e de ciências totalizadoras. Se retomarmos conceitos de Campos (2000a) já apresentados, vamos relembrar o conceito na nuclearidade da Saúde Coletiva para a atuação profissional e a concepção do campo transversal para o conjunto de atores que interagem nele. Poucos campos se assemelham a ele.

Como mencionado anteriormente, um campo que tem indícios de uma memória

semelhante, é o da Educação, que também foi evocado por um movimento de diversos atores em âmbitos de ação política, social e acadêmica, que o conformaram para poder produzir uma concepção de educação que respondesse ao complexo cenário da vida, que pudesse produzir atos pedagógicos a partir da relação dos indivíduos e coletivos problematizando as questões que definem os modos de andar a vida. Outro fator que aproxima a Educação da Saúde Coletiva é seu papel militante, para construir novas relações dos atores em cena, entre si e com os outros, ampliando a compreensão e perspectiva da sociedade e da vida. A Educação também se dá em ato, na relação, enquanto processo cognitivo e de subjetivação.

Para Madel Luz, outro campo que se assemelha e ao mesmo tempo está contido na Saúde Coletiva é o da Saúde Mental, que se inseriu como um dos especialismos para melhor compreender algumas especificidades. A Saúde Mental se constituiu pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, que contestava a forma de organização dos serviços de saúde mental e o modo de relação que o Estado, a sociedade e o próprio campo da saúde estabelecia com os usuários, portadores de transtornos mentais, cidadãos portadores de saberes e fazeres que eram isolados da vida social. Questionar a psiquiatria foi um dos desafios desse movimento. Uma das especialidades da medicina, a psiquiatria buscou assegurar seu espaço de poder a partir de sua prática terapêutica, de seu saber. Contudo, partindo do processo de problematização, o processo de cuidado se modificou, bem como as produções do campo, agora já não baseado somente na medicina. Ele trouxe à cena a equipe multiprofissional, vários olhares e diversas atitudes para um cuidado diferente. Constituído nas relações dos atores, no movimento, pelos encontros e de forma militante, o campo da Saúde Mental superou barreiras e conseguiu produzir conhecimento e ação ética, com responsabilidade com a vida e com a sociedade. Podemos lembrar o conceito de Santos (2006b) de “conhecimento prudente para uma vida decente”. Hoje, a Saúde Mental é parte da Saúde Coletiva e fortalece o campo, pois apresenta vários espaços de ação e potencialidade de produção de conhecimento para além das fronteiras dos conhecimentos estabelecidos.

“...Um campo que se assemelha ao da Saúde Coletiva é o campo da Saúde Mental (...). A Saúde Mental nasceu dentro da Saúde Coletiva; é a Saúde Mental Coletiva. Não é nem a tipologia, nem a psicanálise, nem a psiquiatria;

então, esse campo é similar, ele está na gestação da Saúde Coletiva e ele se especializa com a Associação Brasileira de Saúde Mental, que se chama ABRASME.” (MTL)

Para Nunes (2006), a imagem associada ao entendimento do campo da Saúde Coletiva é de um *mosaico* (conjunto formado por partes separadas, mas agregadas) onde as partes se aproximam quando a compreensão dos problemas ou a proposta de práticas se situam além dos limites de cada “campo disciplinar”, o que exige arranjos interdisciplinares, e/ou para além das disciplinas, com uma nova perspectiva de superação das fronteiras e dos limites. Ao compreendermos os grandes campos disciplinares que compõem o campo da Saúde Coletiva, recordamos das ciências de fronteiras, ou interdisciplinas, ou interciências. Assim, ao entendermos que esses arranjos e essas articulações se dão à medida que é necessário avançar nas barreiras das teorias e dos conhecimentos já consolidados para descrever, explicar e/ou interpretar a realidade de saúde, então, entenderemos como pode ser compreendida a ação desenvolvida no campo da Saúde Coletiva.

Os conceitos, as categorias analíticas, as chaves interpretativas procedentes do núcleo duro das ciências (o *corpus* teórico, como diria Bourdieu) auxiliam na apreensão dos objetos e sujeitos em questão, filtram os problemas pelas teorias, transformam o mosaico em um vitral. Assim, ao considerarmos que existem grandes formações disciplinares que compõem o campo da Saúde Coletiva, poderemos visualizá-lo como um campo extenso e diversificado, o que reflete a própria concepção ampliada de saúde que transversaliza os saberes e as práticas que o conformaram (NUNES, 2006).

Logo, a Saúde Coletiva pode ser abordada enquanto um campo, com as definições diversas sobre os atores e a forma de organização da comunidade, da coletividade com disputas pela formulação e validação das verdades, das ciências, bem como, por alguns sujeitos sociais, em determinados contextos político-ideológicos em relação à constituição do Estado e das Verdades. Ela busca estudar, explorar e se aprofundar em problemas que são do âmbito da vida, considerando o cenário social político e econômico para entender os reflexos destes na determinação da saúde e se constituir em ato, com sentido para cada situação de onde emerge.

Enquanto campo de conhecimento, a Saúde Coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los (PAIM; ALMEIDA, 1998, p. 309).

A Saúde Coletiva pode ser abordada enquanto um cenário de junção e interação de saberes, um território de saberes, no qual os sujeitos e as teorias são partes práticas das experimentações das verdades, e vice-versa, no qual seus movimentos acabam as conformando.

“Eu penso que, nessa idéia de ciência, primeiro deveria-se discutir se essa área é uma área de produção científica, campo científico. Penso que não seja. Parece que é um campo de ciências aplicadas; parece-me um pouco distinto. Há uma pretensão para isso; então, essa pretensão ilumina desde o início das coisas lá, de como devem ser os critérios e tal, até as disputas internas.” (SF)

Para além das definições de campo, de ciência, de saberes e de práticas, é importante lembrar que, na Saúde Coletiva, co-existem subcampos, áreas de conhecimento, enfoques político-ideológicos-científicos, enfim, núcleos disciplinares em interação, articulação, interseção, para a produção de novas verdades a partir de diferentes abordagens. Assim, como formularia Foucault (1996), temos que, dentro de cada disciplina, no interior de seus limites, reconhecem-se proposições verdadeiras, as ditas ciências. Entretanto, no exterior delas há uma teratologia do saber. O exterior de uma ciência é mais ou menos povoado do que se crê, mas que ainda não foi experimentado e validado. Assim, no interior de uma prática definida e delimitada, é possível corrigir um erro para se alcançar o patamar de verdade, depois de preencher complexos e exigentes passos na definição de uma disciplina. A história da ciência é um conjunto ao mesmo tempo coerente e transformável de modelos teóricos e de instrumentos conceituais.

“A epidemiologia, por se considerar científica (deve ser porque por mexer em números e modelo matemático), se distancia do resto da produção da área. Antes ela era incorporada muito mais naturalmente dentro da discussão da Saúde Coletiva. Era um instrumento para compreender uma realidade, poder interferir nela, mas hoje não. Hoje é uma coisa que poderia se aliar perfeitamente à Escola de Economia da FGV, em estudos que são aplicados,

campos de conhecimento aplicado stricto sensu (...). Penso que isso esteriliza o intercâmbio possível entre as áreas e a discussão como ela se dava mais fluída na constituição desse campo.” (SF)

O importante nesse mosaico de concepções é entender que existe mais de uma Verdade da Saúde Coletiva e que elas tomam diferentes posições na disputa, dependendo dos atores e sujeitos que estão em enfrentamento. Para alguns, a disputa se dá pelo conhecimento produzido; para outros, pela produção social da saúde, de uma ação na saúde.

“A Saúde Coletiva se constituiu, com o tempo, como campo. Não era, inicialmente. Hoje é. Porque campo é produção. Se você vem com Bourdieu, campo é produção. Então, na hora que ela constitui atores, com referente simbólico consistente a partir de um imaginário, que lhe dá base, objetos e práticas, virou campo. Então, no momento em que ela se define como lugar que disputará, no campo da produção da ciência, uma nova ciência sobre a saúde, ela é campo.” (EEM)

Nesse sentido, ao pensarmos na produção enquanto definidora dos campos, entendemos que o que é preciso aprofundar nesse debate é quais conhecimentos e quais saberes são produtos que a Saúde Coletiva está produzindo ao longo dos anos.

“A Saúde Coletiva tem um duplo paradigma: o paradigma da produção de verdades, que é aquele do conhecimento, que releva da theorem e da episteme; e o paradigma que releva da intervenção, da eficácia.” (MTL)

Por entender que não existe, então, somente uma teoria sobre como analisar as singularidades da Saúde Coletiva, buscou-se trazer reflexões e não definições de concepções já dadas. Neste sentido, houve a necessidade de aprofundar a verificação empírica sobre a Saúde Coletiva. Portanto, para melhor explorar as possibilidades de compreensão dessa história tipicamente brasileira, procurou-se trazer elementos de todas as ordens de influência. Aqui, as considerações devem ser trazidas para a cena enquanto elementos para melhor compreendermos a Saúde Coletiva no Brasil, sua singularidade e sua construção em ato, ainda em transformação.

6 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Os encontros que conformaram a trajetória da Saúde Coletiva no Brasil se deram em distintos âmbitos da existência dos atores sociais que participaram e participam do campo em transformação, do campo ainda em aberto. Uma trajetória inspirada em movimentos latino-americanos, mas tipicamente brasileira, foi marcada pela crise da saúde pública, pela ampliação e consolidação de uma Medicina Social, pelo movimento da Reforma Sanitária, pelo processo de cientificação do campo na academia e pela institucionalização do SUS. A história da Reforma Sanitária não esgota a história da Saúde Coletiva no Brasil; ela é parte contida e intercessora dessa trajetória. Às vezes, se confundem em determinados episódios marcantes; contudo, as duas não são a mesma. Dito de outra forma, a relação de alteridade e de transversalidade entre ambas, muitas vezes tornadas a mesma, teve uma capacidade de interação produtiva, de tensionamento fértil, mas seguiu trajetórias singulares: a reforma produzindo mudanças nos modos de organizar o sistema de saúde, e a Saúde Coletiva produzindo novos modos de construir, conceber e analisar a saúde, não somente em sua dimensão de sistema tecno-assistencial, mas como dimensão da vida.

Os episódios e processos que compuseram o campo são importantes para a compreensão de que a Saúde Coletiva, desde sua origem, visava à interlocução e interação com diversos atores e cenários. Isso é parte da riqueza de um campo que é inovador. A inovação está no encontro da potência científica, disciplinar, teórica, política, ideológica, social e militante. Esse encontro é único, singular. Todos esses fatores estão entre os encontros que promovem a relação entre os atores do campo e que produzem vida e significado para sua existência. O campo da Saúde Coletiva está em aberto e se nutre de muitas idéias para se explicar. Traz o componente histórico para a compreensão de muitos fatos políticos e sociais dos episódios marcantes, porém também traz a perspectiva da produção de conhecimentos que hoje se apresentam organizados nos espaços da ciência e da vida.

A singularidade da Saúde Coletiva não se pauta somente pela perspectiva de criação transdisciplinar, mas por possibilitar as intercessões entre diferentes campos e

áreas, em agregar como objeto de estudo a vida em suas diferentes dimensões de existência, em agir de forma transversal entre as áreas, em ser campo de ação política para a produção de saberes e práticas militantes, engajados e forjados pelo desejo de uma produção social de saúde afinada com a realidade brasileira.

As tensões entre as diferentes vertentes da Saúde Coletiva, entre os diferentes atores e entre as diferentes áreas, são movimentos que produzem novos significados às disputas; geram energias propulsoras para trazerem inovação. Se foi possível identificar que, por vezes, a epidemiologia disputou uma forma de produzir conhecimento com as ciências sociais, podemos refletir que essa tensão trouxe movimentos de atualização do campo e que as disputas se colocaram como movimentos de produção. Isso é uma das características do campo: seu caráter militante na disputa pela validação das verdades que mais respondem às necessidades sociais; é um movimento de tensão que gera energias de renovação.

Ao compreendermos o campo como de militância, é possível imaginar que todo o saber e toda a prática ligada ao campo trazem em sua formulação e ação, o desejo e a força de mudança e de superação de desafios epistemológicos que se constituem para alavancar o próprio campo.

A implicação dos atores em cena é percebida pelo sentimento de pertencimento, pelo ato, pela possibilidade de ultrapassar fronteiras para que o espaço entre os atores, a relação nesse *entre*, nesse encontro, seja propulsor de produção. Para melhor qualificarmos o campo, essa idéia de “entre” coisas, teorias, atores e idéias permite entender que um campo em transformação, não parado no tempo e nem rígido em sua forma, é um campo que se faz no ato, no encontro, a partir das relações, nos afetos, nas disputas, nas parcerias.

O campo da Saúde Coletiva, campo em transformação, é um campo que se estabelece de forma entre-disciplinar, onde a produção de saberes e práticas em Saúde Coletiva se dá nos espaços *entre* as disciplinas, em interação delas, buscando fluidez na zona de fronteiras para que seja possível movimentos de inserção e sobreposição. É diferente da intercessão, porque não precisa ser a criação de algo novo a partir, necessariamente, do uso das partes, com barreiras atravessadas, entre si. Para Ceccim

(2004), o entre-disciplinar é um plano ético-estético de produção: além de multiprofissional e interdisciplinar, ele se dá partindo das relações com os atores, e as disputas que ocorrerem marcam e demarcam espaços de poder. É um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável, em que a prática emerge de ações nômades, em constante transformação. Poderia-se pensar no

“...trânsito, atuar segundo sua circunscrição de saberes, mas orientando-se pela circunscrição dos saberes que o excede e sob risco de sobrevivência em uma zona de fronteira, uma margem virtual no entre, sitio de tensão e de indiscernimento, mas de aprendizagem e de invenção (de si, das fronteiras provisórias, da equipe e de novos mundos)” (CECCIM, 2004, p. 265).

Aqui se considera a Saúde Coletiva como um campo em transformação com múltiplas características e que se produz em ato, com base na relação entre os atores. É um campo que é predisposto a superar os limites de outros campos de saberes, para produzir em interação, desde as práticas, novas reflexões, explicações, e ações no campo. Superando os limites das disciplinas, das fronteiras de outras ciências, os saberes da Saúde Coletiva são experimentações, são validados pela aplicação na vida, para explicar os problemas complexos da vida, para interferir nas ordens estabelecidas, superando ações fragmentadas, isoladas, que interagem somente com uma das dimensões do estado da vida. A Saúde Coletiva emerge a partir da vida, para buscar explicar e intervir de forma a responder às múltiplas dimensões de determinação e condicionamento da situação de saúde dos indivíduos e coletivos, em um contexto também complexo e em mutação. Esse campo é diferente de outros, ele surgiu de um outro contexto, conforme explicitada pela “caixa de ferramentas”, ele se propunha a fazer inovação, ele buscou superar barreiras estabelecidas e que tem base de sustentação hoje pela lógica da produção da ciência e da produção em saúde. A Saúde Coletiva tem uma capacidade de nomadização grande desde sua essência e isso potencializa a constituição do entre, desse modo de operar, desse espaço de criar, dessa nova proposta de relação entre os meios postos em questão. É novo, é único, é singular, é brasileiro.

Ela compreende a saúde em um conceito mais ampliado, onde não se fragmenta o olhar sobre os indivíduos, isolando a doença, ou os corpos que alojam doenças, mas

busca compreender os corpos enquanto meios de existência dos sujeitos, que compõem um coletivo, inseridos em cenários que agregam múltiplas características das vidas neles desenvolvidas. Assim, a Saúde Coletiva pode ser descrita como um campo de idéias que conformam saberes e práticas para a produção da saúde e que está em transformação a partir da relação que se estabelece e que não é estática.

O campo da Saúde Coletiva é um espaço “entre-meios” que o significam e um espaço nômade desterritorializado, que opera e produz sem fronteiras. Se pensarmos aqui em uma expressão de Deleuze, poderíamos pensar em “furar o muro”, em superar o dado para em ato emergir o novo.

Essa capacidade de inovação nesse campo, e que é brasileira, se fortaleceu pelo contexto em que emergiu. A Saúde Coletiva teve bases sociais fortes que em ato a constituíram com o objetivo de construir um projeto social para a produção de uma nova saúde que estivesse mais próxima das necessidades. Nesse sentido, o resgate da “caixa de ferramentas” se torna importante para expressar a consistência do espaço entre desse campo e da implicação dos atores para a construção desse campo militante, desse campo que é científico, ideológico, político e social.

A Saúde Coletiva, portanto, se expressa desde diversos espaços de ação e reflexão, produz saberes e práticas que se constituem em Verdades a partir das relações entre os atores e do sentido prático para explicar ou superar os problemas postos para a sociedade.

Campo disciplinar, que ainda traz inovação por se expressar em saberes e práticas multi, inter, trans e entre-disciplinar, a Saúde Coletiva está em questão, pois em uma perspectiva de se constituir como campo de disputa social, pela produção de um conhecimento implicado com as realidades, ele não se fortaleceu nas suas bases. Na medida em que a prática política da Reforma Sanitária Brasileira se constituiu como horizonte e ao mesmo tempo como limite para a produção de conhecimento no campo, o campo por um lado buscou se institucionalizar como um novo modelo político para saúde no país, mas por outro lado, buscou construir um projeto científico. Essa dicotomia é que ainda está operando no campo e que é expressa pela fala dos participantes quando eles não enxergam os saberes e práticas sociais, políticas e

científicas emergindo em consonância e de uma mesma matriz de reflexão e ação.

Hoje a academia disputa a Verdade em si e não se constrói da intercessão, da relação entre a academia e o SUS, um não responde às complexas necessidades do outro; o SUS não privilegia a construção de espaços formais que possam de fato dialogar com as necessidades sociais, ele se burocratizou para sobreviver as máquinas governamentais; os movimentos sociais e os trabalhadores dificilmente reconhecem a produção científica do campo, pois está muito afastada da prática cotidiana; a academia precisa cumprir as regras da ciência e da produção dela para sobreviver no espaços acadêmicos; os governos não interagem com os conhecimentos produzidos na academia, pois são estanques e não consideram e dialogam com a complexidade do cenário político e organizacional do Estado. Enfim, temos riquezas nas reflexões e nas ações ditas de um campo como a Saúde Coletiva, mas perdemos um pouco a potência desse campo em transformação. Os atores entrevistados relatam que:

“As crises nos campos são normais, as crises elas acontecem e agora mesmo você pode olhar e ver um início de crise nesse sentido, eu penso que já foi pior, eu penso que um nome como a Rita Barradas se elege como representante da área, você tem aí um elemento da vanguarda do conhecimento no comando da representação, mas se você botar outras pessoas nesse comitê em maioria, então, você terá um retrocesso, então, eu penso que faz parte do jogo (...) e não adianta se iludir de que pode ser diferente, e penso que assim no conhecimento você também caminha através das crises. (...) a primeira condição para que haja essa superação e que a coisa não seja disruptiva, não leve a programas se fecharem em modelo disciplinar, o que do meu ponto de vista é um atraso face a natureza poli e interdisciplinar do campo, é você admitir a diversidade, a diversidade teórica, a diversidade de expressão, a diversidade de produção e não desqualificar outras formas de produção discursiva, diferentes da sua. Se você for capaz de lidar com essa diversidade e mais adiantadamente interlocutar na diversidade como faz, por exemplo, uma pessoa como Rita Barradas, aí sim, aí você está trazendo unidade para o campo e fazendo com que ele avance em termos disciplinares, ele será transdisciplinar, ele já estará realmente no futuro e não no passado, ele estará no Século XXI para frente e não no século XVII, XVIII, isso é a idéia.” (MTL)

A fala de Luz busca expressar que se tem um cenário complexo, de muitas disputas no campo, que está permeado por crises, momentos em que pode-se repensar e mudar, sendo que hoje, para o âmbito acadêmico, há posta uma possibilidade de inventividade e avanço no campo a partir de uma nova representação no espaços formal de disputa do campo científico. Esse espaço acadêmico vem assumindo uma posição burocrática à medida que os instrumentos formais de incentivo à ciência

condicionam o próprio processo de produção à lógica isolada dos demais âmbitos de ação. Fleury resgata a preocupação com a lógica de financiamento e incentivo à produção no campo.

“Há uma burocracia acadêmica cada vez maior que participa nos negócios da CAPES e que sabe de tudo e descola grana e que controla os congressos (...) e penso que isso faz um mal danado para nós. Apesar de nós termos achado que era um campo menos corporativo, mais politizado, penso que cada vez mais isso está acontecendo; não sei o que será o resultado disso, não imagino como será.” (SF)

Da mesma forma, Paim também apresenta uma preocupação com os destinos do campo a partir da perspectiva de que hoje existe uma restauração da antiga saúde pública, um retrocesso para o campo com o estímulo da lógica produtiva da ciência e da tecnologia em saúde.

“Agora, o que está me incomodando muito, e eu tenho escrito alguma coisa e tentado refletir um pouco mais, é aquilo que eu chamaria de uma restauração da saúde pública, ou seja, todo o potencial crítico instituinte da Saúde Coletiva, de alguma forma, está sendo subsumido pela saúde pública convencional, autoritária, vertical, rockefelleriana, Americana, sob liderança, do ponto de vista de serviços, do CDC, e do ponto de vista da Academia, daquilo do mainstream, das universidades americanas, até com esses movimentos da Saúde Coletiva de se desvincular e dialogar com os grandes congressos, fazendo congressos simultâneos com a Associação Internacional de Saúde Pública, Associação Internacional de Epidemiologia, quer dizer, o potencial e o real crítico instituinte da Saúde Coletiva estão sendo, praticamente, hegemonizados por esta saúde pública institucionalizada no Brasil, e pensada e praticada cientificamente no Norte. (...) Não é somente a questão dos qualis ou da produção, mas quando você verá as linhas de pesquisa, quando você verá os discursos que estão nos textos, eu penso que é de uma certa restauração da saúde pública convencional e, com isso, nós perdemos o potencial que nos caracterizava de uma forma diferenciada, ao ponto do Lancet ou do New England nos descobrir no início dessa década e dizer: “olha, se fez alguma coisa diferente na América Latina”, e se nós formos pasteurizando tudo que é chamado a Nova Saúde Pública, ou Funções Essenciais de Saúde Pública, pasteurizando tudo, nós vamos perder a nossa especificidade e a nossa crítica. Esse é um ponto que eu tenho pensado muito nos últimos tempos. Eu escrevi alguma coisinha no último livro meu, mas eu preciso pensar muito ainda.” (JSP)

Por outro lado, para além das preocupações com as possíveis crises nos espaços institucionais que compõem os cenários do campo, Merhy considera que esse espaço institucional da disputa acadêmica não é o espaço de fazer Saúde Coletiva, não é por ele que a capacidade criativa e inventiva do campo deve se pautar e se influenciar.

“Eu não posso cair nessa esparrela que o campo tem hoje, onde o Comitê de Ética te manda um parecer dizendo assim: “Esse seu texto é muito grande!”. (...) começa a virar o critério da ciência e não é ciência. (...) esse é o campo revolucionário deles, campo revolucionário, que a CAPES diz quem são as ciências. (...) eu penso que o campo da ciência vem virando cada vez mais conservador. A ciência mais conservadora captura a ciência a partir desses instrumentos (CEP). E a lógica da produção científica na Saúde Coletiva acaba sendo reprodução dessa disputa, desse processo instituído no campo da ciência, de normatização. Para mim, a ciência no nosso campo deve ser produzida ali no campo da produção social, da saúde, onde nós estamos lá fazendo a disputa, essa disputa é que ilumina a produção de conceito. Isso é que me interessa.” (EEM)

O campo da Saúde Coletiva, entre-disciplinar, em transformação, é um campo que pretende se construir na relação dos atores nesses diferentes âmbitos, no entrecruzamento, não pautado somente por um dos âmbitos de sua existência e nem somente pelos atravessamentos das disputas que emergem de lógicas produtivas que não se expressam nas necessidades sociais. É importante compreender que ainda hoje existe uma tensão produtiva entre o campo científico, o campo militante e o campo das práticas, essas diferentes dimensões da produção na Saúde Coletiva trazem novos atores para a cena e novas disputas, sendo que as disputas respondem a interesses colocados em jogo para validarem as Verdades do campo. A Saúde Coletiva se constitui e deve se qualificar no processo de constante produção entre as disputas colocadas no campo, para além dos interesses vetoriais que atravessam o campo, em interação com a vida nas suas complexas dimensões de existência, para reafirmação de um projeto social comprometido com o coletivo.

Atualmente, alguns episódios estão aflorando no campo para demonstrar o movimento de afirmação dessas características. Pode-se citar o movimento do “Abraço à Abrasco” como um dos episódios que em 2006 fez representantes da entidade entrarem em contato com as ansiedades e necessidades dos movimentos sociais. Nesse momento, era tensionada a entidade representativa das pós-graduações em Saúde Coletiva, ator importante no âmbito da produção científica no campo, para que ela resgatasse o contato com os movimentos sociais, se conectasse com as necessidades para produzir conhecimento para a vida, com compromisso e utilidade social. Atualizou-se na relação dos movimentos sociais – em particular dos estudantes e de atores mobilizados pela educação popular em saúde – com uma entidade

representativa das produções científicas do campo, a tensão que se está descrevendo como propulsora da capacidade de atualização da Saúde Coletiva. A transposição apontada não é do campo como subsumido à entidade representativa, mas da expectativa de atores relevantes, de atualização do campo, marcada pela tensão com a entidade que pretende representar o núcleo científico do campo. Essa tensão, que se configurou em um movimento marcante para o cenário do congresso da Abrasco, visualizada entre os atores do campo para propiciarem novos diálogos produtivos para o próprio campo, pode ser equiparada as tensões entre as áreas no campo, entre os diferentes atores dessas áreas, e que na entidade se caracteriza pelas disputas internas pela representatividade das idéias do campo. Isso apresenta evidências de que o campo apresenta maior vitalidade nas suas relações do que nas organizações / instituições e nos atores representativos do campo.

Outro movimento importante para Saúde Coletiva, que hoje expressa a tentativa de afirmar esse campo como de atuação profissional, construindo núcleo de saberes e práticas a partir do campo e da sua produção entre-disciplinar, são as novas graduações em Saúde Coletiva que estão sendo criadas em algumas universidades brasileiras. Se pautadas pela própria experiência de formação da pesquisadora, as novas iniciativas pretendem avançar no fortalecimento desse campo em suas características que são singulares. Pretende aproximar a academia da realidade social, pois estará formando atores na relação com a sociedade, para responder às necessidades de ação no campo enquanto prática profissional, bem como pretende se conectar com a realidade do SUS e sua organização em modelos de atenção e gestão que respondam as necessidades sociais à medida que precisará desenvolver habilidades profissionais que sejam suficientes para atuação no SUS, formará atores, possivelmente gestores para esse sistema a partir das necessidades próprias dele. Assim, a academia poderá ter um momento de se ressignificar, se aproximando da sociedade e do Estado. Esse movimento que, por um lado, se apresenta como nucleador de um campo para determinação de território de atuação profissional, como disciplinarizador do campo; por outro lado, se expressa como inventivo, como produtor de um território múltiplo e não único, a Saúde Coletiva proporciona múltiplas inserções no campo, múltiplos saberes e práticas que interagem com as múltiplas dimensões do

campo. Essa nova profissão experimentará um espaço de trabalho inovador, cheio de desafios, que necessitará de constantes processos avaliativos para melhor ser compreendida em um cenário complexo da produção da ciência e das tecnologias em saúde.

Para Paim, o desafio está colocado para o campo da Saúde Coletiva.

“Eu considero que o Campo da Saúde Coletiva já tem maturidade teórica, científica, epistemológica, técnica e operativa suficientes para criar uma profissão dentro da área. E nada me diz, porque essa profissão só pode ser feita no nível da pós-graduação e não na graduação. Eu tenho a maior simpatia, o maior entusiasmo, tanto pelos grupos, que com todas as dificuldades estão tentando criar dentro da Academia esses espaços de graduação; quanto, em relação às redes que estão se formando, os diálogos que estão se formando. Em determinado momento tem uma polarização aqui e ali, mas eu penso que é natural nesses processos. E também, com um certo movimento, seja da Abrasco com algum retardo, mas teve o movimento da Abrasco para acolher essa proposta e, mais recentemente, o próprio Ministério da Saúde também está atento. Pode fortalecer o campo. Agora, na hora que isso se transforma em políticas de Estado, via Academia, em práticas do sujeito, é a vida e a história e suas contradições que vão mostrar o que é que tem que fazer.” (JSP)

É possível que o processo de construção do campo da Saúde Coletiva, que se dá em ato, que está em transformação, seja potencializado pelas iniciativas emergentes de questionar a lógica produtiva da ciência, da tecnologia, da saúde. Agora, não é possível responder o que isso trará de benefícios ou não para o campo, de afirmação da sua singularidade ou de negação de características que o conformam inovador. O desafio colocado para os atores do campo é de comporem relações, que podem ser de disputas por projetos, comprometidas com o avanço do campo em resposta a um projeto social e afinado com as necessidades sociais. Utilizando a expressão de Santos (2006b), a Saúde Coletiva deve produzir “conhecimento prudente para uma vida decente”, deve ser inovadora, pois transcende limites e produz inovação à medida que é militante de uma nova lógica responsável e comprometida de produzir saberes e práticas em saúde.

Muitas perguntas ainda poderiam ser respondidas, muitos problemas poderiam ser objeto de reflexão aqui, porém as questões que estão em aberto representam esse campo que também está em aberto, em transformação, que se constitui nas relações, nas ações, em ato, vivo. A Saúde Coletiva não configura um campo estático, todos nós,

atores desse campo, somos responsáveis pela sua trajetória até hoje, sua atual conformação e pelos caminhos que seguirá. *Também depende de nós.*

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **PELO DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE: Contribuição da Abrasco para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Rio de Janeiro, 1985.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista:** contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

BOURDIEU, Pierre. O esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, Renato. **Pierre Bourdieu:** Sociologia. São Paulo: Ática, 1983a. p. 46- 81.

_____. O campo científico. In: ORTIZ, Renato. **Pierre Bourdieu:** sociologia. São Paulo: Ática, 1983b. p. 122-155.

_____. **Sobre a televisão.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. **A produção da crença:** contribuição para uma economia dos bens simbólicos. 2. ed. São Paulo: Zouk, 2004.

_____. **Os usos sociais da ciência:** por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.

_____. **O poder simbólico.** 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. Apresentação: As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001. p. 11-16.

_____. **Biomedicina, saber & ciência:** uma abordagem crítica. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000a.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000b.

_____. **A saúde pública e a defesa da vida**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006a.

_____. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006b.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC / Abrasco, 2004. p. 259-278.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Notas Cartográficas sobre a escuta e a escrita: contribuições à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS / UERJ – CEPESC – Abrasco, 2005. p. 253-266.

COHN, Amélia. Conhecimento e prática em saúde coletiva: o desafio permanente. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 97-109, 1992.

CORDEIRO, Hésio. **A indústria da saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. O Instituto de Medicina Social e a luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, 2004.

DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

FERLA, Alcindo Antônio; JAEGER, Maria Luiza. Controle Social como processo: a participação da população na saúde e o Orçamento Participativo do estado do Rio Grande do Sul. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Orgs.).

Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: DaCasa: Escola de Saúde Pública/RS, 2002. p. 179-194.

FERLA, Alcindo Antônio. **Clínica em Movimento: cartografia do cuidado em saúde.** Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **A ordem do discurso.** 14. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. **O Nascimento da clínica.** 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

_____. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 11-23, 2006.

HAESBAERT, Rogério; BRUCE, Glauco. **A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari.** GEOgraphia (UFF), Niterói, v. 7, p. 7-31, 2002.

LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá (Orgs.). **Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ / Abrasco, 2006.

LUZ, Madel T. Notas sobre a política de produtividade em pesquisa no Brasil: consequências para a vida acadêmica, a ética no trabalho e a saúde dos trabalhadores. **Política & Sociedade: Revista de Sociologia Política**, Florianópolis, v. 7, n.13, p. 205-228, 2008.

MACHADO, Roberto. Introdução: Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. VII-XXIII.

_____. **Foucault: a ciência e o saber.** 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MATTOS, Ruben Araújo de. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO,

Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC / Abrasco, 2004. p. 119-132.

MERHY, Emerson Elias. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, Túlio Batista; PERES, Marco Aurélio de Anselmo. (Orgs.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 21-45.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL. **A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL; OPAS. **Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: a obra de Maria Cecília Donnangelo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.). **Tratado da saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006. p. 19-40.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios da saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica**. Salvador: Ed. EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e a Transdisciplinabilidade. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

POPKEWITZ, Thomas S. História do currículo, regulação social e poder. In: SILVA, Tomaz T. (Org.). **O sujeito da educação**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 173-210.

ROSEN, George. **Da polícia médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

_____. **Um discurso sobre as ciências**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2006a.

_____ (Org.). **Conhecimento prudente para uma vida decente: “Um discurso sobre as ciências” revisitado**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006b.

SILVA, Guilherme Rodrigues. PREFÁCIO. In: AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003. p. 13-20.

SILVA JUNIOR, Alúcio Gomes. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

TRINDADE, Nisia; SANTANA, José Paranaguá de (Orgs.). **Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M. Saúde e desenvolvimento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 12, suppl., p. 1765-1777, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Eu (nome do entrevistado) _____, domiciliado em _____, portador do RG _____ de profissão _____, acredito ter sido informado detalhadamente a respeito da pesquisa intitulada “SAÚDE COLETIVA EM DEBATE: A BRASILIDADE DE MUITOS ENCONTROS”, de autoria de Mariana Bertol Leal.

Fui plenamente esclarecido de que, ao responder às questões que compõem esta pesquisa, estarei participando de um estudo de cunho acadêmico, que servirá de base para a produção da dissertação de mestrado da autora, que tem como objetivo explorar a trajetória histórico-política da constituição do campo da Saúde Coletiva a partir da análise de discursos orais e escritos de atores/protagonistas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo. Sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a realização do mesmo, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso, informar a minha decisão de desistência, da maneira mais conveniente.

Fui esclarecido ainda de que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não terei direito a nenhuma remuneração. Minha participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza. Para realização do estudo, a identificação pessoal deverá ser publicizada e, por isso, autorizo a divulgação da minha identidade e de todos a quem me referi, bem como a divulgação dos dados, informações e opiniões por mim declaradas enquanto instrumentos da análise e ferramentas do desenvolvimento da argumentação desse estudo. Eu, e somente eu, posso solicitar esclarecimentos durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

Após a realização das entrevistas e a transcrição das mesmas, o conteúdo transcrito será encaminhado para mim acompanhado de um protocolo de autorização do conteúdo das entrevistas de acordo com o apresentado após a transcrição. Para autorizar a utilização do conteúdo das entrevistas, eu deverei aceitar e assinar tal protocolo.

A coleta de dados para a pesquisa será desenvolvida através de entrevistas semi-estruturadas previamente agendadas com os participantes, sob a supervisão e orientação do Professor Doutor Kenneth Rochel de Camargo Junior, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. As gravações e transcrições, bem como os termos de consentimento e protocolos de autorização serão arquivados pela pesquisadora durante 5 anos após a publicação da pesquisa; após, serão destruídas. O termo de consentimento livre e esclarecido será assinado pela pesquisadora, em duas vias, que devem ser assinadas pelos sujeitos da pesquisa, ficando uma via com a pesquisadora e

outra com o entrevistado.

_____, _____ de _____ de 2009.

Assinatura (de acordo)

Participante do estudo

Pesquisadora Mariana Bertol Leal

Rua Joaquim Campos Porto, 278 – Jardim Botânico – Rio de Janeiro

Ou

Rua Edmundo Loureiro, 320, casa 13 – Itapuã – Salvador

Telefones: (21) 8203.8013 ou (71) 8860.8182

E-mail: mari.uerj@gmail.com ou marianabertolleal@gmail.com

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3020, 3º andar, bloco E – Maracanã – Rio de Janeiro/RJ, e-mail: etica@uerj.br – Telefone: (021) 2569.3490.

APÊNDICE II

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DO CONTEÚDO DE ENTREVISTA

Eu (nome do entrevistado) _____,
 domiciliado em _____,
 portador do RG _____ de profissão _____,
 participante da pesquisa intitulada “SAÚDE COLETIVA EM DEBATE: A BRASILIDADE DE MUITOS ENCONTROS ”, de autoria de Mariana Bertol Leal, concordo com a transcrição feita da entrevista que eu concedi à pesquisadora e autorizo a publicização e publicação do conteúdo da mesma.

Fui plenamente esclarecido de que, ao autorizar a utilização do conteúdo da entrevista desta pesquisa, estarei participando de um estudo de cunho acadêmico, que servirá de base para a produção da dissertação de mestrado da autora, que tem como objetivo explorar a trajetória histórico-política da constituição do campo da Saúde Coletiva a partir da análise de discursos orais e escritos de atores/protagonistas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

As gravações e transcrições, bem como os termos de consentimento e protocolos de autorização serão arquivados pela pesquisadora durante 5 anos após a publicação da pesquisa. Depois deste período, serão destruídos. Eu assinarei o protocolo de autorização de uso do conteúdo de entrevista, em duas vias, ficando uma via com a pesquisadora e outra comigo, o entrevistado.

_____, _____ de _____ de 2009.

Assinatura (de acordo)

Participante do estudo

Pesquisadora Mariana Bertol Leal

Telefones: (21) 8203.8013 ou (51) 9917.1295 ou (71) 8860.8182

E-mail: mari.uerj@gmail.com

Orientador Kenneth Rochel de Camargo Junior

ANEXO I**Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã
CEP: 20550.900 - Rio de Janeiro - BRASIL
TEL: 55-021-2587-7303 / 2284-8249
FAX: 55-021-2264-1142

IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaramos que o protocolo do projeto de pesquisa "Saúde Coletiva em Debate: discursos sobre a constituição do campo" (CAAE - 0021.0.259.000-08), coordenado por Mariana Bertol Leal, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, em reunião realizada no dia 13/11/2008.

Rio de Janeiro, 17 de novembro de 2008

Maria Helena Costa-Couto
M
MARIA HELENA COSTA-COUTO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Medicina Social

ANEXO II

Banco de Dados: Transcrição das Entrevistas Realizadas

Entrevista com Jairnilson Silva Paim

O que é Saúde Coletiva?

Eu considero a Saúde Coletiva como um campo científico em constituição enquanto ele parte de uma ruptura com a medicina preventiva e a com saúde pública institucionalizada. Nesse processo de constituição, ele se ampliou e, ao mesmo tempo, ele procurou uma delimitação e não está evidentemente concluído... Então, eu vejo uma construção processual desse campo. Enquanto campo científico, ele se articula. O próprio nascimento dele na América Latina, com um conjunto de valores e projetos vinculados à liberdade, à democracia, à autonomia dos sujeitos, à emancipação, permite repensar as práticas vinculadas a esse campo. Portanto, a Saúde Coletiva é, ao mesmo tempo, um campo científico e um âmbito de práticas. Tais práticas não se esgotam na prática técnica; perpassam práticas políticas, práticas ideológicas, simbólicas e culturais. Na medida em que foi se delimitando esse campo científico e âmbito de práticas, foi também se proporcionando a possibilidade de ter, nessa área, uma área de atuação profissional. Em um primeiro momento, essa atuação profissional foi realizada a partir da pós-graduação *strictu sensu*, *lato sensu* e, mais recentemente, todo um projeto de formação de profissional no âmbito da graduação. Com isso, nós constituímos um tripé da Saúde Coletiva como campo científico, como âmbito de práticas e como espaço de atuação profissional. Nesse desafio de estabelecer um âmbito de trabalho profissional, há uma tensão muito grande porquanto esta atividade profissional se realizará em aparelhos de Estado convencionalmente ocupados pela saúde pública convencional, ou institucionalizada, para que você possa diferenciar entre as práticas desse novo campo com as práticas estabelecidas hegemônicas do modelo sanitário. Há uma permanente tensão no sentido de delimitar o que é novo e o que é reprodução do velho. Então, em síntese, eu vejo a saúde coletiva como um campo científico, como um âmbito de práticas (que não se esgotam na prática técnica), e como um espaço de formação de trabalho profissional.

Você identifica que essa constituição a partir do Brasil teve uma constituição marcada do mundo, que dê conta da pluralidade dela enquanto campo?

A própria expressão Saúde Coletiva é coisa nossa; é uma expressão nascida daqui do Brasil. Eu posso reportar alguns elementos para você resgatar alguns fatos históricos que levaram à opção por essa expressão *Saúde Coletiva*. Esse nome tem muito a marca do Brasil. Depois, os companheiros da América Latina passaram de alguma forma a se identificar e a utilizar. Agora, esta ruptura com a saúde pública institucionalizada, com a medicina preventiva e com a medicina comunitária, ou saúde comunitária, não foi realizada apenas por brasileiros. Os brasileiros tiveram uma participação importante. Essa ruptura foi iniciada ao longo da década de 70 com um papel muito importante do grupo do México, da Universidade X, do grupo do Equador com Jaime Breilh e Edmundo Granda, com alguns elementos que foram se formando, particularmente em mestrados inovadores, como o Mestrado de Medicina Social da UERJ. A matriz dessas três linhas - Equador, México e Brasil (e dentro do Brasil com destaque para a UERJ) - tinha um ponto comum, que se localizava em uma grande figura de um sociólogo argentino chamado Juan César Garcia, responsável pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). De alguma forma, ele foi um dos grandes estimuladores desse processo de revisão crítica. Do ponto de vista da pós-graduação, teve esse mapeamento. Ele foi um dos grandes incentivadores de uma tese que até Sérgio Arouca fez uma ruptura com a medicina preventiva. De certa forma, ele contribuiu para a difusão da tese de Cecília Donnangelo sobre saúde comunitária, também uma crítica. O Juan César Garcia, portanto, foi uma espécie de catalisador nesse movimento crítico em relação à medicina preventiva e em relação à saúde pública institucionalizada, sobretudo naquele modelo que eu denomino modelo rockefelleriano. Nesse particular, Juan César Garcia

e essas pessoas que trabalhavam naquela época na crítica à saúde pública e à medicina preventiva optaram por usar a expressão: Medicina Social. Então, na realidade, a primeira ruptura que se faz com a saúde pública convencional, com a medicina preventiva e com a saúde e medicina comunitária é resgatando todo o ideário da Medicina Social e as formulações teóricas e políticas – de certa forma científicas – do Rudolph Virchow da Alemanha do século XIX. Quer dizer, essa recuperação e esse resgate da Medicina Social, foi que inspirou o movimento de ruptura na década de 70. Da Medicina Social a usar-se posteriormente a expressão Saúde Coletiva, há algumas particularidades. Na realidade, nós temos Medicina Social e depois a expressão Saúde Coletiva. Nós temos a Abrasco criada em 79 como o nome de Saúde Coletiva, e a ALAMES criada no início da década de 80 ainda com o nome de Medicina Social. Hoje, por exemplo, vemos esses grupos produzindo, como no México, no Equador e, inclusive, na Argentina (que tem até uma revista chamada Salud Coletiva). Então, na América Latina, de alguma forma, a Saúde Coletiva e a Medicina Social, as identidades do ponto de vista teórico/conceitual, são as mesmas.

Que atores você identifica como relevantes para a Saúde Coletiva no Brasil?

No Brasil, indiscutivelmente, Sérgio Arouca e Cecília Donnangelo são as referências centrais para pensar a crítica e a construção do campo. Cecília Donnangelo teve a encomenda da diretoria da Abrasco, no final de 1982, de escrever um *paper* sobre a produção científica da Saúde Coletiva e esse foi o último trabalho que ela escreveu, porque ela mandou o trabalho, houve um acidente e ela faleceu. Então, Cecília Donnangelo, primeiro pela crítica e depois pela sistematização do que existia naquela época; e Sérgio Arouca, pela contribuição da tese dele. Para mim, são as referências centrais e iniciais; os pioneiros dessa ruptura. Posteriormente, outros autores vão contribuindo para a delimitação. Eu penso que a Sônia Fleury teve um papel interessante quando se comemorava um evento importante para o uso das Ciências Sociais na saúde, que foi quando se comemorou dez anos de Cuenca. Houve um seminário latino-americano apoiado pelo próprio Juan César poucos meses antes de falecer e ele já estava doente - e Sônia Fleury fez uma apresentação sobre a área da Saúde Coletiva, que foi publicada mais ou menos em 1985, se eu não me engano. Sônia Fleury foi uma das pessoas que contribuiu nessa área. O próprio Hésio Cordeiro, ao levar essas questões para o CNPq, teve um papel importante. Ele e Cecília Magaldi, ao delimitar essa área dentro do CNPq. Ele teve a necessidade de fazer uma certa sistematização. Madel Luz, Naomar, eu mesmo e tantos outros. Penso que esse mapeamento de Cecília e Arouca são fundamentais.

Que produções foram marcantes na história da Saúde Coletiva no Brasil?

Primeiro a tese do Arouca; segundo o livro “Saúde e Sociedade” de Cecília Donnangelo; depois esse texto de Sônia Fleury que é seminal sobre a área da científica da Saúde Coletiva que saiu no segundo livro da Abrasco, no segundo volume do livro da Abrasco... Não é uma produção individual, mas eu anexei em um dos primeiros textos publicados, chamado “Marco Conceitual da Saúde Coletiva”, que eu produzi no primeiro livrinho da Abrasco; eu utilizei um anexo que era um texto produzido a partir de um relatório de um seminário aqui em Salvador em 1978, em que se tentava fazer uma primeira delimitação do que se estava chamando de Saúde Coletiva no Brasil. Era um produto coletivo; era uma parte de um relatório final cujo redator desse relatório foi Henri Juval Júnior. Ele faz uma sistematização muito interessante que é um texto que também poderia ser considerado e que está em um anexo de um documento que eu fiz. Esse documento tem na coleção da Abrasco. A Abrasco publicava inicialmente uns livrinhos: Estudos de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública. Em algum momento, em vez de ficar esse guarda-chuva que cabia tudo, aí se precisou: “Estudos de Saúde Coletiva”, que foi até o número cinco. A Abrasco e a ENSP, seguramente têm; e uma biblioteca como a UERJ, com certeza tem.

Com que papel e em que lugar você se insere no campo da Saúde Coletiva?

Primeiro, eu sempre fui uma pessoa muito entusiasmada com crítica e com processos de mudanças. Eu tive uma oportunidade histórica de viver um momento em que se lutava contra a ditadura; se projetava uma intervenção ampla, uma reforma chamada Reforma Sanitária Brasileira que, para ser sustentada, política e cientificamente, precisava de evidências científicas e de uma produção científica que legitimasse um projeto arrojado de mudança. Então, eu tive essa oportunidade viver em um momento em

que, apesar de toda a Ditadura, era um momento de crise de hegemonia e, com isso, havia a possibilidade de você construir parcerias. Naquela época, nos anos 70, os mesmos atores que forjavam e engendravam a Reforma Sanitária, eram os autores que estavam pensando o campo. Eu era um deles, junto com os companheiros Arouca, Hésio, Madel, Roberto Passos Nogueira, Cecília Donnangelo, Guilherme Rodrigues da Silva – que é uma figura central, embora ele tivesse escrito pouca coisa nessa temática, mas ele era um grande articulador, um grande formulador, um grande incentivador de projetos de mudança. Todos tínhamos uma marcada posição anti-capitalista, socialistas; alguns, com uma clareza de opção marxista. Então, é esse conjunto de pessoas que eu estou delimitando e eu me incluía entre elas.

E a opção pela Academia?

Minha opção pela academia vem antes dessa construção do campo da Saúde Coletiva e da Reforma Sanitária Brasileira. Eu ia ser Psiquiatra e, no quinto ano, enquanto fazia Psiquiatria, uma das pessoas que também é muito importante nesse movimento da Reforma Sanitária e na própria delimitação da Saúde Coletiva - embora tenha produzido textos em menor quantidade - que é o Sebastião Loureiro, perguntou se eu não me interessava em participar de pesquisa na área de Medicina Preventiva. Todos os meus amigos da época diziam que Medicina Preventiva não tinha espaço aqui no Brasil, isso era coisa da União Soviética ou de Cuba. E o Sebastião, que tinha vindo de um mestrado na Inglaterra, mostrava que, dentro dos próprios países capitalistas, era possível fazer alguma coisa nessa temática. O livro “Salud y Enfermedad” que um chileno, Hermán San Martín, escreveu em 68, na época me entusiasmou muito, inclusive para me estimular para a questão da política de saúde, para pensar o sistema de saúde. Esse livro tinha capítulos escritos por Salvador Allende e por muitas pessoas que tinham posição de esquerda na América Latina. Para mim, era praticamente um livro de cabeceira. Eu li quinhentas e tantas páginas ao longo do meu quinto ano de medicina. E, quanto mais eu lia esse livro, mais eu me interessava por essa temática. Então, foi por aí que eu comecei. Enquanto haviam seminários sobre a epidemiologia do Mark Marrow - eu era de um departamento de medicina preventiva com uma forte ênfase em epidemiologia - eu via que não era só aquilo, lendo San Martín. Tem uma figura, um grande poeta brasileiro, baiano, e compositor de música popular brasileira – que escreveu Ponteio e Soy Loco Por Ti América - chamado José Carlos Capinan. Quando ele foi meu aluno, perguntei a ele: “Capinan, por que você não lê San Martín?”. E aí dei duas coisas para ele ler: San Martín e a Tese de Sérgio Arouca. Ambas as produções o mobilizaram muito, e ele terminou fazendo internato em Medicina Preventiva comigo. Fechando os parênteses de Capinan, então. Essa foi a minha entrada na área: foi um convite para trabalhar em pesquisa. Essa pesquisa primeiro foi laboratorial para depois passar a ser de campo, mas era pesquisa em epidemiologia. Com esse meu entusiasmo pelo livro do San Martín, com as reflexões sobre sistemas de prestação de serviços de saúde, sobre política, sobre saúde e desenvolvimento - toda essa temática me levou a me interessar pela área de política de saúde. Logo que eu terminei o sexto ano, que eu fiz o internato em Medicina Preventiva, fiz um conjunto de pesquisas sobre necessidades de saúde e sobre utilização de serviços de saúde. A minha dissertação de mestrado foi trabalhando com saúde e condições de vida, condições socioeconômicas, e aí eu fui em frente. Quando eu estava terminando a dissertação, estava saindo a tese do Sérgio Arouca, em 75. Eu conheci o Arouca em 71, mas, na relação de amizade, pessoal; do ponto de vista científico, quando eu estava terminando o mestrado, eu conheci a Ana Maria Tambellini e o Sérgio Arouca e começamos a discutir sobre. Por coincidência - e que não é coincidência - em 76, em uma reunião da SBPC, em Brasília, em que foram apresentados os resultados dos trabalhos de Arouca, de Tambellini, de Carvalheiro e Paul Singer, minha dissertação também foi apresentada. Então, foi um momento em que esses grupos de esquerda que estavam trabalhando em uma perspectiva crítica, mas dentro da saúde, se encontraram—. Também nessa reunião da SBPC se criou o Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

Na verdade, foi um marco, e foi sem querer...

Essas coisas que eu estou brincando aqui “por coincidência ou não”, não são necessariamente por coincidência. A rigor, já existiam essas articulações; algumas dessas pessoas eram reguladas ao Partido Comunista. Articulavam-se, portanto, na oposição à Ditadura. Parte dessas pessoas participou de um curso de Saúde Pública em São Paulo. Walter Leser era o Secretário de Saúde de São Paulo e estava querendo dar ênfase ao trabalho de sanitaristas na rede pública. Com isso, ele levou muitas pessoas,

Davi Capistrano, José Rubens Alcântara, para fazerem esse curso. Até para poder marcar posição dessas figuras críticas, colocaram como seu paraninfo, o Carlos Gentile de Mello, que era uma *metralhadora ambulante* contra a privatização da saúde. Parte desses alunos recém-regressos do curso de Saúde Pública trouxe para essa reunião da SBPC a idéia de criar o Cebes e uma revista que, na época, seria chamada “Revista Brasileira de Medicina Pública”. Em boa hora se preferiu chamá-la assim. Foi publicado o primeiro número da “Saúde em Debate”, e eu fui dos autores deste primeiro número: eu, Gentile de Mello, Sérgio Arouca, Tambellini, Sebastião Loureiro, entre outros.

A criação do Cebes na verdade marca uma perspectiva de atuação política desses atores no Brasil, e que não só tenta convergir à questão da produção de conhecimento, como também como um mecanismo de legitimação da reivindicação histórica política. Quando vocês se reuniram nesse evento, criaram o Cebes, enfim, divulgaram a primeira revista. Vocês já tinham mais clareza do movimento que queriam fazer. Seja ele no âmbito político, seja ele no âmbito de romper paradigmas científicos para construção de conhecimento de uma forma mais transdisciplinar, enfim, que trouxesse ciências sociais, políticas para o âmbito da constituição da saúde?

Intuitivamente, sim. Se você for observar, inclusive recuperando literatura da época do início dos anos 70, você verá que ainda que você explicitasse “vamos organizar o movimento, você faz isso, você faz aquilo”, existiam iniciativas que confluíam para isso. Darei dois exemplos: um deles é a tese do Sérgio Arouca. Ao fazer a crítica à medicina preventiva, ela identificava que a medicina preventiva pretendia mudar as práticas de saúde a partir da mudança da consciência dos estudantes de medicina e, eventualmente, da escola médica, criando, portanto, elementos que seriam profetas, que viriam a ser. Estou usando a expressão do Sérgio Arouca, a medicina preventiva como partido de uma nova atitude. Com isso, ele qualificava esse movimento como, fundamentalmente, um movimento ideológico, no sentido de que apenas tenta mudar as representações das pessoas acerca da realidade, mas sem uma prática que se preocupa daí na produção de conhecimento crítico e, ao mesmo tempo, ser uma outra prática preocupada em mudar as relações sociais. Nessa perspectiva, o trabalho segue. O Arouca, ao tempo em que fazia crítica à medicina preventiva como um movimento ideológico que se limitava a romper, aludia aos problemas iludia contra soluções que dão alusão ilusão terá como características das práticas ideológicas a conclusão. Uma das conclusões é que era para superar o dilema preventivista, cabia investir em uma prática teórica e em uma prática política. Então, recuperando isso, a prática teórica é a saúde coletiva, fundamentalmente; e a prática política foi a Reforma Sanitária Brasileira. Eu trabalho isso, recentemente, no livro sobre a Reforma Sanitária Brasileira. A tese do Sérgio Arouca é clara. Na fase da fundamentação do movimento, o Cebes, ao ser criado, além de ser um movimento em que essas pessoas discutiam essa produção crítica, era o espaço de socialização dessa produção científica crítica, não só através da Revista “Saúde em Debate”, mas pela constituição dos núcleos do Cebes em vários municípios ou capitais do Brasil. Esses Cebes se reuniam não mais apenas como professores ou estudantes de medicina, mas se reuniam com representantes das associações de moradores, com entidades sindicais com movimentos de profissionais de saúde. Então, aquela produção largou o espaço restrito da academia e caiu no mundo. Um exemplo é a tese do Sérgio Arouca. Você vê que é um movimento. O Sérgio era uma das figuras que estava lá em Brasília, na SBPC, entusiasmado com esse tipo de projeto. O outro exemplo é da América Latina: o próprio Juan César Garcia é um impulso inicial de estudar o impacto da criação de departamento de medicina preventiva nas escolas médicas da América Latina. Ele expandiu esse estudo para estudar a educação médica na América Latina, em 67. Foi publicado o livro em 72, no qual ele já estuda a profissão de médico a partir de categorias marxistas. Juan César trabalha com a idéia de intelectual orgânico de Gramsci. Naquela época, ele defende que a profissão de médico tenha a ver com a estrutura da sociedade e com a ordem organizativa da escola médica. Com esse trabalho, estava dando vários elementos para poder pensar a formação dos trabalhadores de saúde, não do médico em particular. E o próprio Juan César fazia isso e via a hegemonia que a sociologia da sociedade americana tinha sobre nós, da América Latina. Ele fez a reunião de Cuenca, em que o Hésio Cordeiro estava presente. Ao tempo em que criticava o funcionalismo das ciências sócias hegemônicas até então, mostrava as possibilidades de proceder um outro propósito teórico. Eles não diziam isso com todas as letras, mas eram marxistas. O Juan César foi um grande estimulador do Arouca, grande estimulador do trabalho, da criação do mestrado de Medicina Social da UERJ, Instituto de Medicina Social. Essa figura sempre foi marxista. Essas figuras não sentaram em torno de uma mesa para criar um movimento, mas pelas relações sociais, pelas

articulações políticas, ideológicas e afetivas. Essas pessoas são muito afetuosas. Isso também dá uma certa saudade daqueles tempos. Hoje o afeto fica meio encerrado. Essas pessoas construíram esse movimento, mas não como “vou fazer isso ou aquilo”, mas como qualquer movimento social. Às vezes, o acaso ajuda algumas coisas, mas detectar deliberações. Caetano Veloso tem uma frase muito interessante: “é incrível a força que as coisas parecem ter quando têm de acontecer”.

Como você analisa a relação entre as práticas em saúde e os debates e produções do campo da Saúde Coletiva?

Por exemplo, se eu vou me colocar como um Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina mais antiga do Brasil, a da Bahia, por exemplo, dizer que nós fizemos ao longo desses vinte ou trinta anos, influenciou a Faculdade de Medicina seria uma tontice completa, uma maluquice completa. Enquanto nós éramos da Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina, no limite diziam: “esse pessoal de esquerda, até faz alguma pesquisa, mas não é o que interessa para os médicos; não é o que interessa para a medicina”. Na hora de contabilizar a produção científica da Faculdade de Medicina, nós éramos ótimos, porque tínhamos uma excelente produtividade, mas na hora de decidir se abria concurso para professor titular ou não, nós éramos inteiramente ignorados. Na hora de definir os currículos da Faculdade de Medicina, se era para fazer algum seminário, criar alguma comissão, nós éramos lembrados; mas na hora de implementar ou de compor um colegiado, nós éramos inteiramente excluídos. Dando meu exemplo particular de vida dentro da Faculdade de Medicina enquanto era professor da Faculdade de Medicina, mesmo tendo amigos professores de Clínica, eventuais diretores de Faculdade tinham relações até respeitadas, mas aquilo não tinha nenhuma significação do ponto de vista da política institucional. No ponto de vista da pós-graduação – justamente por trabalhar com referenciais teóricos de diversas naturezas, inclusive marxista –, aí já houve um espaço maior de reconhecimento ou de possibilidade de influência no círculo dos mestrados, eventualmente dos doutorandos. mas como um gueto dentro da Universidade. Estou saindo da Faculdade e chegando na Universidade. Darei um exemplo da Bahia: nós vivíamos em um barracão com todo o risco de inundação, de cair aos pedaços, ou de incêndio. Foi preciso que viesse uma comissão da CAPES e dissesse, “olha, esse curso é muito bom, mas nessas condições nós não vamos reconhecê-lo”, para que o Reitor, junto com o Pró-reitor, arrumasse um espaçozinho em um último andar de um Hospital Pediátrico que não estava usado e assim nós ficamos por mais de dez anos. Então, era assim que nós conseguíamos algumas coisas. Para a Universidade também pouco importava. Estou dando um exemplo meu, porque fica difícil falar da UERJ, que já tinha o Instituto de Medicina Social. Se você for pensar nas duas escolas de Saúde Pública. A Faculdade de Saúde Pública de São Paulo tinha uma grande tradição – chamaria assim – sanitarista, tão vinculada aos serviços que criavam espaços mais restritos de possibilidade de crítica. A Faculdade de Saúde Pública, em São Paulo, sempre teve uma proximidade muito grande com os serviços. Então, esse movimento de crítica criou algumas parcerias dentro da Faculdade de Saúde Pública. Eu não diria que ele foi capaz de influenciar a própria Escola de Saúde Pública, a própria Faculdade de Saúde Pública. Falando agora de uma grande Faculdade, com uma revista do reconhecimento, a Revista de Saúde Pública de São Paulo, da USP com todo o simbolismo da USP, se eu for pensar a Escola Nacional de Saúde Pública, embora atrelada ao Ministério da Saúde, a Escola Nacional de Saúde Pública teve a possibilidade de uma certa oxigenação por coincidências que não são coincidências, ou seja, o Sérgio Arouca foi perseguido e todo o seu grupo na UNICAMP tão logo estavam percebendo o trabalho que ele estava realizando e a produção científica que ele fez em relação à Tese, como uma tese marxista. Então, quando o Sérgio Arouca, praticamente perseguido ou expulso da UNICAMP, encontra um espaço e faz um concurso – ele entrou pela porta da frente na ENSP, na Escola Nacional de Saúde Pública – ele, portanto, quase como um indutor de processos de mudanças, passa a ter uma modificação no ensino da Saúde Coletiva dentro da ENSP. Associado a algumas articulações como a criação do PESES, que era o Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde, e do PEPE, que era o Programa de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia, esses dois mecanismos que o Arouca estava envolvido permitiram uma difusão e um conjunto de articulações com outros espaços acadêmicos da pós-graduação no Brasil. O PESES e o PEPE foram estratégias utilizadas pelo próprio Arouca e o seu time, a sua equipe que veio de Campinas para, não só se firmar no interior da ENSP, como também buscar se fortalecer articulando-se com outros centros, inclusive o nosso aqui da Bahia. Então, na realidade, a ENSP tornou-se uma influência para inovar – muito menos por forças internas dela, porque senão ela tenderia cada vez mais ao instituído e à reprodução da mesmice e muito mais por essa coisa que aqui contradição é o lugar, foi

estourar na ENSP com toda uma equipe crítica que veio trabalhar com o Sérgio Arouca. A Academia é muito resistente e ela tolera em determinadas dimensões. Pensar que esses grupos extremamente críticos passem a ocupar posições mais definidas na Academia – aí eu terei que ser um pouquinho mais crítico – se consegue em duas situações: uma com uma mudança de correlação de forças políticas de tal ordem que é inevitável que uma dessas figuras chegue e ocupe uma posição de liderança, e um time maior tende a oxigenar ou renovar a Academia ou a Universidade, é uma maneira; a outra via, é usando uma categoria de Gramsci, transformista. Através do transformismo, você muda de lado. Mesmo utilizando uma retórica de esquerda, você faz a política da direita. Essa é uma outra forma com que determinados personagens passam a ocupar um espaço que aparentemente dá-lhes liderança dentro da Academia.

Você identifica que esses lugares – São Paulo, Campinas, Bahia e Rio de Janeiro – enquanto berços de produção de conhecimento, por uma Saúde Coletiva na área, tiveram uma participação diferente no cenário? Apesar de nós sabermos que São Paulo e Campinas tiveram a sua influência mais em relação à prática, os serviços; o Rio de Janeiro teve um “ponto” acadêmico muito forte; e a Bahia se constituiu, logo depois também, como um ponto acadêmico forte. Como você vê esse arranjo de cenários? Eu já parti do meu pressuposto de que eles tiveram atuações diferentes na sua constituição. Como você enxerga esses arranjos para o campo como um todo, e de que forma?

Eu nunca pensei exatamente nessa pergunta, então, sairá bem espontaneamente. Antes de mais nada, eu quero registrar dois aspectos que podem ampliar mais essas instituições citadas por você. Primeiro, o grupo de Ribeirão Preto foi um grupo muito importante na própria passagem da Medicina Preventiva para aquilo que poderíamos chamar de Medicina Social. Sebastião foi uma das figuras que passou como residente em Ribeirão Preto; José Carlos Carvalheiro, que hoje é presidente da Abrasco, era o professor de Ribeirão Preto, embora depois Ribeirão Preto tenha ficado mais enclausurada. Então, teve um impulso maior de debates, de difusões, de contribuições, mas Ribeirão Preto foi um grupo muito importante na constituição dessa passagem da Medicina Preventiva para a Medicina Social. Um outro espaço importante que, inclusive, se configurará sobretudo no âmbito dos serviços, foi Minas Gerais. Francisco Campos era um dos alunos da UERJ, vinculado ao estudo do Sérgio Arouca, que fez mestrado, ou fez residência na UNICAMP, construiu o internato rural, na Universidade Federal de Minas Gerais. No âmbito dos serviços e, sobretudo da educação médica, também teve um papel importante. Algumas situações de cursos de saúde pública vinculados às secretarias estaduais de saúde e ainda residências de medicina preventiva que foram criadas. Então, você vai vendo que se espalha em termos de movimento. A Paraíba tem uma pessoa que tinha feito o curso no grupo do Sérgio Arouca, a Beti. No Rio Grande do Sul, a Secretaria já tinha uma Escola e participou ativamente dos chamados Cursos Básicos Regionalizados de Saúde Pública. Enfim, você está certa em considerar esses quatro ou cinco espaços institucionais iniciais, mas eu queria dizer que isso se espalhava um pouquinho mais do que o que foi colocado. Dentro desses quatro que você mencionou, como nordestino eu tenho que dizer que “Sorry, periferia”, quer dizer, nós estávamos em um espaço, nos articulávamos, tínhamos uma relação, mas a hegemonia, efetivamente, era no caso do Rio de Janeiro e de São Paulo. O Departamento de Medicina Preventiva de São Paulo, a pós-graduação tem figuras como Guilherme Rodrigues da Silva, Ricardo Bruno Denis Gonçalves, Lilia Schraiber, Paulo Elias. São figuras muito importantes nesse pólo São Paulo, que era uma constituição diferente da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo que eu já tinha referido antes. E o grupo do Rio de Janeiro, pela ENSP e pela UERJ, tem figuras como o Hésio, que teve uma liderança muito grande; a Madel Luz que foi aluna de Foucault; o Roberto Machado, Jurandir Costa; várias pessoas que tiveram um papel muito importante. A Universidade Federal do Rio de Janeiro praticamente estava subsumida dentro desse movimento; a recuperação e a construção é coisa mais recente. Então, na realidade, era o peso do Rio e o peso de São Paulo. Particularmente, o grupo da Pós-graduação em Medicina Preventiva sobre a liderança de Cecília Donnangelo e Guilherme Rodrigues da Silva, e nós, de alguma forma, contribuimos também. Campinas, com a saída do Arouca, teve uma dificuldade muito grande em se manter enquanto tal; então, as pessoas que ficaram depois da saída do Arouca, no limite, tentavam evitar o pior. Só posteriormente é que ela se ampliará com Emerson Merhy, com o Gastão Wagner e outros colegas. Com isso, eu quero dizer que o nosso papel é condicionado pela inserção nordestina do baiano. Como foram quase todas as coisas que acontecem nesse país, o Sudeste tem uma proeminência muito grande.

Você identifica, além desses lugares, diferença de participação das linhas de conhecimento, a questão da epidemiologia, do planejamento e da questão das ciências humanas, das ciências sociais?

Sim, com certeza! Em nosso grupo, sempre foi muito forte a linha da epidemiologia. Praticamente todos os nossos professores fizeram cursos fora, nos Estados Unidos, na Inglaterra. É preponderante a questão da epidemiologia. Dentro desses grupos todos – talvez o nosso de certa forma, o de Guilherme lá em São Paulo – tinham o peso da epidemiologia. Nós tivemos muita dificuldade de criar um espaço das Ciências Sociais dentro do Instituto. Só bem recentemente, é que nós estamos de alguma forma estruturando a área de Ciências Sociais. Ciências Sociais é uma estruturação mais recente. A marca do nosso grupo ainda é a epidemiologia, e foi ao longo do processo, a epidemiologia. No grupo de São Paulo, tinha um balanceamento entre a Epidemiologia e as Ciências Sociais. A área de Política de Planificação teve mais dificuldade de se firmar. Você tem o Paulo Elias, dentro da área de planificação, com o trabalho do Centro de Saúde Escola do Butantã, o Samuel Pessoa. Houve um desenvolvimento da parte de planejamento, mas mais no espaço local. O forte do grupo de São Paulo, Epidemiologia e Ciências Sociais. Como o pessoal de planejamento trabalhava muito próximo às Ciências Sociais e Epidemiologia, eles têm umas características bastante interessantes. Na ENSP, não. Na ENSP, o forte foi o Planejamento, muito mais do que Epidemiologia e do que as Ciências Sociais. O próprio papel do

Sérgio Arouca em trabalhar com planejamento e com política, avançou muito nessa linha. Na UERJ, apesar de ter o Hésio com perspectiva mais política de saúde, mas a área das Ciências Sociais, foi um área que foi muito privilegiada. Eu pensaria: UERJ, Ciências Sociais; ENSP, forte Política de Planejamento; Bahia, Epidemiologia, com algum desdobramento na área de Políticas de Planejamento, mas as Ciências Sociais mais frágeis; e Departamento de Medicina Preventiva da USP da Faculdade de Medicina, com mais Epidemiologia que Ciências Sociais. Não sei se isso pode ser validado empiricamente, mas minha intuição seria por aí.

Qual a sua compreensão da relação do campo da Saúde Coletiva com os demais campos científicos e suas lógicas de produção das ciências? Acha que a Saúde Coletiva se parece com outros campos científicos? Que diferenças e semelhanças identifica?

Eu penso que a primeira especificidade da Saúde Coletiva é trabalhar com essa *dobradinha* entre o biológico/social e o ecológico. Isso traz uma riqueza e, ao mesmo tempo, um desafio imenso para a nossa área, que diferencia de outros campos. Uma segunda especificidade é de que é um campo que nasceu ao mesmo tempo de uma crítica a outros enfoques científicos - para não falar de campos, como a Medicina Preventiva; ou enfoques profissionais como a Saúde Pública - e engajada em um projeto de reforma social, traduzida pela Reforma Sanitária Brasileira. Nisso, a Saúde Coletiva pode se parecer com a Medicina Social da Europa do Século XIX, aliada aos movimentos sociais pela mudança da sociedade. Penso que essa é a segunda característica muito específica da Saúde Coletiva. O que aproxima do campo? Eu penso que são os outros campos. Para mim, tem um papel central você respeitar as regras da prática científica, você explicitar referenciais, você esclarecer quais são os métodos que você utiliza, que você tenha a perspectiva de uma vigilância epistemológica no sentido de delimitar o que tem de ideológico e de senso-comum e o que tem de ruptura no ponto de vista de um conhecimento mais objetivado, ainda que não seja neutro. Penso que isso tem uma identidade. A questão do mérito científico: neste ponto tem as tensões entre o campo científico, o campo político e o campo burocrático, mas a meritocracia no âmbito acadêmico, particularmente, a discussão entre os pares, o respeito em opinião dos pares, isso a Saúde Coletiva - ao se firmar enquanto campo científico - passou a comungar desse conjunto de valores e posturas, em determinados momentos, até de hábitos, para poder falar Bourdieu, presentes e gerais do campo científico. Então, tem essas identidades. Por outro lado, também Bourdieu, ao trabalhar com capital simbólico e, portanto, determinadas disputas, determinadas contradições, determinadas competições que são muito presentes no mercado simbólico, invadem necessariamente, independentemente das escolhas individuais, dos desejos, ou dos afetos, teríamos como chegar, então, naquela nossa saudade, invadem o nosso campo. Obviamente, o que nós presenciamos hoje em termos de disputas no campo da Saúde Coletiva é radicalmente diferente daquele ambiente mais afetivo e mais cordial dos anos setenta. Na medida em que a própria lógica da sociedade capitalista, a própria lógica das políticas de Estado, a própria lógica dos estímulos à competição, dos lattes, das publicações, dos qualis A, o que é de bom e de ruim, deste mercado simbólico passa a penetrar em nossa área. Eu falo isso sem nenhum saudosismo, mas apenas uma constatação de que nós passamos por esta coisa mais geral, aparecer como geral em determinado momento, perdemos a nossa especificidade. Então, eu tenho muita expectativa de que estudos como o seu, de estudos como os de Cecília Minayo e os estudos da professora Ligia Vieira da Silva com a parceria de Patrícia Pinel, possam, de alguma maneira, sistematizar um pouco mais o que nós temos de genuíno e o que nós temos de contaminação daquilo que faz parte atualmente dos chamados campos científicos.

Em relação a essa conformação das disputas que hoje nós vemos dentro do campo, é muito mais por essa lógica que é comum a todas as ciências, ou você acha que há alguma particularidade dessa nossa área da saúde? Você identifica isso como algo marcante?

A hipótese é que tem coisas gerais, mas tem especificidades do nosso próprio campo. A primeira - que de alguma forma nós estamos tentando estudar com a Professora Ligia -, é essa confluência muito próxima entre o campo científico, o campo político e o campo burocrático, o que faz com que as competições, que aparentemente são científicas, na realidade são disputas de poder para o campo burocrático, ocupação de cargos, por exemplo, dentro da burocracia do Estado, ou posições políticas mais relevantes, seja de um Deputado, de um Senador, de um Ministro, de um Governador, de um

Prefeito, que estão muito permeando a nossa área. Então, eu penso que a primeira coisa que chegou para nós é por essa imediatez das relações entre esses três campos. Mas é uma hipótese. Tem que trabalhar um pouquinho mais; estamos no início da pesquisa. O que está me incomodando muito – e eu tenho escrito alguma coisa e tentado refletir um pouco mais – é aquilo que eu chamaria de uma restauração da saúde pública, ou seja, todo o potencial crítico instituinte da Saúde Coletiva, de alguma forma, está sendo subsumido pela saúde pública convencional, autoritária, vertical, rockefelleriana, americana, sob liderança, do ponto de vista de serviços, do CDC, e do ponto de vista da Academia, daquilo do *mainstream*, das universidades americanas, até com esses movimentos da saúde coletiva de se desvincular e dialogar com os grandes congressos, fazendo congressos simultâneos com a Associação Internacional de Saúde Pública, Associação Internacional de Epidemiologia. Quer dizer, o potencial e o real crítico instituinte da Saúde Coletiva está sendo, praticamente, hegemônico por esta saúde pública institucionalizada no Brasil, e pensada e praticada cientificamente no Norte. Esse é um ponto importante, aí não é somente a questão dos qualis ou da produção. Quando você vai ver as linhas de pesquisa e os discursos que estão nos textos, é de uma certa restauração da saúde pública convencional. Com isso, nós perdemos o potencial que nos caracterizava de uma forma diferenciada, ao ponto do Lancet ou do New England nos descobrirem no início dessa década e dizerem: “olha, se fez alguma coisa diferente na América Latina”, e se nós fomos pasteurizando tudo que é chamado a Nova Saúde Pública, ou Funções Essenciais de Saúde Pública, pasteurizando tudo, nós vamos perder a nossa especificidade e a nossa crítica. Esse é um ponto que eu tenho pensado muito nos últimos tempos. Eu escrevi alguma coisa no último livro meu, mas eu preciso pensar muito ainda.

Essa organização que nós acabamos conformando entre os grupos, produtores de conhecimento, formuladores de políticas, podem ser desses nichos, que nós acabamos conformando, são eles os responsáveis?

Não entendi!

As disputas entre eles, são eles os responsáveis por isso? Você tem alguma idéia sobre isso? Ou é como se fosse assim: nós perdemos, na verdade, a essência do que era o campo, porque nós nos abrimos a uma perspectiva de produção capitalista da ciência e que nós não estamos conseguindo resgatar o que era a essência da inovação que era a pluralidade das ciências dentro desse campo.

Eu diria que há mediações; quer dizer, não há uma relação direta entre os interesses capitalistas e as nossas práticas científicas e acadêmicas, ou que esta restauração que nós estaríamos vivenciando é uma decorrência do neoliberalismo, ou do capitalismo contemporâneo; eu não diria dessa forma. Eu diria que uma das grandes mediações que se faz nesses pólos entre mercados capitalistas e práticas acadêmicas é através do Estado. É a forma com que nós fomos nos legitimando perante o Estado; seja através da CAPES para podermos ser seis, ou ser sete, ou ser cinco; e a forma como fomos nos legitimando perante o Estado, por exemplo, via CNPq para determinados tipos de produção cuja hegemonia é do campo médico, ou das ciências mais duras, isto é o que foi nos conformando desta forma. Para mim, a mediação passa, necessariamente, pelo Estado, e dentro do Estado dando algumas pistas de organizações, de aparelhos de Estado que vão conformando esse processo. Eu diria que são determinações estruturais, mas que passam pelo Estado; logo, se passam pelo Estado, o espaço do Estado sendo um âmbito, de uma certa forma, é determinante. Por outro lado, é um campo de luta em que os atores podem brigar mais para uma política, para esta ou aquela direção. Mesmo em épocas da Ditadura, foi possível, no interior do Estado, ter políticas mais progressistas. Como é que em uma época de Democracia e de um governo que se diz de Coalisão Popular e Democrática. se recua? Esse é o paradoxo. Sem nenhum idealismo, sem nenhuma aderência ridícula e sem fundamento do Governo Lula. Os Governos que tinham personagens, partidos e grupos estão vinculados a determinadas perspectivas, pelo menos, de mobilização social, de consciência crítica, por um limite de organização, até mesmo partidária, como o PT se organizou nessas coisas; como é que um governo que é tão desmobilizante no sentido de quase criar uma espécie de alienação dentro da sociedade, dentro do próprio Estado. Hoje fazem qualquer crítica, e você é inimigo do Rei. Então, isso não faculta trabalhar com as contradições, fazer, superá-las através da história. Eu penso que esse é um ponto. Então, tem uma questão que é determinação, mas tem uma outra coisa que são as disputas de espaços dentro do Estado. E se dentro

da disputa de espaços as forças que eu chamaria de jacobinas, recuam, ou se aprisionam, ou se inibem, não tem mudança. É o transformismo e a revolução passiva que vencem. São duas categorias gramscianianas que eu tenho trabalhado recentemente para poder entender um pouco, não a Saúde Coletiva, mas pelo menos a Reforma Sanitária Brasileira.

Para você, quem é a comunidade científica da Saúde Coletiva no Brasil?

Eu não posso ignorar o sujeito coletivo dessa comunidade, que é a Abrasco. Eu sou um dos fundadores da Abrasco. Penso que a Abrasco tem tido dificuldades nos últimos tempos para poder coordenar, dirigir e ser vanguarda em relação às perspectivas do campo. Reconheço os limites da Abrasco. Participei de uma recente diretoria em que isso ficava muito claro, a dificuldade de você conseguir conciliar interesses tão diversos. Mas eu continuo dizendo que, como a UNE, a Abrasco, somos nós, a nossa força e a nossa voz.

Você identifica que, dentro da Abrasco, a própria constituição dos grupos internos tem alguma influência pelas dificuldades da superação da fragmentação que vivenciam?

Não, eu penso que a Abrasco tem os grupos temáticos e as grandes comissões: Ciências Sociais, Política e Planejamento e Epidemiologia. Considero que esse desenho é muito inteligente, porque preserva os grandes pilares da produção de conhecimento do campo que são essas três grandes áreas e, ao mesmo tempo, você flexibiliza com todas as possibilidades de ações e de estudos interdisciplinares que, por exemplo, gênero e saúde permitem, ou vigilância sanitária,. Então, foi uma fórmula inteligente de acomodar essas várias motivações, para não falar interesses, que são naturais e que, aí sim, revelam a riqueza da área da Saúde Coletiva. Se você pudesse imaginar que tudo teria que se enquadrar nas três grandes áreas, ou nas três comissões, seria impensável; penso que a Abrasco já teria implodido. Portanto, essa possibilidade dos grupos temáticos, além de ser uma saída inteligente, ela é produtiva, desde quando, desses grupos temáticos, não se queira romper com a unidade fundamental que compõe o campo que você está investigando. Vou dar um exemplo: se, a partir de todo um estímulo, pela própria conjuntura que nós estamos vivendo, a Economia da Saúde passa a querer ser uma área que hegemoniza a Saúde Coletiva, isso tende a criar um problema muito sério; mas, enquanto a Economia da Saúde for uma área temática que dialoga com as Ciências Sociais, que dialoga com a Política e Planejamento e que dialoga com a Epidemiologia - porque muitos estudos de desigualdade são feitos pela Economia da Saúde - tem possibilidade. É muito natural que, cada vez mais, a Economia da Saúde cresça. Tanto mais, porque a Economia da Saúde será o espaço de tensão em que desde as perspectivas mais de Economia Política marxista podem se instalar, até mesmo das mais miltonfriedianas podem competir. Então, do ponto de vista científico, eu considero saudável essa forma de estruturação da Abrasco. Não vejo como problemático. Para mim, o problemático da Abrasco é essa relação ela passa a ter com o campo burocrático e com o campo político.

Bem problemático, até porque a Abrasco teve o seu papel diferenciando ao longo desse tempo. A própria perspectiva de atuação política mudou e ela é decisiva até para a conformação que os autores, esse jogo de disputas...

Pode ser! Em meu livro sobre a Reforma Sanitária, eu detecto como um período X que a Abrasco em seus editoriais não falava em Reforma Sanitária. Não vou dizer o período, mas vou dizer quando ela mudou. Ela só passa a falar em Reforma Sanitária entre 2000 e 2003, e em 2003 até 2006, quando eu terminei a investigação, também deixou a ser silêncio. Passou a ser silêncio a expressão Reforma Sanitária nos seus editoriais e isso não deve ser por acaso.

E o Cebes, hoje?

O Cebes está vivendo um momento de entusiasmo naquilo que se convencionou chamar de Refundação do Cebes, que vem de 2006 para cá. Tem propiciado grandes debates. Agora mesmo tivemos um sobre Seguridade Social, que foi uma área que sofreu uma implosão desde o Collor até Lula, na questão da participação social, porque tem um incômodo, um mal-estar, nessa participação social, quando as pessoas ficaram muito atreladas ao Governo. Não sabiam como é que podiam fazer críticas para não ter

problemas com o PT e com outros partidos de esquerda. Então, essa ambigüidade nos movimentos sociais foi importante, porque foi estourar na XIII Conferência Nacional de Saúde. O Cebes tem propiciado muitos debates e está estimulando agora a produção de revista sobre os vinte anos de SUS, querendo constituir de novo os núcleos em Municípios mais de ponta, Estados. Então, eu estou vendo que o Cebes tem feito algumas parcerias com a Abrasco através do Fórum da Reforma Sanitária de 2006 para cá. Eu vejo o Cebes com uma perspectiva muito positiva. Tenho estimulado muito que quem faz mestrado e doutorado agora retome o Cebes aqui na Bahia. Tenho, inclusive, convidado o pessoal da Secretaria. Esse ano, nós tivemos mais dificuldade, mas no ano passado aproveitamos o pretexto da XIII, e a turma toda da Secretaria vinha muito debater aqui no Cebes.

Penso que nós temos que retomar isso, enquanto movimento político. Como você percebe a relação dos critérios de produção das ciências (CAPES) no desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil? E atualmente, qual a relação?

Lamentavelmente, o paradoxo aumenta. A diferença maior é que esses organismos estão funcionando com gente de esquerda, com um discurso de esquerda e fazendo política de direita, para usar Gramsci mais uma vez. Isso os dirigentes. Mas o pior não é isso: tanto a CAPES quanto o CNPq têm uma estrutura relativamente permeável às mudanças, porque são os pares. Então, são os nossos pares do CNPq e da CAPES que estão, de alguma forma, sendo transformistas.

Agora, o que antes era assim, e que nós, inclusive, inseríssemos o campo da saúde coletiva dentro da CAPES encontrando várias barreiras. Hoje, na verdade, está propiciando para nós um estrangulamento do próprio campo, porque não potencializa a própria produção...

Se antes foi uma grande conquista criar um espaço dentro do CNPq, Cecília Magaldi e Hésio Cordeiro fizeram um documento muito importante no início dos anos 80 que praticamente fundamentou a criação do Comitê de Saúde Coletiva – Medicina Preventiva, terminou saindo Saúde Coletiva. Então, conseguiu-se uma fenda, uma cunha dentro do espaço de Estado que era fechado. A mesma coisa ocorreu em relação ao CNPq um pouco antes da Nova República: eu, Hésio Cordeiro, Sérgio Arouca, Euclides Castilho, Zélia Rouquayrol, todos éramos do Comitê do CNPq no início da Nova República. Então, o Estado paradoxalmente permitiu que chegassem figuras que poderia alcançar... Não estou fazendo nenhuma crítica à essa ou aquela pessoa - até por omissão, eu mesmo já fui várias vezes convidado para ser membro da CAPES, do CNPq, e outras prioridades passaram na frente – mas eu penso que não aproveitamos, que as figuras do nosso campo não tiveram a capacidade, no momento em que teriam todas as condições políticas para avançar, do ponto de vista do espaço progressista, de fazer. Então, de alguma forma, nós estamos reproduzindo o hegemônico e não criando o instituinte.

É possível visualizar isso hoje de forma muito mais marcante, inclusive, estamos chegando ao entendimento de uma crise do próprio campo, seja ele entre as áreas, seja ele em relação à produção quanti/quali e como isso influencia na conformação. Correto?

Possivelmente que sim. Uma ilustração disso foi recentemente, na Escola Nacional de Saúde Pública quando foram criados mestrados específicos por área. Isso é apostar na segregação e na dificuldade de manter um projeto mais unitário em relação a esse espaço da saúde coletiva, por interesses que, provavelmente, não são nitidamente científicos. Não é porque houve uma especialização pela explosão da produção científica que deve corresponder a determinados tipos de arranjos para viabilizar esse ou aquele grupo no controle da política cabocla.

Você identifica que a própria área da vigilância em saúde tem alguma influência sobre isso?

Em parte sim, se você for imaginar que a vigilância em saúde, diferentemente do que foi pensado no Brasil, com determinados tipos de oportunidades que foram criadas através de financiamentos do Banco Mundial e dentro da matriz do CDC. Pelo menos na área específica das vigilâncias e, particularmente, da vigilância ambiental e da vigilância epidemiológica, eu creio que sim. Contudo, eu não diria que ela foi potente o suficiente poder fazer essa fragmentação. Deve ter tido sim uma influência.

A lógica de funcionamento dos comitês de ética influenciou na produção científica do campo da Saúde Coletiva? Como vê a influência dos comitês no desenvolvimento de pesquisas do campo?

Posso fazer dois comentários, um positivo e um mais de reserva. O positivo, é que o campo da ética foi também objeto de algumas pessoas, de alguns professores da área da Saúde Coletiva. Citaría, por exemplo, um ex-presidente do Cebes, Volnei Garrafa, professor da UnB, que é uma das pessoas que pensam. O livro “A Luta do Cebes” de 1997 traz um capítulo sobre a bioética. Esse é um ponto positivo, pois também nós contribuimos para pensar na ética, portanto, nos comitês que iam ordená-las. Nós, enquanto Saúde Coletiva, denunciávamos muitas pesquisas que foram feitas utilizando seres humanos como cobaias para anticoncepcionais. Então, eu penso que o campo da ética não é estranho – pelo contrário, é fundamental – e tivemos uma contribuição nessa temática. Por outro lado, ao ser incorporada pelo Estado e, particularmente, em um processo vinculado ao Conselho Nacional de Saúde, a questão da ética se hipertrofiou de um tal ângulo que eu diria que está passando por um processo de burocratização e um processo, ao meu ver, de tal ordem exagerado que perde legitimidade e pode ser um impasse para determinados tipos de pesquisas no campo da Saúde Coletiva. Primeiro, o ponto da burocratização: quando os procedimentos, quando os meios, se hipertrofiam em relação aos fins: isso é o que eu estou chamando de burocratização. Para mim, é uma patologia que o CONEP está passando. E o outro também é patológico e que na medicina nós chamamos de medicalização: é quando o espaço de normatividade amplia de tal ordem o espaço de intervenção, que você sufoca, você perde a possibilidade de criar, de ter liberdade para criar e tem que se submeter, por exemplo, em um processo de investigação, em uma pesquisa, a que você entrevistará atores que deveriam ser responsáveis do ponto de vista público: ele é Secretário de Saúde de um Estado, tinha que ter nome e sobrenome. Em determinados comitês de ética, questiona-se se você citará o nome ou não, ou se você tem que submeter ou não o roteiro de entrevista que você fará para essa pessoa. Então, eu penso que são dois pontos complicados: essa ampliação do espaço de normatividade. O pessoal de Antropologia questionou, porque eles não têm a Saúde ou a Medicina; não tem porque ter hegemonia sobre as Ciências Humanas. Não é um Conselho Nacional de Saúde que definirá o que o Antropólogo tem que fazer. No caso dos procedimentos, desse ritual que está cada vez mais presente, você tem que estudar cada vez que sai mais uma Portaria. Isso é uma loucura! O pesquisador pode fazer coisas mais produtivas do que ficar estudando normas que são paridas pelo CONEP.

É engraçado, porque, para falar com as pessoas você tem que ter uma autorização expressa...

Para você me entrevistar, uma figura pública que escreveu alguma coisa nessa área, tem que assinar algum papel e, com isso, você quebra a confiança entre o entrevistado e o entrevistador, porque essa confiança tem que ser traduzida por uma assinatura, como se fosse um contrato de banco. Eu penso que é uma coisa que deve ser discutida. Não sei se é porque eu participei de uma geração que lutou contra a Ditadura, mas para mim a liberdade, emancipação e autonomia do sujeito são valores que não podemos abrir mão. Daí a minha briga contra a Saúde Pública institucionalizada.

Acaba sendo muito mais fácil produzir um estudo epidemiológico do que um estudo exploratório de campo...

Não, não penso que seja mais fácil para a Epidemiologia do que para a Política. Pelo contrário, talvez até em determinados momentos, pelo fato de a Epidemiologia trabalhar com seres humanos, do ponto de vista de grupos de observação, grupos de intervenção. Talvez tenha mais possibilidade de delimitar melhor a Epidemiologia do que na área das Ciências Sociais e da Planificação. Eu penso que não há diferenças. E nem penso também que sacrificou a produção científica, que foi o início de sua pergunta. Eu falo de uma opinião paradoxal; nada empiricamente comprovado. Há uma burocratização, mas também é feita por pares. Eu fui um dos fundadores do Comitê de Ética aqui do Instituto de Saúde Coletiva. O tempo que se perde para poder examinar um bocadinho... Eu sempre trabalhei com dados de mortalidade, com atestados de óbitos; sempre tivemos o maior cuidado de trabalhar com esse atestado de óbito. Hoje você tem que submeter uma pesquisa que trabalha com dados secundários ao Comitê de Ética. É uma perda de tempo! O Comitê de Ética podia estar estudando outra coisa dentro das ciências. Mesmo dentro dos estudos antropológicos, mas que são feitos na área da saúde, o Comitê de Ética poderia estar olhando se entrevistando pessoas que têm problemas de transtorno mental, ou sofrimento

psíquico, se as imagens delas estão aparecendo ou não; aí sim. Mas dados de mortalidade que estão nos arquivos, secundários, ter que submeter, não tem sentido.

Como você analisa a relação da ação política no setor saúde no Brasil a partir da lógica de produção do campo da Saúde Coletiva (dinâmica dos atores, disputas de poderes)? E em relação às demais produções científicas, elas influenciaram as ações políticas na saúde do Brasil?

Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emilio Ribas influenciaram nas políticas de saúde. Aquela produção que é orgânica ao capital e ao poder, sem dúvida, influenciaram sempre. E hoje são responsáveis pelos enfrentamentos que têm um lado mais emancipatório da Saúde Coletiva. A Saúde Coletiva, por sua articulação com o movimento de reforma social como Reforma Sanitária, também influenciou. Agora, eu não teria nenhuma dúvida de que o modelo flexneriano que influiu tanto a Saúde Pública quanto a Medicina, seja o modelo hegemônico em relação às políticas públicas hoje no Brasil. Embora uma parte da Saúde Coletiva – eu teria que dizer com mais cuidado – é contra-hegemônica em relação ao modelo flexneriano, seja pelo lado da medicina convencional, seja pelo lado da Saúde Pública institucionalizada. Parte da Saúde Coletiva, eu diria na brincadeira, tem vocação para ser oposição sempre. Parte. Mas sempre uma parte só.

Como vê a Abrasco e o Cebes na trajetória do campo da Saúde Coletiva no Brasil? Que papel assumiram? Como se comportaram? Que disputas travaram? Quais suas bandeiras de luta? Quais suas prioridades? Que influência tiveram e/ou ainda têm para o campo?

Penso que historicamente há vários momentos de enfrentamentos e de disputas. Em um primeiro momento, a grande disputa era entre os que defendiam o público *versus* os que defendiam o privado, o mercado. Carlos Gentile é o exemplo da luta contra a privatização. Em torno de Gentile de Mello, vários jovens sanitaristas, ou vários jovens socialistas da saúde, se enturmaram denunciando as iniquidades que existiam naquele sistema de saúde e propondo outro, como também as iniquidades que geravam os problemas da distribuição das doenças e da saúde na população. Penso que o primeiro recorte é esse: os que eram oponentes da privatização e os que eram defensores da privatização. Nesse particular, a emergente Saúde Coletiva se associava à Saúde Pública convencional, que também era contra a privatização. A Faculdade Pública de São Paulo tem um documento histórico criticando o plano de saúde do governo Leonel Miranda, isso em pleno 68. Então, a Saúde Coletiva emergente tinha, nessa luta contra a privatização, uma proximidade com a Saúde Pública e com os tecnocratas da Previdência Social. Os que defendiam a estatização dentro da Previdência Social, os que defendiam um controle maior do Estado, figuras dentro da Previdência, nem mesmo na época da Ditadura, que tinham um diálogo grande com a Saúde Pública e a Saúde Coletiva emergente. Desde Gentile de Mello, que era médico do Hospital da Lagoa; passando por Nildo Aguiar e por Murilo Bastos. Dentro da Saúde Pública, Mário Magalhães da Silveira teve um papel muito importante no final do governo de João Goulart, de pensar as relações de desenvolvimento, de pensar a municipalização, de pensar as ações simplificadas de saúde *versus* a medicina; esse era um momento. A outra luta também fazia um campo diferente. Aí já havia gente de um lado e do outro, dentro do próprio público, os que defendiam, ou – se não defendiam – conviviam com a Ditadura, e os que eram oponentes da Ditadura. No campo da Saúde Coletiva, ainda hoje, há várias lideranças, ou figuras, que serviram aos governos da Ditadura, do Ministério da Saúde; é possível identificar ainda hoje. Já em relação à Democracia e a Ditadura, já havia diferenças dentro do campo Público. Em determinados momentos, havia os sanitaristas, havia os tecnocratas da Previdência e havia os socialistas, os marxistas da saúde; essas três configurações eram vistas no início, anos 70 e 80. Com a VIII Conferência Nacional de Saúde, dentro do campo democrático, há um grupo muito vinculado ao Ministério da Saúde, à FIOCRUZ; e um grupo muito vinculado ao INAMPS, Hésio Cordeiro, José Noronha, Temporão. Isto polarizava em função de se o Ministério da Saúde iria absorver imediatamente o INAMPS, ou não, se teria de aguardar um pouco mais o processo constituinte. Dentro do campo da Esquerda, na própria VIII Conferência, também houve cisões entre aqueles que defendiam a estatização imediata e aqueles que defendiam a estatização progressiva, mas ninguém defendia a privatização. Dentro do campo da Esquerda, mesmo aqueles que defendiam a estatização progressiva, uma parte achava que as Ações Integradas de Saúde (AIS) eram um empecilho para a criação do Sistema Único de Saúde e outros achavam que as AIS e o SUS poderiam ser uma estratégia-ponte capaz de facilitar a trajetória para o Sistema Único de Saúde, cuja corrente eu me incluía. Então, em vários momentos há,

como em qualquer processo político, alianças que se recompõem dessa ou daquela forma. Passando isso para os anos 90, eu admitia que no próprio governo Collor houvesse uma aliança entre os que chamávamos Sanitaristas de Resultados – para poder fazer um contraponto, ou uma comparação com o Sindicalismo de Resultados –, muito pragmáticos que não apoiavam o governo Collor, como os Tecocratas também do INAMPS. Então, o governo Collor tinha, dos dois lados, gente que inclusive participou do Movimento Sanitário. O governo Fernando Henrique Cardoso ampliou ainda mais. Nesse particular, o PT era oposição, o PCdoB era oposição, eu era oposição – porque eu não tenho partido – ao governo Fernando Henrique. Escrevi muita coisa contra, mas muitas pessoas conseguiram ter espaços importantes para avançar dentro do governo Fernando Henrique, como no próprio governo Collor/Itamar. Então, em determinados momentos da Reforma do Estado do Fernando Henrique, havia pessoas importantíssimas do Movimento Sanitário achando que aquilo modernizaria o Estado e facilitaria a implantação do SUS; e outros nomes gritavam isso. Finalmente, hoje, parece que todo mundo está de acordo com o governo Lula. É muito difícil de alguém botar a cara, de haver vozes discordantes do governo Lula. Eu dei a cara à tapa no Congresso da Abrasco de 2003, fazendo uma avaliação dos seis primeiros meses – e o pior é que parecia que não estava errado – já pensando o que aconteceria e o que aconteceu. Mas as próprias entidades como o Cebes e a Abrasco tinham uma posição muito próxima, muito simpática ao governo Lula. O governo FHC não; a Abrasco, sim; o Cebes, não. Mas no governo Lula quase todo mundo estava muito próximo. Só depois é que o pessoal *caiu na real* de que era uma continuação, e veio o Mensalão, veio a Reunião do VIII Simpósio de Política Nacional de Saúde em que saiu a Carta de Brasília. Aí é que os gatos não ficaram todos pardos. Mesmo assim, em 2006, quando vem a ameaça do Alckimin e o Lula, que já se conhecia com todas as contradições, a opção ficou no Lula. Somente uma parte do movimento, por exemplo, o pessoal do PPS que apoiou Alckimin ficou do outro lado. Então, é muito dinâmico para poder falar em um certo senso-comum. O processo político e, portanto, as alianças vão se configurando, se aproximando, se distanciando dependendo dos próprios atores. Agora, como isso bate na Academia, mais uma vez, tem um conjunto de mediações que nós tínhamos que elaborar modelos teóricos muito sofisticados para mostrar as várias setinhas que vão de um lado para o outro.

Você acha que a Abrasco e o Cebes tiveram alguma influência nessa conformação política?

Pontual. O Cebes menos. O Cebes teve um papel muito importante na década de 70, já em parceria com a Abrasco, mas mais diluída na década de 80, e na década de 90, muito pequena a influência do Cebes. Quer dizer, manteve a sua revista “Saúde em Debate” com crises de financiamento. Tem uma expressão muito interessante do Ricardo Novaes, que diz que “cada um começou a cuidar de sua vida”, e uma outra expressão do Volnei Garrafa, quando era presidente do Cebes no início dos anos 90, dizendo que “todo mundo estava cuidando da gestão dos serviços municipais de saúde, e já não tinha tempo para a militância”. O Cebes se esvaziou muito na década de 90. A Abrasco não; pelo contrário. A Abrasco se fortaleceu, se articulou muito com o governo, com o CNPq, com o CAPES e se mostrou cada vez mais pujante, em termos desse Congresso, mas, de alguma maneira, eu diria, mais ambivalente do ponto de vista político, não querendo se comprometer muito com posições mais radicais.

Mas a participação da Abrasco foi importante para a legitimação do campo.

Com certeza. Muito importante. A tese da Belisário sobre a Abrasco mostra isso. O livro recente da história e da trajetória da Abrasco, de Lísia Lima e José Paranaguá Santana, é muito eloquente. É muito eloquente, não só da contribuição da Abrasco, mas com os vínculos dos dirigentes da Abrasco com a ocupação de cargos políticos. Está tudo lá no livro.

Eu queria delimitar o período da pesquisa na criação da Abrasco, mas, em minhas andanças, eu descobri que não seria suficiente para o que eu queria estudar; mas é muito marcante, na verdade.

Eu não tenho dúvida que a Abrasco, enquanto entidade, é vitoriosa. Se fôssemos fazer um balanço entre as perdas e os ganhos, eu não tenho dúvida – tenho defendido, inclusive, a Abrasco contra determinados setores que hoje tentam polemizá-la; senão polemizar, combater a Abrasco – eu penso que temos de ter não só uma generosidade, mas uma perspectiva dialética para entender essas perdas e esses ganhos e

que nós tenhamos mais ganhos, fortalecendo a Abrasco do que criando cunhas desnecessárias.

Você imagina a conformação desse campo sem a Abrasco?

Seguramente! Porque a Abrasco é um sujeito-coletivo, intelectual-coletivo, é a organização que o campo teve. Como se pode fazer mudanças sem ter organização, propostas de mudanças sem organização? São retóricas, são movimentos ideológicos. Ou você se instala enquanto constelação, ou como cristalizações de poder, para poder fazer mais as coisas – e a organização é central nisso – ou você fica apenas como retórica, como discurso preventivista.

Como você está vendo esse movimento das graduações em Saúde Coletiva? Você acha que isso será um avanço para o campo, ou pode ser algo que fragilize por sua, ainda, indefinição consensual entre os atores que hoje compõem... O medo de que isso possa ser algo que não seja articulado de tal forma para fortalecer o campo.

Inicialmente, eu tenho estudado alguns temas, para fins de análise e de descrição, considerar diferentes momentos. Eu penso que tem o momento da idéia, o momento da proposta, o momento do projeto, o momento do movimento, o momento do processo, o momento da política e o momento das práticas. Eu sou um entusiasta do momento da idéia, do momento da proposta e do momento do projeto. Até aí, eu sou inteiramente entusiasmado com a idéia, a proposta e o projeto que estão se conformando para a graduação em Saúde Coletiva. Tenho um texto sobre isso. Isso é uma idéia que tem no mínimo quinze anos, documentada, pelo menos há quinze anos. Eu considero que o Campo da Saúde Coletiva já tem maturidade teórica, científica, epistemológica, técnica e operativa suficientes para criar uma profissão dentro da área. E nada me diz, porque essa profissão só pode ser feita no nível da pós-graduação e não na graduação. Até agora eu não consegui um argumento que me convencesse do privilégio do monopólio da pós para poder formar esse novo sujeito. Por isso, eu estou inteiramente afinado com a idéia, com a proposta e com o projeto. Agora, quando se instalam movimentos que iniciam processos, do ponto de vista da construção histórica, me sensibilizam bastante. Eu aprendi um pouco com Francisco Machado, um mineiro, e com Mario Testa, um argentino, que o mais fundamental é iniciar processos e constituir sujeitos deste processo, sem que se tenha claramente uma imagem objetiva para poder ver onde chegará. Então, eu aposto muito mais em iniciar processos, do que na segurança de onde se chegará. Por isto, eu tenho uma simpatia muito grande sobre este movimento, esse processo, apesar de eu não estar muito inserido nele. Agora, como movimentos e como processos que podem gerar políticas e práticas, podem ser inteiramente políticas e práticas oponentes àquilo que foi conjectado no projeto, na idéia e na proposta. Aí, nesse momento, eu vou começar a ser crítico, mas, por enquanto, não. Eu tenho a maior simpatia, o maior entusiasmo, tanto pelos grupos – que, com todas as dificuldades, estão tentando criar dentro da academia esses espaços de graduação – quanto, em relação às redes e os diálogos que estão se formando. Em determinado momento, há uma polarização aqui e ali, mas eu penso que é natural nesses processos. E também, com um certo movimento para acolher essa proposta, seja da Abrasco com algum retardo, e, mais recentemente, o próprio Ministério da Saúde também está atento.

Acha que é maturidade fortalecerá?

Pode fortalecer o campo. Agora, quando isso se transforma em políticas de Estado, via academia, em práticas do sujeito, é a vida, a história e suas contradições que mostrarão o que se tem de fazer.

Entrevista com Madel Terezinha Luz

O que é Saúde Coletiva?

Escrevi dois artigos que estão para ser publicados na revista “Saúde e Sociedade”. Um se chama “Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade no Campo da Saúde Coletiva”, e esse é um artigo muito bom; o outro se chama “Contribuição Específica das Ciências Sociais e Humanas para

o Campo da Saúde Coletiva”. Esses dois artigos dão algumas idéias. Então, eu entendo Saúde Coletiva como um campo de saberes e práticas, que são disciplinas específicas e formas de também de intervenção e de prática. Portanto, releva do conhecimento, da produção de conhecimento, e releva de uma práxis. O que isso tem como consequência? É que a Saúde Coletiva tem um duplo paradigma: o paradigma da produção de verdades, que é aquele do conhecimento, que releva da *theoreme* e da *episteme*; e o paradigma que releva da intervenção, da eficácia, portanto. Aí você tem algo que é específico nas Ciências Humanas e nas Ciências Sociais: você não tem que ter uma eficácia; o seu conhecimento não é regido pela questão da eficácia. Na Saúde Coletiva, mesmo que você esteja na área de Ciências Humanas da Saúde Coletiva, eventualmente ela tem que ser um instrumento adequado para que haja uma produção, ou de políticas, ou de ações que tenham uma eficácia em relação à vida, a vida de sujeitos individuais ou de sujeitos coletivos. Essa é uma especificidade da Saúde Coletiva. Primeiro, essa é uma forma de produção de conhecimento de vanguarda, porque necessariamente multidisciplinar, para começar, mas ela também tem a tendência a ser interdisciplinar. Ela trabalha a partir da pesquisa com olhares diversificados, e a produção do conhecimento é fruto desse olhar diversificado, mas integrado no projeto da pesquisa. Portanto, não são várias disciplinas que cada um olha e diz o que acha, mas o fruto daquela interrelação. Isso é vanguarda. Atualmente, a tendência do conhecimento vai nessa direção, do conhecimento como um todo, só que a Saúde Coletiva já está nisso há tempos. Então, como ela é um campo que se estrutura como campo nos anos 70, ela já se propõe a ser assim; ela trabalha como esse modo de produção discursiva que inclui essa idéia de que há a produção de conhecimento através de proposições verificáveis, verdadeiras e não-verdadeiras. Você tem, assim, o autor político - seja o Estado, seja os movimentos sociais - e você tem a sociedade como um todo e a comunidade de pares, daqueles produtores de conhecimento que estão o tempo todo em interlocução. Então, não adianta eu descobrir que tal coisa é verdadeira, porque não faz nenhum efeito se aquilo não tiver ou uma demanda do Estado, ou uma discussão da sociedade, ou uma proposta dos pares que aceitam ou não aceitam. O contexto de produção de conhecimento da Saúde Coletiva é esse, de diversidade na própria produção. Isso supera o paradigma da Modernidade; vai além dele.

Você acha que, para a época que começou a surgir, isso foi algo que não se pensava fazer, é algo do Brasil?

Eu penso que isso é tipicamente brasileiro. Ainda hoje, o modelo relativo à questão da produção do conhecimento, e da comprovação e da proposição de Estado para esse Campo, é muito centrada na Saúde Pública, em um modelo tradicional da Saúde Pública que detecta epidemias e endemias. Então, com a ferramenta da Epidemiologia, se elaborarão políticas de intervenção de controle, de erradicação e de promoção. Em muitos países ainda é assim; na verdade, é predominantemente assim. Alguns países da América Latina já começam a entrar nesse mesmo tipo de percepção: o México, a Argentina em parte. É algo que está tomando espaço a partir dessa proposta brasileira que, na verdade, nasceu de vários campos. Nasceu da Medicina Preventiva, nasceu das Escolas de Saúde Pública e nasceu, também, de políticos, de pessoas tinham um projeto de Políticas de Saúde. Então, você tem atores institucionais e atores sociais que desejam superar um certo tipo de políticas de saúde e de instituição, também, de saúde. Quando você diz “superar uma política de saúde”, é superar políticas verticalistas, centralistas, mas, quando você diz “superar instituições de saúde”, você não quer mais o modelo hospitalocêntrico; você quer um modelo em que a atenção e o cuidado se desloquem para outra forma de organização institucional. Então, a superação é dupla. O Hésio Cordeiro, presidente do INAMPS, do meu ponto de vista, é o mais importante organizador de inovação em políticas de saúde, porque as Ações Integradas em Saúde (AIS) e o SUTS que ele criou a partir da Previdência Social, eram realmente as portadoras nessa política de princípios que vieram a ser incorporados no SUS: descentralização, regionalização, controle social e gestão participativa. Essas coisas já estavam nas propostas do Hésio. Em 1974, eu estava ensinando Teoria Sociológica e Metodologia na Pesquisa na PUC, como eu também fazia na UFRJ, no Instituto de Filosofia e Ciências Sociais. O Hésio me chama, porque ele estava organizando, com outros colegas, um mestrado em Medicina Social multidisciplinar que, na época, incluía Sociólogo, Filósofo, Economista, Cientista Político, Demógrafo. Ora, você pode imaginar que eles olhariam a saúde desses diversos pontos de vista, dessas perspectivas. Eu achei aquilo muito avançado. Em 74, era muito avançado. Você tinha o Roberto Machado com essa questão da Filosofia, do Foucault. O Instituto de Medicina Social foi um dos que trouxeram Foucault para o Brasil. Você tinha o José Luis Fiori, que era um cientista político e economista que, na época, tentava ver de uma maneira mais ampla da Economia

Política. A Maria da Conceição Tavares, o Jurandir Freire Costa e o Joel Birman, que são os primeiros a serem formados. Tinha muito poucos epidemiólogos. A Epidemiologia nunca foi o elemento detonador do Instituto de Medicina Social, da proposta do Mestrado; mas sim, a política de saúde vista de um olhar múltiplo, de um olhar abrangente, multidisciplinar. Então, já naquele momento estava ali a semente da Saúde Coletiva. Porém, em 78, essas pessoas que eram da área da saúde estavam todas ali: Jairnilson Silva Paim, José Carvalho Noronha, Reinaldo Guimarães e também um pessoal da USP, da Medicina Preventiva da USP, o pessoal da Bahia, do ISC da Bahia. Eles estavam com um projeto de que as políticas saúde tivessem um outro contexto completamente diferente e que ele fosse centrado na questão da Saúde Coletiva. Daí também, nascerá a Saúde Coletiva e uma organização brasileira em relação à Saúde Coletiva: a Abrasco, no final dos anos 70. A Saúde Coletiva é um passo importante nessa história da produção do conhecimento no campo da saúde, e os atores são esses que eu falei, são instituições, em geral, de ensino no campo da Medicina Preventiva, da Saúde Pública e são políticos, que querem realmente um outro projeto de saúde, de política de saúde, para a população.

Já que você falou do IMS que, na verdade, foi o primeiro programa de pós-graduação em saúde coletiva constituído no Brasil, como você enxerga o papel do IMS, como um dos atores que foi responsável?

Eu sou um pouco suspeita para falar, porque eu sou uma parte interessada, nesse sentido, porque eu faço parte desde o início da criação do mestrado. Eu estou entre os fundadores daquele mestrado. Não fui eu quem tive a idéia; eu fui chamada para uma idéia que existia, mas a partir daí eu ajudo a construir as coisas também. Um campo que eu ajudei a construir foi, justamente, o campo dos estudos sobre políticas e instituições de saúde. Eu já tinha a intenção de fazer um doutorado, porque eu era só mestre naquela época e ninguém tinha doutorado. Minha intenção era fazer um estudo sobre políticas e instituições de educação. Eu ia fazer isso na USP. Porém, quando eu vim para a Medicina Social, falei: “Ah! Então, vou fazer sobre as instituições de saúde, as instituições médicas”, porque eu vi que elas exacerbavam as características do objeto que eu queria estudar em educação, que é a relação entre política de Estado, instituição e sociedade civil. Então, estes estudos começaram aí. Até então, tinha um trabalho da Cecília Donnangelo, que era também uma cientista social, uma socióloga, que foi fundamental para colocar as ciências sociais no campo da saúde lá na USP, na medicina preventiva. Ela sofreu o *pão que o diabo amassou*, mas ela colocou isso nesse artigo sobre o papel específico das ciências sociais no campo da saúde. É importante conhecer o papel desses pioneiros, senão se perde a memória do campo, e a memória do campo também é importante para o campo.

Que atores você identifica como relevantes para a Saúde Coletiva no Brasil?

Tinha o trabalho da Cecília Donnangelo; eu fui amiga dela. Ela inclusive esteve na minha banca de doutorado, nós nos correspondíamos, trocávamos idéias. Ali havia, no núcleo da medicina preventiva, o doutor Guilherme Rodrigues da Silva, que chegou até a professor titular, mas com muita dificuldade também, porque havia muita resistência daquela tradição. Tinha o Jairnilson Paim. Um pouco mais jovem, o Naomar, nos anos 80. Tinha uma geração a partir desses pilares que você coloca, assim que você vê uma geração que vem em seguida que erguerá aquilo. A Miria é uma pessoa importante nesse campo também. Depois vem um conjunto de pessoas. Aqui no Rio, terá Cecília Minayo. Na Escola Nacional de Saúde Pública, haverá um grupo de pessoas que serão importantes. Estou falando muito mais do pessoal das ciências sociais, mas você tem também das políticas. O próprio Jairnilson Paim não é um sociólogo nem um antropólogo, mas ele tem um papel para as políticas de saúde, para reflexão. É uma reflexão que tem um olhar para as ciências sociais; não é uma reflexão de gerente ou de gestor – ele tematiza aquilo – então, é um olhar de cientista social que ele tem, apesar de não ser formado dentro dessa coisa. Então, eu penso que há diversos atores em diversos núcleos do País: Bahia, São Paulo, Rio de Janeiro. Possivelmente, esquecerei de alguns, farei injustiça a pessoas que, em outros locais, estavam também pensando nisso. Mas começam a *pipocar*, nos anos 80, vários centros, a partir desse.

Você identifica alguma marca em relação à produção que foi feita em Campinas?

Sim, Campinas, por exemplo. O Everardo e o grupo que ele coloca. Também são importantes as pessoas que estão ali, que tiveram um papel na política. O Gastão Wagner, que foi muito, muito importante em um

determinado momento da descentralização. Tem várias pessoas, até para o nordeste. O Eymar, mais tarde, mais nos anos 90, quando a coisa começa a fluir. É como uma fonte onde aquilo começa a correr, aquilo vira um rio e vai avançando.

Que produções foram marcantes na história da Saúde Coletiva no Brasil? Alguns marcos, revistas...

Eu estou fazendo um levantamento para Cecília Minayo que é a avaliação do campo da saúde coletiva de 97 para cá, e tem 15 periódicos em cima da saúde coletiva... As revistas são importantes, porque uma parte dos artigos é interessante. Entretanto, há obras e livros que também são importantes. Nesse campo das políticas e instituições, eu penso que as instituições médicas do Brasil são uma das obras interessantes desse período do fim dos anos 70 primeira metade dos anos 80. Ele teve um papel importante. Tem o livro da Cecília Donnangelo, "O Médico e seu Mercado de Trabalho", que é dos anos 70. O Everardo andou produzindo também um livro... Ah, sim, tem o livro do Sérgio Arouca, "O Dilema Preventivista"... é a tese de doutorado dele...

Você acha que foi marcante?

Eu penso que, para uma geração de médicos, foi importantíssimo. É muito importante para os sanitaristas superarem uma visão muito centrada em Canguilhem, que são filósofos. Sobretudo a filosofia e a epistemologia, com Bachelar. Para mim, aquilo é o natural, é o meu meio ambiente, mas eu imagino que deve ter produzido um efeito de ruptura e superação na cabeça dos preventivistas. Penso que é nos anos 80 que tem uma eclosão. A tese do Arouca demorou uma década para ser publicada, porque, nos anos 70 até metade dos anos 80, tinha a censura da ditadura. Então, se essas pessoas tivessem alguma marca nos órgãos de censura, era difícil para elas publicarem. Mas, a tese é conhecida de todo mundo. Também tem os trabalhos da Bahia. Um elemento não muito considerado dentro da Saúde Coletiva, é o movimento anti-institucionalista e anti-psiquiátrico. Não foi só Michel Foucault que veio aqui; vieram Franco Basaglia e Roberto Castel. Era um movimento que tinha na segunda metade dos anos 70 e primeira metade dos anos 80, anti-manicomial, anti-institucionalista como um todo; então, tem trabalhos publicados nesse campo.

Como você enxerga, para além dessas obras, das revistas, a Saúde Coletiva?

Eu considero os Congressos, que são um elemento muito importante. A única coisa que eu consegui analisar de produção, eu não estou analisando quantitativamente; eu estou vendo aspectos qualitativos da expansão da Saúde Coletiva, para que lado ela vai, o que se expande dentro dela como temática. Claro que até tem uns queijos, uns gráficos, mas essa não é a questão. A questão é: o que, na Saúde Coletiva, cresce e onde você pode ver isso. Mais do que nos artigos, onde é que você pode ver isso? Onde há um berçário, onde há a incubadora da produção do conhecimento, é nos Congressos, antes e hoje, desde quando começou existir a atuação forte da prática para os Congressos. Antes você tinha os Congressos Paulistas de Saúde Pública; aí começou o Congresso de Saúde Coletiva mesmo. O primeiro foi no fim dos anos 80, início dos anos 90...

Em 92, foi em Porto Alegre. Foi na época que a Maria Luiza era Secretária de Porto Alegre.

Penso que era o II ou o III Congresso. Antes o Congresso de Saúde Pública era de São Paulo. Então, você vê a expansão das áreas, você a vê a especialização delas, você vê a substituição progressiva da instrumentação pela Epidemiologia, pela instrumentação das Ciências Sociais, no campo da Política. Há uma virada de olhar do campo da Política, de uma política salubrista e de controle, que tem como instrumento a Epidemiologia, para uma de pensamento da saúde, da população, dos sujeitos, que se apoiam no instrumental das Ciências Sociais.

Mas, pelo fato dos Congressos, ou porque antes talvez...

Não, não é o fato dos Congressos... Isso se exprime nos Congressos: essas coisas, esse surgimento, esse fervilhar de novas idéias que vêm da prática, dos profissionais, que vem das universidades, dos

estudantes de mestrado, de doutorado, que vem do pensamento dos professores que estão escrevendo. Isso se escoia no Congresso. O produto definitivo, aquele que fecha a coisa, o artigo ou o livro, ele é posterior ao Congresso em geral. O Congresso é o nascedouro disso. É como se fosse aquela fontezinha que pinga aquelas gotinhas; depois mais adiante você vê, é um rio. Eu penso que os Congressos têm coisas muito interessantes, porque você nota como uma temática começa a aparecer ali. Como? No outro Congresso aquilo já se expandiu...

Os congressos eram só de Saúde Coletiva; depois que surgiu o de Ciências Sociais e o de Epidemiologia. Também por demanda...

Porque vai aumentando, o rio vai ficando tão caudaloso e é tanta demanda de expressão que as áreas que compõem o campo também buscam se especializar. Aí você vai tendo os Congressos de Epidemiologia, os Congressos de Ciências Sociais. Em 91, começa o de Ciências Sociais, o primeiro. O que que acontece aí? Se você pegar só os Congressos de Saúde Coletiva, você tem a impressão de que tem menos produção da Epidemiologia, ou menos produção das Ciências Humanas. O que acontece é que uma parte começa a ser desaguada nos Congressos específicos. Por exemplo, no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva de 2006, a produção de Ciências Sociais diminuiu. Que hipóteses você faz? Há duas hipóteses. Uma delas é que o rigor em relação às Ciências Sociais foi muito grande, porque era um Congresso Mundial de Saúde Pública, que foi no Rio de Janeiro, e isso realmente aconteceu; mas também aconteceu que, em 2005, houve um grande Congresso de Ciências Sociais e Humanas, em Florianópolis e, em 2007, ia ter outro Congresso de Ciências Sociais. Então, as pessoas já tinham escoado antes e ainda não tinham produzido alguma outra coisa... Ou o que mandariam no ano seguinte, não dava. E, ao mesmo tempo, aqueles que mandaram, também sofreram um rigor mais severo. Foi muito comentado que os estudos qualitativos foram muito rejeitados nesse Congresso de 2006 pelos analistas, avalistas. Eu não posso dizer nada, porque eu nem estava no Brasil... Eu fui fazer pós-doutorado de agosto a dezembro. Quando eu voltei, quase todas as avaliações já estavam em curso, e eu não era membro dos comitês. No de 2007, de Ciências Sociais, aí sim, fiz parte do Comitê. Houve um rigor bem grande em relação à elaboração de comunicações. Esses princípios mais duros, da ciência dura, acabam tendo um impacto sobre o modo de expressão das Ciências Sociais.

Você acha que essa “especialização das áreas”, ou um pouco da separação entre elas, fragilizou o campo como um campo.

Não. Eu penso que estão acontecendo dois movimentos distintos. Um movimento em direção à interdisciplinaridade, mesmo no subcampo da Epidemiologia. Eu pude constatar isso no Congresso Mundial no Brasil, que aconteceu em Porto Alegre: nunca se falou tanto em Ciências Sociais e Humanas em um Congresso de Epidemiologia, como nesse, verdade seja dita. Então, eu penso que há um movimento de integração de Ciências Sociais, como Ciências Sociais. Não é método qualitativo não, dentro da subárea de Epidemiologia, portanto, a busca de interdisciplinaridade. Também existe o outro movimento, que é o de separatividade no sentido da especialização dos saberes, que também acontece. Esse movimento tenciona a integridade do campo; não que ele consiga, mas ele tenciona.

De onde surge esse movimento? De que desejo?

É um desejo especializante. A epidemiologia segue as normas mais próximas das biociências, das ciências exatas, das ciências duras. Sua forma de expressão, no ponto de vista discursivo, é distinto das ciências sociais mesmo das políticas de saúde. Então, eles gostariam de absorver apenas aspectos metodológicos dessa ciência e não aceitá-la como campo de expressão também. Eles se apóiam muito na questão da produtividade; são muito afins com a política de ciência e tecnologia estatal, e isso impõe um determinado tipo de ritmo na produção que não é o das ciências humanas. Isso pode gerar tensões no campo como um todo.

Você acha que isso vem pela ciência?

Olha a própria lógica das ciências. A lógica discursiva é uma lógica investida de poder simbólico; ela não é pura. Então, se você apóia essa lógica discursiva específica, você vai querer afastar outras formas.

Então, se você entende a ciência como um discurso de poder também, não é apenas a explicitação de verdades de descoberta. Então, sim, vem pela ciência, sim. Evidentemente que, atrás desse discurso e dessas situações, há atores dispostos a ocupar espaços de poder e eliminar outros. Se você está trabalhando com um bom dinheiro, você tem que aceitar que essa é a lógica da coisa, então, é assim. Por outro lado, também as ciências sociais têm a obrigação de buscar ocupar seu espaço, de ocupar espaço do outro subcampo que o das políticas de saúde, o que vem fazendo. E também de impor o seu modo de expressão, o que também vem fazendo. Não é à toa que, na CAPES, em nossa área, já se aceita como equivalente um artigo original e um capítulo de livro que seja original também, com boa fonte de publicação, que seja uma editora qualificada, não no sentido XXX, mas que seja realmente reconhecida, qualificada. O problema é o não-reconhecimento dessa fronteira avançada, e aí você está perdendo tempo. Podia já estar lá, porque esse é o modo de produção de conhecimento do futuro. Se você quiser fincar pé no modo de produção da modernidade em função de posições de poder, não dá certo. O modo de produção da modernidade é a física, a matemática, a química, como guias. Não, por favor, não é mais suficiente.

Você vem enxergando que esses tensionamentos representam alguma possibilidade de crise do campo, um abalo do campo como ele foi pensado, essa disputa...

As crises são normais; elas acontecem. Agora mesmo você pode olhar e ver um início de crise nesse sentido. Já foi pior. Um nome como a Rita Barradas se elege como representante da área... você tem aí um elemento da vanguarda do conhecimento no comando da representação, mas se você botar outras pessoas nesse comitê em maioria, então, você terá um retrospecto. Eu penso que faz parte do jogo, e não adianta se iludir de que pode ser diferente. No conhecimento, você também caminha através das crises. Eu acho que isso é possível.

Superar esses momentos de tensão e continuar...

Eu penso assim: a primeira condição para que haja essa superação e que a coisa não seja disruptiva, não leve, por exemplo, a programas se fecharem em um modelo disciplinar - o que do meu ponto de vista é um atraso face à natureza poli e interdisciplinar campo - é você admitir a diversidade, a diversidade teórica, a diversidade de expressão, a diversidade de produção, e não desqualificar outras formas de produção discursiva, diferente da sua. Se você for capaz de lidar com essa diversidade e mais adiantadamente interlocutar na diversidade como faz uma pessoa como Rita Barradas, aí sim, você está trazendo unidade para o campo e fazendo com que ele avance em termos disciplinares. Ele será transdisciplinar. Ele já estará realmente no futuro e não no passado. Ele estará no Século XXI para frente e não no século XVII, XVIII.

Com que papel e em que lugar você se insere no campo da Saúde Coletiva?

Eu me vejo como uma socióloga no campo; sempre me vi assim. Uma socióloga que trabalhou, primeiramente, com um tema das políticas e instituições de saúde: esse foi o meu tema inaugural. Com toda a honestidade e sinceridade científica e intelectual, eu trabalhei esse campo e ofereci o que pude para que outros pesquisadores, alunos, gestores e profissionais se beneficiassem desses frutos de pesquisa. Aparentemente, até hoje se beneficiam, não sei. Em seguida, eu me vejo como uma pesquisadora que deu oportunidade a que outras racionalidades em saúde e em medicina fossem vistas no sentido científico como tal. Serão analisados e, não apenas isso, elas poderão fazer parte dos marcos das políticas de saúde. Eu comecei isso nos 80 e até hoje eu ainda estou estudando, embora o meu tema de pesquisa não seja este. Este foi meu tema de pesquisa da metade dos anos 80 para os anos 90: essa questão das práticas de saúde, ajudando as pessoas a ver como a imersão de práticas corporais de saúde é um fato social importante e cultural, como as pessoas tentam lidar com as questões de saúde através destas estratégias de práticas que elas desenvolvem e como isso também poderia ser um olhar do estado em suas políticas. Eu nunca tive um olhar teórico, puramente teórico, ou então, contemplativo, ou diletante. Sempre havia ali um interesse na saúde coletiva, da saúde das pessoas e, portanto, como essa saúde podia ser afetada através de políticas adequadas com práticas que fossem incluídas dentro do sistema. Então, eu sinto que esse foi o meu papel. Por último, o que eu venho fazendo na última década é a idéia de como as políticas de ciência e tecnologia e o regime de trabalho podem produzir

adoecimento dos profissionais de saúde e dos pesquisadores. Essa é uma contribuição interessante que eu fiz enquanto socióloga. Quando me aposentar e sair do Instituto de Medicina Social, embora eu continue ajudando através de meus alunos, eu serei socióloga, na Sociologia do Trabalho, Sociologia do Conhecimento. Eu não deixarei jamais de ser socióloga. Fazendo uma piada, eu posso dizer: “eu estive aí passando uma chuva, uma longa chuva”, mas o meu olhar nunca se perdeu da Sociologia.

E dentro do Instituto?

No Instituto de Medicina Social, eu fiz parte de um momento importante, um bom momento, um momento de fundação. Atravessei três décadas lá, e acredito que seja hora de eu deixar espaço para as novas gerações que queiram fazer outro tipo de gestão, com outro tipo de pensamento, dirigido a outras pessoas, com outra ideologia, o que ele acharem mais adequado. Faz parte também.

Como você analisa a relação entre as práticas em saúde e os debates e produções do campo da Saúde Coletiva?

Isso está crescendo. Eu tenho uma vocação de bandeirante, de abrir clareira na mata a facção. Então, vou *cortando a facção*. Quando começou o debate do final dos anos 90, em 97 e 98, eu lancei aquele primeiro artigo, “Novos Paradigmas de Saúde no Fim do Século XX”. Ele era pequeno dentro do Campo da Saúde Coletiva, nas Ciências Sociais e até na Antropologia. A Antropologia começou no finalzinho dos anos 90. Essa discussão foi crescendo no ISC, onde há um núcleo que trabalha com isso. Na UFRGS, tem um grupo que trabalha com essa questão. Eu mesma formei várias pessoas que trabalham com essa questão; ainda estou formando mestrandos e doutorandos. Então, é uma discussão que está crescendo dentro do campo. Assim, as práticas existem na sociedade civil. O Estado resolveu incorporar essas práticas através de sua política e do Plano Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Dentro da Saúde Coletiva, a discussão está crescendo, mas a aceitação acadêmica das práticas ainda é muito restrita, porque, nesse caso, há uma influência médica grande ainda. Há uma influência médica, não no sentido dos médicos, porque os médicos mandam praticar, mas, da medicina como saber. É que a prática, para a medicina e para as biociências em geral, é o oposto da racionalidade. É o dilema milenar da sociedade ocidental, *theoreme versus práxis*. Nós não conseguimos. Para mim, é uma coisa perturbadora, que me causa perplexidade, porque as sociedades orientais não têm essa dicotomia; isso não se encontra em sociedades orientais antigas, tampouco nas civilizações pré-industriais, indígenas, ou onde quer que seja. Isso é um fato da ciência moderna. Então, penso que, com passar do tempo, eles terão que dar uma olhada de perto nisso.

Qual a sua compreensão da relação do campo da Saúde Coletiva com os demais campos científicos e suas lógicas de produção das ciências? Acha que a Saúde Coletiva se parece com outros campos científicos? Que diferenças e semelhanças identifica?

Essa é uma pergunta bem difícil, porque campo com campo, fica difícil. Por exemplo, um campo que se assemelha ao da Saúde Coletiva é o campo da Saúde Mental. Eu estive no Congresso Brasileiro de Saúde Mental agora. Aliás, a Saúde Mental nasceu dentro da Saúde Coletiva: é a Saúde Mental Coletiva. Não é nem a tipologia, nem a psicanálise, nem a psiquiatria. Esse campo é similar, o que é compreensível, porque ele nasceu dentro da Saúde Coletiva. Ele está na origem, na gestação da Saúde Coletiva. Ele se especializa com a Associação Brasileira de Saúde Mental, que se chama ABRASME e faz esse Congresso em que eu fui representando a Abrasco. Tem coisas que são próximas, como por exemplo, o Serviço Social, porque tem algo de intervenção, mas aí o marco disciplinar já é diferente. Nós estamos mais próximos da medicina, não a medicina especialidades, mas a medicina comunitária, outros modelos de medicina, até a psicossomática. Tem horas que parece um pouco com a Saúde Coletiva. E nós estamos contíguos, não contínuos, às biociências também. São formas de intervenção na ordem da vida. Então, o que se chama saúde, ou medicina, tem que ter uma eficácia, porque ela intervém na ordem da vida para normatizar. Penso que esses campos, das biociências e das especialidades médicas são contíguos, mas eles têm traços diferentes.

Para você, quem é a comunidade científica da Saúde Coletiva no Brasil?

Eu não gosto da palavra *comunidade*; eu prefiro a palavra de uma amiga chamada Máira Baumgarten, que é uma gaúcha que escreve sobre produção do conhecimento. Ela chama *coletividade científica*. Comunidade é um termo empregado a partir dos anos 50-60, em Serviço Social e Sociologia, ligado à idéia funcionalista de que você teria um funcionamento social de mini-sistemas. Então, não sou adepta dessa idéia de comunidade, mas de coletividade científica. A coletividade científica não foge a essa idéia do campo, das disputas de campo e dos interesses que estão ligados a essas disputas. Seja esse interesse o capital simbólico de manter o domínio no plano simbólico; seja na questão do financiamento, porque atualmente toda a atividade de pesquisa é financiada pelo Estado, e as pessoas disputam lugares de financiamento. Então, eu penso que não tem comunidade; você tem uma coletividade de pessoas segmentadas que lutam por seus interesses. Um problema que eu vejo na coletividade científica, é que eles se vêem como coletividade mesmo, como indivíduos. Eles não se vêem nem como comunidade, nem como força de trabalho. Eu, pessoalmente, tendo a ver que, se eles não começarem a se enxergar como força de trabalho coletiva, eles serão, aos poucos, assimilados ao Estado e, em breve, não mais produzirão senão o saber tecnocrático, tecnológico, sem nenhuma inovação real e inventividade. Mas isso é uma visão pessimista mais para o futuro.

Você acha que os atores, como eles se colocam hoje, acabam se expondo a essa possibilidade?

Sim, porque eles aceitam as políticas de ciência e tecnologia do Estado como inevitáveis, ou como boas políticas, quando não são. Não são políticas adequadas.

Não questionam...

Alguns questionam, poucos. Há pouco movimento de contestação se você comparar com outros países, na Europa. Nos Estados Unidos mesmo, está havendo um grande movimento dos cientistas enquanto força de trabalho. Quer dizer, assim também não. Há muita competição interna, muita batalha para passar na frente. Tudo isso está publicado em artigos meus. Eu penso que essa coletividade deveria ficar mais atenta para as manipulações em que ela se envolve pelo Estado, para quê... Tem hora que ela parece literalmente *o burro correndo atrás da cenoura*. Então, isso é difícil. É difícil conviver com essa pouca criticidade. São coisas acrílicas em relação às políticas de ciência e tecnologia. Eles são críticos aos assim chamados pares, mas, em relação às políticas, não são críticos. Essa é uma questão complicada.

Institucionaliza...

Institucionaliza o saber, a produção do saber que, como já é tecnológica, ela se tornará pura tecnicidade. Não haverá assim uma visão crítica. Todo o conhecimento, sobretudo o teórico, se ele não é analítico, não é crítico, ele não é conhecimento; ele é ideologia.

Não que o Estado não possa apontar...

O Estado é um ator e ele coloca as suas questões. Essas questões, inclusive, podem ser mais universalistas do que aquelas colocadas pela coletividade. Em relação ao tempo dos antigos catedráticos que tinham aqueles nichos e o Estado dava aquele dinheiro só para aquela cátedra, é um avanço, sem dúvida...

Temos os nossos percalços, o que acaba engessando o processo. Como você percebe a relação dos critérios de produção das ciências (CAPES) no desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil? E atualmente, qual a relação?

Aí eu vou pedir para você ler os artigos. Está tudo escrito lá. Esse artigo saiu agora, nessa revista, Sociologia Política. Então, é isso que eu sou: sociologia política, sociologia do conhecimento, é isso aí que eu faço.

A lógica de funcionamento dos comitês de ética influenciou na produção científica do campo da Saúde Coletiva? Como vê a influência dos comitês no desenvolvimento de pesquisas do campo?

Eles tendem a ter. Eles tendem a se tornar lugares de poder simbólico.

Eles seriam mais um dos atores...

É, é um ator que eu vejo que tem que ser, tem que encontrar seu espaço, seu enquadramento na normatividade. Não penso que comitê de ética tenha que dar palpite na metodologia qualitativa, que uma pessoa fará de entrevista com profissionais. Fizeram isso com uma dissertação de mestrado de uma aluna minha, que entrevistará profissionais que trabalham com pacientes de hospital e de ambulatório psiquiátrico fora desse ambiente, para ver, através da prática de lazer e prazer que é o bloco carnavalesco, como esses profissionais ressignificam o seu trabalho, encontrando ali uma motivação para um trabalho feliz, que não gere sofrimento como trabalho exilar. Foi criada toda uma questão em torno disso, como é que ela ia impedir que gerasse sofrimento e como que ela lidaria com a emoção e sofrimento das pessoas entrevistadas. Bom, são profissionais da área de saúde mental; eles têm que saber lidar com as emoções, não? Em seguida, viu que não era para ver o sofrimento; era para ver exatamente a alegria que as pessoas tinham, fazendo aquele outro tipo de trabalho. Portanto, a pessoa que leu não entendeu o projeto e deu um parecer desfavorável ao projeto. A aluna tem que refazer o projeto, terá que pedir a ampliação, por causa dessa opinião do comitê de ética. Então, penso que tem que enquadrar um pouco mais isso. Em princípio, um orientador tem que saber como estabelecer um método de pesquisa para o seu orientando, não?

Como você analisa a relação da ação política no setor saúde no Brasil a partir da lógica de produção do campo da Saúde Coletiva (dinâmica dos atores, disputas de poderes)? E em relação às demais produções científicas, elas influenciaram as ações políticas na saúde do Brasil?

Sim, acabou influenciando e influencia até hoje. Influencia outros campos de saber. Ela se tornou o quarto ou quinto campo mais produtivo pelos métodos mais duros daquele presidente da CAPES. Além disto, a ação política de saúde específica no Brasil da AIDS, ou da Saúde Mental, têm um papel importante em relação a campos de conhecimento, não só no Brasil, mas em outros países que vêm aqui ver como foi que a Saúde Coletiva produziu isso. Ela tem esse papel de vanguarda, em que os diversos atores estão em interlocução na questão da produção do conhecimento e da aplicação mesmo, da intervenção.

Como vê a Abrasco e o Cebes na trajetória do campo da Saúde Coletiva no Brasil? Que papel assumiram? Como se comportaram? Que disputas travaram? Quais suas bandeiras de luta? Quais suas prioridades? Que influência tiveram e/ou ainda têm para o campo?

Eu penso que a prática tem um papel fundamental de organização do campo do ponto de vista da produção do conhecimento, da atuação acadêmica, da relação com o Estado. Você pode ler outro artigo, "Contribuição Específica das Ciências Sociais", que tem todo um item só sobre a Abrasco. O Cebes é similar a ALAMES. Enquanto a Abrasco se dirigiu, por um lado, para o campo acadêmico, para a qualificação acadêmica da produção, por outro lado, se dirigiu para interlocução com o Estado como um ator. O CEBES seguiu um pouco a trajetória da ALAMES com uma espécie de visão crítica das políticas, visão crítica do Estado, e uma proposta que nós podemos chamar de revolucionária. Tem um olhar vigilante dessa reforma que aconteceu nos anos 70 e 80. Então, ele tem um olhar crítico nesse sentido, assim como a ALAMES. A contrapartida é desse ponto de vista da qualificação acadêmica, e esse tipo de coisa eles não tiveram muita força. Isso faz com que eles não sejam levados em consideração com a mesma importância pelo Estado como um ator com interlocução, porque as coisas caminharam em um sentido da ciência e da tecnologia. Mas isso não quer dizer que o CEBES não seja uma organização importante. Foi e é, diferente da Abrasco.

A Abrasco pretende ser diferente.

É, a Abrasco tem uma relação importante com o Cebes.

Entrevista com Sônia Fleury

O que é Saúde Coletiva?

Eu estava procurando aqui... Um dia, eu achei o que eu entendia por saúde coletiva. Estava em um livro organizado pelo Everardo, um livro antiqüíssimo, preto, da OPAS. Dali eu até tirei para um texto meu, discutindo o que era a constituição desse campo. Essa designação é uma originalidade nacional. Nós tentamos fugir um pouco daquela discussão sobre se a medicina era social ou não era social, sobretudo passando pelo discurso foucaultiano, dizendo que ela sempre foi social. O que nós queríamos mostrar era que o objeto que nós estávamos tomando não era um corpo no individual, mas um corpo social. Íamos trabalhar isso a partir de algumas categorias, o lugar social da prática médica, do ponto de vista dos serviços e da estrutura política, e da determinação social do processo saúde-doença. Era um outro tipo de visão da determinação social da doença, porque era uma clara visão marxista, de mostrar como a estrutura de classes se reproduzia nesse campo do processo saúde-doença. Daí se tirava uma orientação particularmente estratégica sobre como interferir nesse processo. Então, ele era um campo menos campo disciplinar do que um conjunto de disciplinas utilizadas de uma forma a configurar um objeto e também uma prática política.

E você identifica que foi inovador no Brasil?

Eu penso que sim, porque até nos termos terminológicos nós nos distanciamos muito do conjunto de latino-americanos que influenciaram muito o pensamento brasileiro, que continuaram chamando de Medicina Social e que hoje estão pensando em incorporar esse conceito de saúde coletiva. Mas nós trabalhávamos mais ou menos os mesmos eixos, da determinação, das práticas. Eu penso que tudo isso deu uma identidade a uma política não só científica. Não era só um campo científico; era um campo de atuação política. Tinha a visão política de compreensão da saúde do ponto de vista político, diferente dos outros campos de conhecimento. Havia um esforço muito grande dos epidemiólogos para parecer que eram cientistas, mas eu penso que não é bem o caso da saúde coletiva. Ela tinha outros objetivos; queria também saber como interpretar o mundo. Eu penso que a interpretação era muito política, muito no sentido de transformá-lo.

Que atores você identifica como relevantes para a Saúde Coletiva no Brasil?

Atores individuais, eu penso no Juan Cesar Garcia, que foi uma pessoa que nos agregou muito. Esse livro é organizado a partir de discussões com Juan Cesar Garcia, além do Everardo Nunes. Ele nos fez articular com o movimento latino-americano que, naquela época, tinha muito mais punjança do que o brasileiro nessa reflexão. Nauã, Xochimilco, Catalina, Ana Cristina Laurel e Jaime Preu, foram pessoas que circularam muitas idéias, que debateram conosco e, portanto, nos ajudaram muito. Juan Cesar era um ator interessante, porque nos colocava em contato a todos. Isso foi extremamente importante. O programa PESES que foi coordenado pelo Sérgio Arouca foi outro grande avanço, na medida em que a própria construção dele como linhas que eram não só disciplinares, mas galgavam uma relação com aquelas ciências do tipo antropologia na saúde. No PESES, nós tínhamos uma área de economia na saúde, do Braga e do Sérgio Goes; outra parte era já da organização da política de saúde e dos serviços, que antes eu e o Jaime trabalhávamos com a idéia de complexo previdenciário; depois tinha uma outra que era mais histórica, mais antropológica. As ciências sociais dividiram-se um pouco disciplinarmente. Como que cada uma dessas ciências sociais entrava, ou seja, não tinha um discurso próprio da saúde coletiva; era um discurso de como aplicar aquela ciência social para ver a questão da saúde naquele momento. Desse ponto de vista, essa visão simplesmente disciplinar, penso que já se superou muito. Em alguns departamentos de ciências sociais ainda continuam pensando assim, mas a produção como um todo já avançou muito. Então, o PESES foi para mim um momento muito estratégico. Outros centros mais regionais tinham alguma importância, como o da Bahia que tinha grande importância e antecedia o próprio PESES, no sentido da produção. O próprio Jairnilson já começava, mas o PESES também se organizou. Tinha uma área dele que era sobre formação, que é o Chico Gordo que trabalhava nisso, e aí houve esse esforço de formar os núcleos regionais, e ele deu frutos. O Instituto de Medicina Social foi

absolutamente importante para a formação de todos nós. Ele agregou em um certo momento. Na Escola de Saúde Pública, tinha o PESES, mas não a instituição que era extremamente tradicional naquele tempo, que eram as escolas de saúde pública. Onde havia um discurso que era extremamente próprio era no IMS. Eu não saberia identificar. Sei que existiam contribuições importantes do Ricardo Lafetá, em São Paulo, mas eu tive muito pouco contato com os paulistas. No livro do Cebes, eu incorporei um pouco, chamei o Ricardo para escrever; sei que há uma contribuição importante, mas eu mesma fui pouco beneficiada dela.

Que produções foram marcantes na história da Saúde Coletiva no Brasil?

Eu penso que a tese do Arouca, “O Dilema Preventivista”. Ele é um “bunck” dessa área. Nós todos trabalhamos muito a partir daí... Há uma incorporação foucaultiana por vários autores da Medicina Social que trabalharam com Foucault e análise institucional que deu um pulo importante no início e depois deu uma murçada. Na área das políticas – que é minha área - eu penso que o trabalho de economia em saúde do Sérgio e do Braga até hoje tem uma contribuição importante. Nosso trabalho, meu e do Jaime, acabou sendo um dos principais trabalhos, um trabalho clássico sobre a previdência social. Ainda não existia ninguém estudando a previdência no Brasil do ponto de vista das ciências sociais e muito menos da área da saúde. Então, nós demos uma contribuição extremamente original que teve seguidores. E aí são tantos outros... O trabalho da Cecília Donnangelo, em São Paulo, era absolutamente crucial em nossa formação. Tanto o trabalho do Arouca como da Cecília são um nível de reflexão menos aplicada e mais conceitual e foram fundantes do campo. Depois vieram os estudos de um outro nível, onde foram aplicar os conceitos para entender como funcionava a realidade, mas que forem extremamente importantes, porque nós conhecíamos muito pouco do estado brasileiro e de como as coisas funcionavam. Penso que foi um esforço grande de – ainda enquanto ditadura – fazer essa reflexão. “Ciência e Saúde Coletiva” não existia. A “Saúde em Debate” era onde circulavam os debates, e ele foi muito importante. Era um espaço de divulgação, onde se fazia um debate político. Já mais recentemente, a Saúde Coletiva para um campo se organizou mais corporativamente, dentro dos padrões do que é chamado ciência oficial, ou seja, o que é considerado ciência para CAPES; ela tem tido muito êxito também. Eu penso que houve uma esterilização muito grande do que era chamado de saúde coletiva, do que era a origem do conceito de saúde coletiva, que era um conceito transformador... Hoje você vai seguindo aqueles padrões qualis aqui, qualis ali, e você fica qualis nada.

Com que papel e em que lugar você se insere no campo da Saúde Coletiva?

Eu fazia parte desse grupo que participou do PESES. Lá tinha uma produção. Nós tivemos uma contribuição. O nosso trabalho era aquele. Não era um trabalho individual; era um momento de um grupo, que nós refletíamos junto e produzíamos uma coisa do ponto de vista mais aplicado. Penso que o meu trabalho sobre o estado sem cidadão, que é um trabalho mais personalizado, mais teórico, teve uma importância, de introduzir um pouco a discussão de estado de bem-estar social; mas isso também estava sendo feito pelo grupo de Campinas, da Sônia Braide. Trabalhava tudo isso incorporando essa discussão do welfare dentro de um outro marco conceitual. Contudo, essas coisas são muito de fases, e não se produz e nenhum conhecimento; se produz por pessoas. Nós participamos de movimentos epistêmicos, então, naquele momento, nós estávamos produzindo. Eu continuo produzindo para essa idéia de compreensão, para dar uma contribuição para essa área que possa transformar um pouco a sociedade brasileira. Vejo como uma grande contribuição para a saúde, mas não tenho essa formação, não sou dessa área. Eu trabalho para compreender como é que nós faremos a democracia nesse país. O meu tema é democracia, portanto, a cidadania. A saúde é uma área extremamente rica para revelar contradições, para provocar as reflexões e para fazer política.

Como você analisa a relação entre as práticas em saúde e os debates e produções do campo da Saúde Coletiva?

Eu penso que depende de que nível de prática que você coloca, porque há uma prática em saúde que é a prática de gestão. Essa prática é tributária do que nós fizemos. Não diria necessariamente que é a prática no sentido da atenção e do cuidado, porque eu penso que nós não chegamos a alterar em absolutamente nada essa prática. É alguma coisa em que este grupo chegou a influenciar, não se pode

negar, enquanto coletivo e depois sucedido pelo CONASEMS, por todos os outros esforços. Aí a ABRASCO tem uma grande contribuição com seus congressos e tudo mais. É a difusão de um certo modelo de compreender e de interferir na gestão, na área do planejamento. Nada disso existia antes. Então, penso que tudo isso é muito fruto de um trabalho coletivo e de como ele foi difundido pelo país, pelos gestores, que se transformou em política pública e passa a ter exigências. Se pensarmos o que era o planejamento em saúde antes desse movimento e o que é a gestão hoje, tem muito de incorporação do que foi produzido, na gestão do sistema de saúde, na gestão das unidades e do cuidado e tudo mais. Aí já é um mundo que nós não chegamos nem perto.

Qual a sua compreensão da relação do campo da Saúde Coletiva com os demais campos científicos e suas lógicas de produção das ciências? Acha que a Saúde Coletiva se parece com outros campos científicos? Que diferenças e semelhanças identifica?

A Saúde Coletiva não tem semelhanças com outros campos científicos. Ela tem uma singularidade enorme. A educação mobilizou muito como movimento e não só como produção de conhecimento. A educação teve um pouco disso, mas não como a saúde; foi muito anterior à III Conferência Nacional de Educação, onde já se falava em educação para todos, papel do estado, coisa que nós só incorporamos depois da VIII, cinquenta anos depois. Depois, toda a coisa do Paulo Freire. As pessoas se sentiam parte, pertencendo a um movimento. Essa é uma característica da Saúde Coletiva: essa idéia de pertencimento a um campo onde há certos conceitos que nos unem, essa compreensão da realidade de saúde e também um certo projeto político. Essa é uma particularidade da qual eu sempre falo. As pessoas se sentem parte da mesma coisa. Penso que, na época do Paulo Freire, existia isso na educação, mas todo esse movimento foi muito desmantelado pela ditadura, muito mais que a área de saúde, e nunca mais voltou ao que era. Ela voltou muito organizada corporativamente, o primeiro, segundo e terceiro grau. Ninguém mais pensa no geral da educação. Na saúde, até agora, não conseguiram fazer isso. Nós viemos trabalhando junto. Penso que tem uma idéia não só de movimento, mas de organicidade, de organização por trás, que eu penso que é muito tributária da herança do partido comunista nessa área, que foi muito forte e que nos permitiu trabalhar de forma orgânica, com projetos de articulação, de alianças, táticas, estratégicas. Esse tipo de coisa não é muito comum em campo de conhecimento; isso é do campo mais da militância. Esse imbricamento entre a militância - que era partidária, clandestina, ou movimento sanitário, partido sanitário, o que for - com a produção de conhecimento é uma coisa extremamente própria do campo da saúde. Ainda hoje eu vejo isso. Eu estou viajando por todo o país fundando núcleo do Cebes e é impressionante como as pessoas querem discutir, querem um espaço para circular idéias. Eu estou sentindo que acabou essa fase da resistência, de estar ali defendendo um SUS que não era o que nós queríamos. Contudo, se vê que, se fosse um projeto neoliberal, seria um SUS pior ainda. Então, as pessoas querem discutir... Em nenhuma outra área de conhecimento eu vejo isso, de forma alguma.

Para você, quem é a comunidade científica da Saúde Coletiva no Brasil?

No nosso caso, não é uma comunidade tipicamente/unicamente científica. Ela envolve um lado tipicamente científico, mas encontra-se um mesmo discurso em um congresso da Abrasco e no CONASEMS, sendo que, na Abrasco, supõem-se certos parâmetros mais acadêmicos que a dos gestores; mas é uma discussão muito parecida. Penso que essa é que é a singularidade da área: não ser estritamente acadêmica, não ser somente um campo acadêmico. Não sei até quando nós vamos conseguir fazer isso, pois o que a política científica tem feito é transformar tudo na mesma coisa, e a resistência será muito pequena. Então, certas áreas de ciência aplicada, de conhecimento aplicado, como a Saúde Coletiva, não é uma área puramente científica e não se rege tipicamente pelos parâmetros de conhecimento como a física. Aqui, por exemplo, a administração é outra coisa. Está todo mundo submetido à mesma lógica, como se você tivesse que escrever um artigo científico como a física, como se você tivesse fazendo um experimento, e não é isso. Eu descobri agora que a Revista do Cebes tem um percentual de artigos originais, que é aquele que faz uma pesquisa que colherá dados no campo. Logo, os artigos dos meus alunos - que não são absolutamente originais, que só colhem dados secundários - são originais; e os meus - que só penso coisa da minha cabeça - não são originais. Então, precisa-se tomar providências, pois o que interessa agora são as regras de imposição. Houve uma mudança muito grande no poder normativo dessa área, feita pelos ditos pares. Na verdade, eles copiam

todo um modelo da ciência experimental, na qual se supõe a característica toda do cientificismo.

Como você percebe a relação dos critérios de produção das ciências (CAPES) no desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil? E atualmente, qual a relação?

Daqui da administração, eu não tenho idéia de como está organizada a CAPES, eu não acompanho, sei como estão os critérios. Há uma burocracia acadêmica cada vez maior que participa nos negócios da CAPES, que sabe de tudo, que consegue dinheiro e que controla os congressos. Penso que isso faz um enorme mal para nós. Eu identifico que existe isso dentro do campo, embora nós tenhamos achado que era um campo menos corporativo e mais politizado. Todavia, penso que cada vez mais isso está acontecendo e aí não imagino o resultado disso..

A lógica de funcionamento dos comitês de ética influenciou na produção científica do campo da Saúde Coletiva? Como vê a influência dos comitês no desenvolvimento de pesquisas do campo?

É um cuidado que é certo ter, mas às vezes aquilo tudo me parece ridículo. É claro que, se você estiver fazendo o experimento de um medicamento com algumas pessoas, deve ter uma série de cuidados éticos, mas para você conseguir... Nós estamos fazendo uma pesquisa nos hospitais e ficamos seis meses nos comitês para poder entrar nos hospitais; é um desastre. Não tem nenhum risco no hospital para as pessoas que estão sendo entrevistadas, não tem nada. No entanto, tem que passar pelo comitê. É uma burocracia a mais que atrapalha, e muito... nós tivemos muita dificuldade, porque agora não podemos fazer nada, não podemos gastar o dinheiro e a equipe está parada, porque temos que esperar os comitês dos hospitais, sendo que não há nenhum risco para o usuário.

E isso pode comprometer o conteúdo da produção?

Todas as coisas que se burocratizam dificultam as coisas de andarem... Eu penso que deveria ser pensado, para nossa área: “os critérios são esses”, ou seja, definir o que é a ética para essa área. Não adianta criar um comitê, pois nós nunca discutimos o que é a ética para essa área. Precisava ver qual é a ética nesse campo específico. Fala-se na bioética, mas só se fala disso quando se fala em transplantes, mas nunca vi a bioética refletindo sobre as questões na Saúde Coletiva. Devia ter visto isso antes da criação dos comitês de ética.

Como você analisa a relação da ação política no setor saúde no Brasil a partir da lógica de produção do campo da Saúde Coletiva (dinâmica dos atores, disputas de poderes)? E em relação às demais produções científicas, elas influenciaram as ações políticas na saúde do Brasil?

Eu penso que primeiro deveria-se discutir se essa área é um área de produção científica, um campo científico. Eu penso que não é. Parece-me que é um campo de ciências aplicadas. Parece-me um pouco distinto. Há uma pretensão para isso, então, essa pretensão ilumina desde o início das coisas, de como devem ser os critérios, até as disputas internas. Eu vejo que, cada vez mais, a epidemiologia se considera científica, porque, por mexer em números e modelos matemáticos, ela se distancia do resto da produção da área, quando antes ela era incorporada muito mais naturalmente dentro da discussão da saúde coletiva. Era um instrumento para compreender uma realidade e poder interferir nela. Hoje não; hoje é uma coisa que poderia se aliar perfeitamente à Escola de Economia da FGV, em estudos que são aplicados, campos de conhecimento aplicado *stricto sensu*. Isso hoje atrapalha. Penso que isso esteriliza o intercâmbio possível entre as áreas e a discussão, do modo como ela se dava mais fluída na constituição desse campo. Penso que há outras discussões medíocres, como na composição das comissões da Abrasco, aí tem uma comissão de ciências sociais e uma outra de política, como se políticas e ciências sociais fossem duas coisas diferentes; eu ainda não entendi bem a lógica disso. No congresso de ciências sociais não pode ter nada de políticas, e vice-versa, pois são duas coisas de natureza diferentes. Então, são certas disputas, ou recortadas, que passam a ganhar uma certa grandiosidade. Se as pessoas de são consciência sentassem e discutissem, seria melhor. Assim, nenhuma delas produz qualquer avanço para nós, mas se institucionaliza. Cada um passa a ter suas forças e seu domínio. Penso que nossa riqueza era a possibilidade de falar uns com os outros, que – em uma área aplicada e em qualquer área aplicada – essa riqueza é a de poder contribuir a partir dos

conhecimentos específicos, poder contribuir com o gestor e com quem está fazendo estatísticas epidemiológicas. Penso que isso pode se perder, ou já está se perdendo.

Uma colaboração importante foi no modo de gestão de hoje, na formulação dessas políticas de saúde no Brasil. Você acha que a produção da Saúde Coletiva foi capaz de influenciar nas políticas?

Penso que sim. Na política de organização do sistema e na política específica, como é o caso da AIDS, foram políticas que foram influenciadas. Porém, elas não se influenciam só com as produções e os conhecimentos; elas precisam ter grupos de pressão. Por isso, essa idéia do planejamento, de elas terem se incorporado desde a época da previdência até aqui. Hoje falta uma reflexão muito mais crítica, que eu penso que foi perdendo o sentido, por ter se institucionalizado. Não é que não influenciou a política; influenciou bastante, tanto que hoje não consegue ser crítica. Virou tudo chapa branca.

Como vê a Abrasco e o Cebes na trajetória do campo da Saúde Coletiva no Brasil? Que papel assumiram? Como se comportaram? Que disputas travaram? Quais suas bandeiras de luta? Quais suas prioridades? Que influência tiveram e/ou ainda têm para o campo?

A Abrasco conseguiu coisas extremamente importantes, como a idéia do fortalecimento e da respeitabilidade da área. Na área de saúde, ela não era respeitada para nada e, hoje, ela tem uma respeitabilidade de disputar recursos. Isso é uma movimentação corporativa extremamente importante. Tem uma revista que tem prestígio e movimentação para a área, que é utilizada para o ensino, que é atual. Na época em que Sebastião era presidente e eu era vice, houve o primeiro Congresso de Saúde Coletiva. Os congressos também têm uma importância grande, pois se transformaram em uma coisa grandiosa, maravilhosa, fabulosa. Penso que a Abrasco precisava pensar um pouco em sua identidade. Penso que ficou nessa busca de reconhecimento e organização, do poder nessa área, mas deixou um pouco de lado o que se fazia muito, que era fazer política; não só política corporativa, mas política mesmo, em larga escala. Provavelmente os próximos anos sejam para reconduzir a sua origem, pois já cumpriu um papel importante. Ela representa os cursos de pós-graduação. Não é uma associação que representa o campo como um todo, e isso sempre dará um limite. O Cebes, na origem, foi a instituição e produção mais importante. Ele nunca produziu conhecimento, mas, na circulação de informações e na articulação do movimento, o Cebes foi crucial, foi fundamental. Depois passou um tempo grande em que as publicações ficam pobres, tipo diário oficial do SUS, para circular experiências, e nenhuma reflexão nem acadêmica, nem crítica, nem nada. Isso vai perdendo e esvaziando um pouco a proposta toda do Cebes. Nossa volta agora é uma tentativa de reabri-lo como espaço de disputa, de poder e de construção de significados e de uma reflexão crítica que estava faltando na área. Eu sinto que tem uma boa aceitação, porque eu penso que isso estava faltando, para dentro do SUS, para a prática, e para fora do SUS. Eu penso que um dos erros da política de saúde, até mesmo do meio acadêmico, foi de pensar que ele existe fora do resto. Então, para o Cebes, tanto é importante pensar nele para dentro como para fora, para a previdência, para as organizações sociais, para os movimentos da sociedade civil, pois, estranhamente, esse campo não é reconhecido como movimento social. Nenhum movimento acha que somos um movimento social; acham que é muito oficial para ser social. Nós não participávamos mais de nenhum dos fóruns dos movimentos sociais, só o FSM. Nós só falamos para dentro de nós mesmos. Penso que o Cebes pretende fazer isso para dentro, para o lado, para cima, e retomar uma discussão politicamente mais orientada.

O movimento do Cebes regional?

É um movimento de renovação, de rearticular os atores e a direção nacional. Aparecem sempre as mesmas pessoas, mas, em cada núcleo, há pessoas novas, dinâmica de pessoas jovens que estão ali metidas nas coisas. Cada núcleo é muito diferente, dependendo do grupo que está. Todos têm uma mesma angústia. Eu sei que estou fazendo a minha parte, mas eu não falo mais, eu não discuto a minha própria prática; eu faço tudo sozinha. Então, as pessoas querem muito esse espaço, com as características que nós inauguramos; um espaço plural, que não é um espaço partidário, nem institucional, como de uma instituição como a FIOCRUZ. É um lugar onde as pessoas se encontram para apresentar seus pontos de vista. E isso está sendo muito revitalizador para todos nós. Não sei se para o

campo, mas para nós, sim. Eu vejo que a produção do *site* - que é uma produção puramente política - já tem impacto. As pessoas se referem ao *blog*. Ele começa a pautar algumas coisas; as pessoas o abrem, no Ministério, e falam: “nós fizemos isso olhando o site”. E a produção acadêmica, a revista, quer manter algo que, ao mesmo tempo, possa ser um avanço do conhecimento, publicar e circular produções sobre conhecimentos da área, mas com uma direcionalidade política. Ainda na linha de livros, nós agora estamos com aqueles seminários, que pretendem organizar um conhecimento mais de ponta. Mesmo assim, os debates não são para repetir a academia; são para debater o que os acadêmicos estão propondo, chamando os atores políticos. Essa é a cara do Cebes. Senão nós repetiríamos o que já vem sendo feito.

Alguma sugestão para a pesquisadora?

Penso que houve muito pouca discussão no sentido de fazer o conhecimento avançar, uma discussão mais estritamente voltada para os impasses, os avanços. Penso que nós discutíamos mais no início, as pessoas se configurando como poder. Teve o problema da resistência de você sempre estar resistindo. Lembrei-me do Roberto Tater, que foi entrevistado sobre Bourdieu; ele disse que isso nunca foi campo, e que nunca teve polêmica; a única polêmica que teve foi a do Gastão comigo e Jaime, a histórica polêmica. Então, a verdade é que sempre foi um campo muito pobre nas discussões de conceitos e categoria. Penso que seria muito revitalizador se aprofundasse um pouco certas categorias, certas formas de compreensão. O próprio Roberto seria uma boa sugestão, além de pessoas como o Gastão, a Madel - pessoas que, de certa forma, foram importantes pelo acúmulo no campo e nos debates do campo.

Entrevista com Emerson Elias Merhy

O que é Saúde Coletiva?

Vou falar bastante; esse é um tema que me toca muito! Sua intenção é interessante; é um pouco essa idéia sobre o tema da ciência. Eu sou muito positivamente influenciado por dois pensadores nessa conversa da ciência: um é o Foucault; outro é o Deleuze. E obviamente um dos grandes interpretadores do Foucault, que é o Roberto Machado. Eu partilho de uma forma muito forte da idéia de que toda construção discursiva tem uma localização em falantes reais, ou seja, atores sociais, ou grupos de atores sociais, e toda estrutura discursiva tem pretensão de verdade. Então, quando falamos da ciência, a grande questão que aparece é qual é a pretensão de verdade da ciência? Porque toda estrutura discursiva tem pretensão de verdade. Portanto, é esse tema dos saberes e da ciência do ponto de vista social. Quando nós vamos beirar essa questão do campo da ciência o que aparece para nós é que é um campo de disputa. É um campo de disputa de atores que, a partir de uma certa pretensão de verdade, disputa com outros atores as pretensões de verdade dos outros. Isso inclusive traz uma discussão, e aí, como Foucault diz, mais dada a uma pretensão de verdade. Traz uma discussão que o Deleuze explora intensamente que é de que, nesse campo, a grande questão é o tema da demonstração do erro do outro. Então, na realidade, a disputa não é uma disputa pela positividade de seu saber; é uma disputa pela negatividade do saber do outro, ele acha que a ciência anda nesse caminho. Então, esses processos não comportam grandes divisões como nós estamos acostumados a operar, da modernidade para cá, das chamadas ciências naturais, ciências sociais, ciências históricas. Na realidade, todas essas construções são profundamente estruturas discursivas com pretensões de verdade localizadas, construídas nos meandros das relações institucionais. Um dos livros mais bonitos que detalha isso em minúcia é o “Nascimento da Clínica”, de Foucault. No “Nascimento da Clínica”, você vai entrando por dentro, você vai vendo aquela microfísica de construção dos atores, dos vários atores em seus encontros, e as formulações de pretensões de verdades se batendo, se conformando como ciência, discursivamente, politicamente, um jogo de micro-poderes. Então, eu penso que é impossível não olhar um pouco por esse gancho, porque, quando eu chego no tema da saúde coletiva, isso é o que me atrai na discussão da saúde coletiva. Primeiro, porque eu sou pré-saúde coletiva; segundo, porque eu sou um dos muitos que forja saúde coletiva. Eu tenho muito vivo na minha pele o que é esse processo, quem são os grupos que

estão aí operando diferenças. O que dava sentido para isso não era o discurso científico. Então, você não pode dizer que, de repente, a saúde coletiva é mais ciência nesse território, porque ela pega o saber da saúde pública e qualifica melhor, porque introduz a ciência do materialismo histórico, ou seja, novos saberes que ampliam a verdade que a saúde pública não repara. Há uma pretensão de verdade naquilo que nós começamos a formular no campo da saúde coletiva, mas não para ser ciência uma pretensão de verdade, mas para ser intervenção social. Para chegar na saúde coletiva como campo de ciência, eu tenho que compreender a saúde coletiva como um campo de militância e a sua conformação como território da militância social. Por isso, uma das elaborações que eu fiz exatamente sobre esse tema no livro de Chapecó, é sobre o saber militante, porque, para mim, a saúde coletiva é toda, permanentemente, campo de construção de saber militante, assim como vários outros. Mas agora estou falando de saúde coletiva e há de se compreender isso, porque ela se funda em uma estratégia de ação social de vários coletivos, que ora se constituirão como um movimento mais uniforme na ação mesmo divergente nas idéias, ora também se dividirão na ação. No debate do Gastão e da Sonia Fleury, por exemplo, sobre a Reforma Sanitária, você percebe o Gastão colocando isso de uma maneira interessante: “olha, tem muitos atores, tem muitos projetos, tem diferenças”, e tem hora que não, e tem hora que todas essas diferenças se apagam diante de uma diferença fora desse campo de ação. Então, eu, enquanto saúde coletiva, sou quase como um campo de ação no sentido de uma intervenção social.

Ela tem um componente da formação científica.

Tem um componente da formação científica e tem um componente da produção do saber como todo campo, que tem pretensão de ser ciência, que disputa isso como ciência. Então, eu não engulo a idéia de que a ciência é um campo de produção de verdade específica em relação a outros saberes. Eu penso que são diferentes formas de conformação de validação e percepção de verdade tanto que, no campo do cuidado hoje, o que se percebe lá no campo da micro-política do trabalho e do cuidado é que o saber que não vem desse território da ciência na saúde, em muitos momentos, é mais terapêutico. E aí, que é, então? O que é científico, nesse caso? Qual a validação de verdade que está dada? Nós vemos o uso disso no campo do cuidado na micro-política da intervenção do cuidado. Então, se nós não ficamos atentos a isso, nós começamos a fazer uma divisão entre saber científico e saber não-científico. Nós precisamos saber que o que nós estamos chamando de *saber científico* é o instituído, é o legitimado nas instituições, como diria o Kuhn, na revolução científica, em ser legitimado quem são ou qual é o espaço societário institucional que o institui como científico. Ele diz: “não isso aqui é do saber popular; isso aqui não, é saber científico”. Na realidade, nós ficamos em um momento muito delicado sobre isso. Então, eu penso que a saúde coletiva é, sim, um campo de produção intensa de saber militante disputando a pretensão de verdade com outros saberes de outros campos, todos eles muito articulados. Na história brasileira, isso é substancial com a própria conformação do estado, suas políticas e a sociedade em geral. É óbvio que a saúde pública tem uma história que não é só brasileira, que ela tem uma intimidade profunda com os momentos de organização de uma sociedade contemporânea e a presença do estado na construção das suas políticas públicas. Então, essa relação é de intimidade total. A saúde pública e, como diria Madel, a medicina não é a medicina e a saúde pública; são praticamente políticas de estrada. Eu diria que a saúde coletiva brasileira, assim como certas vertentes, pelo menos que se imagina da Medicina Social, em particular latino-americana, tem pretensão de vir de outro lugar; ela tem a pretensão de vir da sociedade civil para o estado, e isso discursivamente faz parte do próprio grupo da saúde coletiva por conta de sua fundação. Entretanto, isso é influenciado profundamente por uma matriz de pensamento gramsciana do que é sociedade civil, do que é estado. Isso constitui a matriz discursiva de muitos grupos da saúde coletiva brasileira, que os autoriza a dizerem isso. Então, nós nos autorizávamos em Gramsci para dizer que nós fazíamos um movimento ao revés, um movimento ao contrário. Nós vínhamos da sociedade civil como movimento social para invadir, ocupar e modificar o estado. Depois de tantos anos, nós sabemos que também há uma intimidade profunda entre a conformação desses movimentos as modificações no plano das organizações, estado e sociedade. Chega um momento que é difícil de você saber qual é a mão principal de direção, porque, na realidade, é uma abóbora; um é o outro lado do mesmo. Do jeito que se constituiu nos anos 80 e 90, o movimento social não se constituiu para ficar fora do estado; ele se constituiu para virar estado. E, a conformação do estado e os movimentos sociais são a mesma abóbora. Logo, não é possível separar sociedade civil e estado.

Que atores você identifica como relevantes para a Saúde Coletiva no Brasil? Essa turma surgiu da

onde?

Nós somos de onde vem a maior parte dessa turma.

Esse curso foi meio definidor da união desses atores para os outros passos?

Não, o que aconteceu foi o seguinte: o pessoal do partidão do Rio de Janeiro dizia que eles é que tinham fundado o Cebes, o grupo do Sérgio Arouca, Sarah Escorel... Você vê, conheci a Maria Luiza nesse movimento há trinta e tantos anos por causa disso. Eu fui para o Rio Grande do Sul convidar gente de lá para fazer parte de uma aposta da construção do Cebes. Varias pessoas que estavam lá no sul, e nós convivíamos com a Maria Luiza por causa disso. Depois, vimos muito que nós não éramos do PCB. Nós tínhamos outras afinidades. Não que nós éramos anti-PCB, mas nós não andávamos, não fazíamos reunião no PCB para depois ir para uma mesa, que nem o Davi fazia. Nós éramos outro caminho. Nós tínhamos outra proposta. Eu tenho problema se fazem reunião e decidem sua vida sem você poder discuti-la; aí eu tenho problema. Mas aí o pessoal do PCB do Rio de Janeiro em torno do Sérgio Arouca escreveram até textos e livros, dizendo que eles tinham fundado o Cebes. De uma certa maneira, me falou: “olha, de uma certa maneira vocês não conhecem essa história real; então, eu convido vocês a lerem o nº 1 da revista para vocês saberem a história real”. Aí vocês verão lá a rua Nazária Paulista nº 308, que é a minha casa. Então, eu sei onde é que nasceram essas coisas. Enfim, por que se deu esse movimento de 76? De onde veio esse grupo? O que aconteceu? Nos anos 70, em particular em 74, 75 e 76 no estado de São Paulo teve um governo ligado à ditadura - tudo era ligado a ditadura - que convivia com uma grande crise sanitária. A cidade de São Paulo tinha uma mortalidade de 100 por 1000, nesse período. Tinha uma crise sanitária em São Paulo. Então, o governo de São Paulo, de um Governador chamado Paulo Egídio Martins, chama para ser sanitarista, um professor importante da Paulista, chamado Walter Leser, da UNIFESP hoje - na época, não tinha UNIFESP. E o Walter Leser era um tecnocrata - havia muitos tecnocratas no Brasil nessa época. No mesmo período, quando a Unicamp foi fundada deram para ser reitor da Unicamp uma pessoa chamada Zeferino Vaz. Quando os militares disseram: “Nós queremos que você coordene a fabricação aí da U”ICAMP”, o Zeferino Vaz falou: “mas eu quero chamar comunistas para trabalhar comigo”, porque há certos campos que só comunista tem competência e seriedade. O Leser falou a mesma coisa: “tem gente de esquerda aí nisso, porque para ser dedicação exclusiva no estado, ser sério, só sendo desse campo; então, desde que eles não peguem em arma, brincando nessa idéia, eles trabalharão comigo”. E nesse processo, o Leser fez um acordo com a Faculdade de Saúde Pública da USP, que precisava de muitos sanitaristas novos, porque os sanitaristas velhos não serviam para mais nada. Tinham que ser trocados, entre aspas. Na verdade, queria invadir a Secretaria Estadual da Saúde, de novos coletivos. Ele usava essa frase, de novos sanitaristas para levar novas idéias. A USP topa e faz um curso chamado “Curto”, de formação sanitarista, que é de um semestre. O curso era de um ano. Ele consegue fazer o curso em um semestre e abre 50 vagas por ano. Em quatro anos, ele joga 40 sanitaristas novos dentro da Secretaria Estadual. Eu sou da primeira turma, que foi no segundo semestre de 76. Isto tem a ver com a revista de “Saúde em Debate”, do Cebes.

Sim, mas dentro da USP, nesse movimento

Não, isso tem a ver com a Faculdade de Saúde Pública da USP. Quem tem a revista, tem a ver com essa turma que fará. Essa turma discute: “vamos organizar o centro brasileiro de estudos em saúde e vamos é lançar uma revista”. Nós decidimos isso no primeiro semestre de 76. Nós nos formamos no final do primeiro semestre, tem a SBPC de Brasília em julho de 76 – que se tornou ponto de resistência à ditadura – e vários de nós decidem ir para a SBPC para divulgar essa nossa idéia. Em particular, fomos eu, o Davi Capistrano e o Zé Rubens. Nós convocamos uma reunião no meio do SBPC: “quem estiver interessado na fundação de uma nova revista no campo da saúde, vamos fazer uma reunião na sala tal”. Fomos eu, o Davi e mais algumas pessoas. Apareceram umas 70 pessoas do Brasil inteiro! Nós contamos nossa história, o que tínhamos de idéia, por que fabricar uma nova revista, para disputar o quê. Nós colocamos essas histórias e tivemos adesão imediata de muitas pessoas. O que me chamou atenção nessa reunião é que nós não tínhamos o nome da revista. Nós tínhamos umas brincadeiras de nome: é “Saúde e Reflexão”, “Saúde e Novas Idéias”, “Novas Idéias em Saúde”, “Saúde e Sociedade”. Nós éramos tudo! Tínhamos sido alunos da Cecília Donnangelo, que tinha acabado de fazer a livre

docência e lançado o livro “Saúde e Sociedade” dela. Tanto que, depois, lança a revista “Saúde e Sociedade” da Faculdade. Havia uns estudantes no meio dessa reunião, e nós dizendo assim: “essa revista é para debater novas idéias, ser aberta, ser múltipla”. Aí um grita lá de baixo: “por que não “Saúde em Debate”? Bah, que idéia boa, “Saúde em Debate”! Vamos ficar com esse nome! Quando a revista foi lançada em outubro, nós tínhamos milhares de pessoas no Brasil dizendo que queriam receber a revista. E eram milhares mesmo! Aí eu fui para o Rio Grande do Sul, Zé Rubens foi para o Recife, e Davi foi para o Rio. Nós montamos um espalhamento e fomos trazendo lista de nomes de pessoas que queriam receber a revista e que topariam pagar 5 ou 10 reais, para fazermos o primeiro número. De imediato nós fizemos uma lista com dois mil nomes. No final do ano, nós tínhamos cinco mil nomes, todos arquivados em folhas de papel que nós guardávamos em caixas, a princípio em minha casa. Em final de 76, começo de 77, com esse dinheiro, nós alugamos uma pequena sala perto da Faculdade de Medicina na Pinheiros. Ela virou nosso escritório. Nós compramos arquivos de aço, pois, por alguns anos, nós tínhamos nome de pessoas, endereço e “eu quero receber a revista”, até em guardanapo enfiado em algum lugar. Nós éramos muito amadores, mas conseguimos fazer a revista sair e fazê-la chegar às pessoas. Na primeira estampagem, nós trabalhamos muito com aqueles colantezinhos... Nós não tínhamos computadores; trabalhamos muito braçalmente. Nossa turma de saúde pública tinha uns 40 militantes de esquerda. Todos eles foram fazer esse curso e, a cada turma nova, nós ganhávamos mais militantes.

Quem escreveu para vocês? Esse grupo?

Não. A proposta da revista era convidar pessoas que tinham algumas coisas já escritas para virarem artigos. Teve até um artigo do Sérgio Arouca sobre a história natural da doença que é um pedaço da tese que ele defendeu na UNICAMP. Nós temos um artigo do Quadra sobre várias coisas: nós temos artigo sobre a Previdência Social, coisas novas; nós temos artigo do Carlos Gentile de Melo. Nós vamos juntando pessoas de esquerda. O pessoal do partidão tinha história de produção pessoal. Nós vamos coletando e convidando Cecília, Madel, para mandarem algum artigo. Nós vamos convidando quem era novo, mas que já era mais intelectual, do porte Hésio Cordeiro. O pessoal do Rio tinha uma produção mais forte, porque eles já tinham FIOCRUZ, mas é interessante que eu mesmo fui escrever meu primeiro artigo no número 4 da revista; um artigo sobre democracia e saúde. Isso era um desafio interessante. Você não vê muito artigo do Zé Rubens, não existe; o Zé Rubens é um dos grandes formadores dessa revista, mas ele praticamente não tem artigo nenhum. Depois eu publiquei muitos artigos em vários números. Daqui mesmo tem pouca coisa. Nós mesmos que fizemos a revista. No começo, nós tínhamos pouca coisa. Nós mesmos fazíamos o editorial, organizávamos pauta, pedíamos para as pessoas mandarem material. No começo, foi muito difícil ter material, porque em dois ou três meses esgotava a produção da militância, que era a produção de conhecimento que nos interessava. Então, tinha que ficar estimulando produção. É muito interessante, porque a revista “Saúde em Debate” nos mostrará que esse intercâmbio de conhecimento e militância era de total intimidade, porque a revista nasce para nós fazermos intervenção. Assim, nós estamos entrando na disputa do conhecimento, disputa de estratégia de ação. A revista “Saúde em Debate” nasce na militância, ela é a militância, ela é instrumento da militância. Ela nasce com a gente pensando na intervenção e disputa na sociedade contra a ditadura. Logo, teve a VIII Conferência, cuja pauta de organização é quase uma cola ampliada do nosso primeiro editorial. Eu ganhei uma – até sem capa – de presente do Davi e do Zé Rubens pelo nascimento da Emilia. Eles falaram: “você tem o direito do primeiro, porque sua filha nascerá hoje”. Eu falei: “nasceram duas filha no mesmo dia”. Nós trabalhamos muito em função desse processo e deu certo. Depois tem detalhes disso para mostrar como é militância. Dois anos depois eu estou praticamente saindo da direção do Cebes, porque o PCB resolveu tomar o Cebes para eles. Então, eles se reuniram. Juntou o PCB de São Paulo com o grupo do Arouca do Rio de Janeiro com apoio de pessoas que não eram do PCB, mas os apoiavam como o Hésio. Eliminaram todo mundo e fizeram um convite para eu ficar, mas eu era o único cara que não era deles. Eu falei que não ficaria. Tinha uma pretensão de domínio que eu não aceito, e a revista não nasceu para isso, o Cebes não nasceu para isso. Eu tive bastante racha nesse período. Estava ligado ao movimento social. Depois, na medida em que o PCB foi rachando, aí foi afrouxando de novo a pretensão de domínio. A Abrasco ainda não tinha nascido, então, estou marcando um evento de produção do Cebes, que já envolve milhares de pessoas muito diferentes em cima de uma estratégia de militância. Todos eram muito militantes contra a ditadura. Todos participavam de muitas frentes, frente sindical, sindical médico, frente de sindicato de funcionários, trabalhadores, movimentos

sociais grupo de mulheres, outros sindicatos – operário e metalúrgico – sanitaristas da própria rede do estado trabalhando ali em seu bairro, onde tinha um centro de saúde; outros pertenciam à universidade. Era um campo muito amplo de militância, no qual ia se incorporando mais coletivos, porque nós fomos crescendo muito, não só nós em São Paulo; todos os grupos de militância em seus estados cresceram. Você tem uma história para contar do Rio Grande do Sul que não é essa nossa, mas tem uma história. Os grupos começam a se relacionar com o Cebes. Já em 77, tem um braço desse movimento que começa a olhar para uma outra estratégia: a da academia, a dos órgãos de pesquisa, a das pós-graduações e que já criarão um outro nível de disputa, que é a organização da saúde coletiva dentro das universidades.

Como a Medicina Social?

É, ela vai variando porque os departamentos de medicina preventiva vão adquirindo nomes tipo “Departamento de Medicina Preventiva e Medicina Social”, mas alguns já vão olhando para frente, tipo: “não, nós temos que formar o campo da saúde coletiva dentro do campo científico”. Em 77, já começa a se avizinhar a construção das pós-graduações; algumas já em atividade formam novos quadros com essa produção, alimentando até esse movimento. A Abrasco aparecerá nesta situação. Era um momento muito próximo já da pós-graduação que a Cecília Donnangelo e o Guilherme Rodrigues da Silva tocavam na medicina preventiva e social da USP. Eu me inscrevi no mestrado. Fazia mestrado com ela. Davi Capistrano se inscreveu no mestrado. Ele não acabou, mas nós entramos na mesma turma. Ricardo Bruno já estava acabando o mestrado. Lilia Blima estava fazendo mestrado junto. Ricardo Bruno e Lilia Blima já foram da segunda turma de sanitaristas, apesar de que o mestrado deles era uma turma mais adiante que nós. Então, quando a Abrasco aparece, tem núcleos acadêmicos desse movimento interessante. Por exemplo, Ricardo Bruno nunca foi ser um sanitarista que nem eu, que nem o Davi. Ele fez o curso de saúde pública, mas fica na universidade mesmo. Eu fui para a universidade sete anos depois. Pessoas que nem o Arouca ficaram na universidade. A Lilia começou na secretaria estadual, mas ficou seis meses e foi embora para a universidade. Teve um grupo que ficou fazendo isso e foi embora para a universidade. Então, é só esse pessoal na universidade. Nesse *front* e nesse contexto, a Abrasco nasce. Aí há uma massa crítica que não é pouca: tem Cecília Donnangelo e Guilherme Rodrigues da Silva em São Paulo; tem Cavalheiro em Ribeirão Preto; o Arouca que foi expulso da UNICAMP estava indo para a Fiocruz; o Joaquim Alberto Cardoso de Melo que estava saindo da Unicamp indo para a Fiocruz; a Madel que estava chegando da França e estava no IMS; o Hésio Cordeiro que estava fundando o IMS na UERJ. Esse é um movimento que nesses anos vai adquirindo uma massa crítica e uma institucionalização do espaço acadêmico com uma intensidade mais tranqüila do que o que nós íamos conquistando no movimento social, porque a universidade comportava essas intervenções. Então, quando você olha em 77, 78 e 79 mesmo tendo vários fóruns de desenvolvimento social, nosso nível de institucionalidade era muito menor do que o movimento que as pós-graduações vinham fazendo e as suas institucionalizações. Então, aparentemente, parece que a saúde coletiva está andando por dentro da universidade, mas não estava. Em 77 e 78 só para você ter um exemplo, na zona urbana de São Paulo com a ação desses sanitaristas, nós temos processos eleitorais no movimento popular de saúde, que mobiliza cem mil pessoas em um domingo para eleger seus representantes nos centros de saúde. Isso não era institucionalizado que nem na universidade.

Mas esses dois movimentos acontecem, quer dizer, um começa antes, que é o do movimento social, que é o de militância por uma prática por um...

A luta contra a ditadura.

Luta de esquerda.

Uma sociedade melhor, socialista.

E o outro que começa na academia, mas que tem também componentes desse movimento na questão da disputa da sociedade?

Profunda, tanto que esse pessoal da academia estará presente do nosso lado nos primeiros números da revista “Saúde em Debate”.

Que estão em paralelo?

Não, na maior intimidade; não é paralelo, não. Não está nada em paralelo. O Ricardo Bruno, um sanitarista que fez o curso, está lá na universidade, começará a se envolver com a Abrasco. Esse movimento em São Paulo é mais articulado que em outros estados do país. Nós tínhamos uma massa crítica muito grande de sanitaristas na Secretaria Estadual em São Paulo, articulada com os movimentos São Bernardo, Santo André, periferia da Zona Leste. Nós tínhamos um movimento muito forte. No Rio de Janeiro não tinha disso; ele tinha uma grande articulação no espaço acadêmico, no movimento de intelectuais...

E esses dois em relação ao Estado, as políticas públicas em saúde?

Há estratégias, braços dos movimentos da Reforma Sanitária. Tudo pertence ao movimento da Reforma Sanitária, mesmo que não apontem para o mesmo lugar. Então, se você pegasse Cecília Donnangelo, Arouca e Hésio Cordeiro militando, todos eles que estão profundamente instalados na academia e eram considerados por nós como os grandes intelectuais que formulavam, eles escreviam muito mais que nós. Eles produziam pesquisas muito mais que nós; nós vamos mais tardiamente fazer isso. Nós os considerávamos companheiros da academia, e os compreendíamos como componentes da Reforma Sanitária como nós. Só que nós atuávamos nas secretarias estaduais, dentro das máquinas públicas, nos bairros, nos sindicatos como estratégia da Reforma Sanitária. Isso era nossa estratégia na Reforma Sanitária. Muitos deles eram do partido tal, do partido acolá, e militavam dentro dos espaços das instituições onde eles estavam localizados, universidades e tal, mas eles eram da Reforma Sanitária, tanto que as primeiras grandes experiências que nós conseguimos conquistar de espaços nos governos federais e não sei que vários desses caras vão para o governo federal. O Hésio Cordeiro vai para a Previdência Social e era da academia. Eles tinham os vários grupos de disputa deles, mas o Hésio Roque era reitor. Depois, ele se envolveu com educação. Olhando como movimento da Reforma Sanitária, a Reforma Sanitária era e é mais um polvo com muitos braços. Olhando os braços, você tem lugares e estratégias coletivas diferentes. Então, Cecília Donnangelo nunca saiu da universidade para pertencer a nenhum tipo de governo. Mas ela escreveu, influenciou e formou quadros muito articulados com a Reforma Sanitária o tempo inteiro. Todos os grandes primeiros congressos que nós tivemos, de Abrasco e outros, todos esses grupos iam para os congressos, juntos. Nossas estrelas que aparecem lá no palco eram Arouca e Cecília Donnangelo. Ficava todo mundo querendo escutá-los. Nós também falávamos, mas nós éramos os caras das pontas, os caras das redes, estavam ali panfletando bairro, juntando mulher, participando 80 mil horas por dia na militância cotidiana dentro do centro de saúde, com a equipe de trabalhadores do centro de saúde, no bairro, no grupo da mulher, no grupo de idoso, no sindicato da região onde você trabalhava, dentro do sindicato, militando no sindicato dos trabalhadores da profissão. Nós éramos militantes sistemáticos.

Que produções foram marcantes na história da Saúde Coletiva no Brasil?

E na saúde, o movimento na Reforma Sanitária?

É a consagração dessa estratégia substancial. Isso é diferente de você pegar um livro que nem o livro "Multidão" do Toni Negri. Você está estudando essa questão, e, de repente, percebe que tem grupos sociais múltiplos hoje que rompem profundamente com qualquer perspectiva de encostar no estado. Não é essa característica dos nossos movimentos sociais. Nós nascemos olhando o estado. O Eder Sader em seu livro, "Analisando Movimentos Sociais" fica tão nítido. Para entender por onde eu penso isso, penso atores, penso disputa, penso saberes, penso essas coisas todas, e é por aí que eu analiso a minha própria experiência de componente de construção desse processo junto com vários outros companheiros, alguns com idéias parecidas e muitos com idéias diferentes. Eu vejo que esse movimento da saúde coletiva tem um desdobramento nesse processo de se alimentar intensamente das próprias estratégias de intervenção da Reforma Sanitária, mas setores desse movimento ambicionam e ambicionaram a sua institucionalização como território de certas instituições sociais reconhecidas como lugares da ciência. Então, tem um braço nesse processo, nas lutas da Reforma Sanitária e na construção no campo da saúde coletiva que sempre apontou para o caminho da institucionalização em particular nos espaços acadêmicos públicos como grande perspectiva de se legitimar até como campo de conhecimento, como

ciência, perante o resto da sociedade e perante os outros grupos acadêmicos. Isso constitui para muitos desses setores o imaginário das conquistas necessárias, ou seja, pela divisão entre vários setores dentro da reforma em que, se você for ver onde está gastando sua energia, militantes da Reforma Sanitária, é como se ele respondesse: “eu estou gastando minha energia para ser reconhecido como uma ciência”. Aí você pergunta para outro setor e ele fala: “eu estou gastando minha energia para construir novos coletivos sociais que disputem com outros de outros interesses o que é o direito à saúde, o que é ser cuidado, o que é produzir vida, o que é combater a produção da morte do capital”. São só perspectivas que não necessariamente se encontram. Bem, esses braços são dados dentro dos movimentos da reforma e na construção da saúde coletiva desde o nosso começo. Se você pegar o movimento andando em nos anos 70, antes de Abrasco, quando nós praticamente nos institucionalizamos em um movimento tipo Cebes. Quando é que nasce o Cebes? Eu posso dizer que ele e a revista do Cebes nasceram no dia em que a Emilia nasceu. Então, eu saí da tipografia com o exemplar da primeira revista e fui para a maternidade ver a minha filha nascer. O Cebes nasceu antes disso, mas a revista nasceu nesse dia, 26, 27 de outubro de 1976. Eu sei disso, porque eu sou um dos fundadores do Cebes. O Cebes é fundado por vários grupos. A primeira sede do Cebes é minha casa em São Paulo. Se você pegar a revista nº 1, o endereço é na minha casa onde a Emilia nasceu. Então, eu tenho essa esse afeto. Então, o que tem essa coisa do Cebes? O Cebes nasce de uma maneira também muito influenciada pela lógica gramsciana, e de uma aposta, que cruzavam vários campos de pensamento da esquerda, de vários campos de movimento da esquerda, acoplados. Assim, genericamente, o movimento social não formulou o Cebes. Depois de o Cebes ter uma utilidade como grupo do movimento social, a formulação do Cebes aparece no campo de militantes de esquerda que estão também inseridos nos movimentos sociais ou movimentos partidários. Por exemplo, o grupo de sanitaristas da minha turma – que foi a primeira turma de sanitaristas do curso curto da USP – é uma turma que tem como aluno eu, Davi Capristano, Zé Rubens Alcântara, Ana Segal, Eduardo Jorge: uma turma com 40 pessoas de histórias de esquerda forte. Alguns tinham sido presos, outros ficaram clandestinos na ditadura. Nós tínhamos contato no Brasil inteiro. Tinha gente do PCB, tinha gente ex-ALN, tinha gente do PCdoB, tinha gente no miolo desses 40 alunos. E por várias discussões que vinham desses vários caminhos, dos partidos ou de militância de movimentos sociais. O Eduardo Jorge e eu tínhamos sido de organização militarista, mas não éramos em 73. Nós estávamos nos relacionando com o movimento social. Eu particularmente trabalhava com um grupo de mulheres em bairro, grupo de operários sindicalizados, diferente do Davi ou outros casos, que eram ligados a partidos clandestinos, tipo PCB; ou outros que eram ligados ao PCdoB. Nós, por influência desse processo todo, acabamos fazendo uma grande discussão. Aí o Gramsci é interessante, porque o Gramsci com conceito de intelectual, com conceito de hegemonia, começa a ficar muito presente para nós. Nós vamos debatendo que ter um veículo público que expresse idéias e que debata, que faça a disputa, das outras formulações, é uma atuação política fundamental pela hegemonia de uma nova forma de integrar a sociedade. Nós saímos por essa discussão.

Vocês achavam que era uma oportunidade de interferência no que é o dito fato?

De tudo, na sociedade civil e no Estado. Logo que nós começamos a fazer as primeiras discussões do Cebes, o primeiro editorial da revista nº 1 nós fizemos em uma mesa de bar. O Davi escrevia melhor que todos nós; nós debatíamos e ele ia escrevendo de um jeito muito bonito. Nós estávamos fazendo isso entre 8 ou 9 pessoas. Não tinha ninguém de fora dessa turma. Havia alguns de fora apoiando a revista já, mas escrevendo o editorial, lendo o editorial que você vê.

Com que papel e em que lugar você se insere no campo da Saúde Coletiva?

Você acha que essas outras vertentes da produção, seja na prática, seja na política governamental, compõem um lugar de saúde coletiva?

Quais outras vertentes? Essas que correm no serviço? Lógico que acho. Na medida em que ela se independizou, eu vejo que ela se afastou exatamente dessa questão...

Mas quem está na academia?

Não sou eu quem não enxergo, eles que não enxergam.

É que é a saúde coletiva?

É o que se autodenomina Saúde Coletiva... Estou te colocando o que está instituído como Saúde Coletiva, e eles que se vêem como saúde coletiva. Não estou dizendo que essa é a minha concepção de Saúde Coletiva; não é. Nós fazemos mais Saúde Coletiva nos serviços, produzimos mais ciência e disputa científica nos serviços. Eu sempre defendi isso; por isso que eu estou dizendo que esses que se dizem ser Saúde Coletiva – e há donos do poder instituído para dizer “isso é saúde coletiva” e “isso não é” - eles divergem de mim.

Como você enxerga a crítica do Gastão quando ele fala da reforma da reforma? No livro da reforma da reforma, é um pouco desse movimento de “afinal de contas, para onde essa reforma está indo?” e como os atores estão se colocando nesse...

Não, o Gastão tem uma contribuição fundamental nesse debate quando está lá nos anos 80 e 90, que foi chamar a atenção de que, quando nós falamos de Reforma Sanitária, vimos que há vários projetos disputando o hospital da Reforma Sanitária. Até hoje você vê que esse último material dele, da encalacrada que o SUS está, traz de novo para pauta isso. Tem coisas muito coincidentes, por outro caminho, com outras coisas que eu escrevo; por outro caminho não, porque muito dessa matriz nasceu de discussão entre eu e ele. Ele fala: “Existem vários movimentos da reforma que precisam ser revistos”. O próprio nome “Vamos reformar a reforma” é um convite a isso. Falta um projeto, pois tem coisas que não estão formuladas, tem objetos que não estão sendo vistos. Falta atores. No texto que eu escrevi naquela coletânea que a Fleury organizou dos 20 anos de Cebes, eu quase estou dizendo, de um outro lugar, a agenda que o movimento nunca teve, que é o tema da micropolítica do trabalho. E por que nunca teve? Porque ali é o olho do furacão. Então, o que acontece? Em Campinas, em particular nos anos 80 e 90, aparece esse núcleo Emerson-Gastão, que nuclearmente é o nome de nós dois, desde esse período e vai ampliando... O que nasce nessa nossa produção? Uma crítica aos rumos que a Reforma Sanitária estava seguindo. Não é uma crítica à Reforma Sanitária, era uma crítica aos grupos que hegemonizavam a Reforma Sanitária. Uma das grandes críticas está nessa ação que eu estou te colocando. Tanto ele quanto eu estamos criticando essa pretensão hegemônica do chamado setor acadêmico, cientificista. Tanto ele quanto eu estamos falando isso. Mas não é só disso. Nós também estamos falando dos projetos em governo que nós achamos que não funcionam. Então, o meu texto de 96 ou 98 debulha o PSF. Quase fui expulso do movimento da Reforma Sanitária por causa disso. Fiquei isolado no Brasil. Isolado! Você precisa ler esse texto. O livro “Trabalho em Saúde” tem um capítulo sobre PSF. Eu escrevi aquele material junto com o Túlio e com o Vanderlei, mas eu escrevi substancialmente o debate. Por que eu não era PSF? De uma certa forma era isso. Já faço uma análise do movimento, da formulação, uma análise da medicina comunitária, faço um estudo das políticas, o que eu via que era o PSF. Eu dou os argumentos sobre um modelo de atenção atrasado, que não ia hegemonizar nada, e focal. Só que eu dou uma análise consistente. É um texto que tem 60 páginas. Estou pegando duas produções na qual cinergicamente tanto o Gastão como eu estamos nos voltando para os nossos parceiros da reforma e falando: “Olha aqui, vocês não estão vendo isso? Nós estamos vendo”. Qual é a primeira consequência do que nós fazemos? Nós somos isolados. Você não tem idéia do isolamento. Por exemplo, por muito tempo, nosso material foi proibido de ser lido na ENSP. O ISC até hoje lê, mas só autoriza dois ou três livros nossos. Vocês é que invadiram de outro jeito. Até vir esse governo do PT aqui, o ISC não autorizava. O Solla nunca tinha lido nada meu, nem sabia do meu livro “Saúde Pública e Política”. Nós batemos de frente com essas pessoas. Depois eu briguei com o Davi inclusive, por isso, porque ele dizia que eu era uma pessoa muito importante para dizer que o PSF não funcionava. E eu falei para ele que não, que o bom de nossas histórias é que nós conseguimos viver todos esses anos discutindo e tendo idéias diferentes e comuns. E tínhamos que continuar assim e que eu achava mesmo que o PSF não funcionava. Tudo que eu não escrevi lá está no PSF hoje. Tudo: A crítica que eu faço ao modelo da vigilância em saúde, porque eu sou contra a vigilância em saúde, onde é que eu penso que ela não funciona. Então, imagina se o ISC não me interditaria? Eu vou lá e desconstruo o tema da ciência da vigilância em saúde; vou lá e desconstruo o Eugênio Vilaça; eu faço tudo isso no texto! **Só** depois que eu comecei a escrever na integralidade alguma coisa pode aparecer. Mas não é para aparecer. Nós somos interditados. O problema, como diz Chico Buarque: “Você não gosta de mim, mas sua filha gosta”. Então, esse pessoal interdita, e as pessoas lêem por baixo do pano. Então, eu sou um cara muito lido, apesar da academia. Mas é por causa dessas diferenças.

Como você enxerga esse isolamento que vocês têm?

Não, nós não ficamos isolados; nós temos outras estratégias. Nós somos um dos autores mais lidos da Saúde Pública. Apesar da academia. Esse é um indicador do que eu estou tentando mostrar. Como é que as apostas de militâncias ficaram tão diferentes a ponto de um campo tentar interditar o outro. O Gastão também não cai nesse engodo da disputa da ciência mais verdadeira. Ele cai em um outro engodo, de que só ele é que tem um projeto. Então, esse é o engodo do Gastão, mas não esse da ciência.

Mas a Saúde Coletiva não é campo, então?

Constituiu-se, com o tempo. Não era, inicialmente. Hoje é. Porque campo é produção. Para Bourdieu, campo é produção. Então, ela constituiu atores com referente simbólico consistente a partir de um imaginário que lhe dá base. Objetos e práticas, virou campo. A partir do momento que ela se define como lugar que vai no campo da produção da ciência disputar uma nova ciência sobre a saúde, ela é campo.

Como você analisa a relação entre as práticas em saúde e os debates e produções do campo da Saúde Coletiva? Essa disputa com relação à produção da ciência, que é a lógica dessa nova ciência... Você acha que dá para fazer uma relação com a disputa que tem entre as áreas da saúde coletiva?

Não, eu penso que não. Por exemplo, vamos tomar o campo onde eu mais atuo. Vamos dizer que a epidemiologia tivesse mais dificuldade... Não, penso que não. Se você visita hoje o campo da avaliação de serviço, o campo da gestão, ele tem uma pretensão de cientificismo; é tão duro quanto. E desemboca lá em receitas de metodologia, receitas de métodos, coisa que a ciência adora fazer: saber para o outro consumir, e não saber para o outro negociar. Esse é o conceito de diferença. Eu aprendi com o Deleuze; eu uso esse conceito. Para mim, é a diferença entre doutrina e ferramenta. Eu aprendi com Deleuze uma coisa para mim que é vital. O Deleuze é um autor que produz muitos livros sobre filósofos, e perguntaram para ele em uma entrevista no abecedário - Está publicado como Abecedário do Deleuze - se ele fazia história da filosofia. Ele falou que não. Quando escrevi sobre filósofo, a pergunta-chave dele para o filósofo era: "Por que esse cara está inventando esses conceitos?", "Que tipo de problema ele quer resolver?". Porque aí me interessa saber se o conceito que ele está inventando, os problemas que ele quis resolver, têm algum valor de uso para mim e para os problemas que eu quero resolver. Essa é a diferença entre ler o outro como uma doutrina, ou ler o outro como uma ferramenta. Então, esses pensadores pouco me ofertam como doutrina. Eu não estou interessado na doutrina das pessoas. Eu não quero essa ciência das doutrinas, da verdade. Eu quero, sim, saber. se o que o Jairnilson está pensando é uma produção de conhecimento para resolver. Que problemas ele quer resolver? Aí eu negocio com o pensamento do Jairnilson. Mas o Jairnilson-doutrina não me interessa. Gastão-doutrina não me interessa. Ricardo Ceccim-doutrina não me interessa. Merhy-doutrina não me interessa. Interessa-me, sim, as pessoas que estão inventando conceitos, quando são inventores. Estou falando de inventores de conceitos. Tem uns que são só *papagaios de ciência*. Então, quando estão inventando conceito me interessa saber por que o cara inventou isso. Eu preciso entender o que ele tinha como problema. Aí eu chego perto e falo: "Essa ferramenta é legal para mim. É isso aqui que eu quero". Mas é assim que eu faço com Marx, é assim que eu faço com Taylor, é assim que eu faço com Weber, é assim que eu faço com Deleuze, porque essa é a questão importante para mim. Por isso, eu penso que esse campo da ciência, essa coisa de disputar quem é o sujeito epistemológico da verdade revolucionária, lá do Mário Tesla, é horrível! Não me atrai. Do que esse pessoal está convencido? Que a saúde coletiva é o campo de produção de conhecimentos sobre a saúde que permite fazer as mudanças. Mas é essa saúde coletiva que se legitima como campo da ciência, e não a saúde coletiva como campo de produção de conhecimento na disputa do campo de produção social da saúde. Quando você sai desse lugar, para mim virou um problema e não uma solução. Eu quero a saúde coletiva como produção de conhecimento, ali no miolo do campo de produção da saúde, porque é ali que ela nasceu. É ali que nós produzimos coisas e não devemos nos afastar dessa possibilidade de entendimento. Aí eu tenho, sim, que fazer disputa, inclusive sobre o que é a ciência.

Qual a sua compreensão da relação do campo da Saúde Coletiva com os demais campos científicos e suas lógicas de produção das ciências? Acha que a Saúde Coletiva se parece com outros campos científicos? Que diferenças e semelhanças identifica? E as outras ciências que não da saúde?

Eles já são muito consagrados. Por exemplo, onde é que tem uma discussão pouco perto disso? A educação.

Pela construção dela, também?

As ciências sociáveis. Ou seja, quando você visita esses territórios, conforme o Mário Testa menciona das ciências mais hermenêuticas, em seu livro “Saber em Saúde”, tem um pouquinho da Cecília Binário, que vai por esse barco também. Eles separam as ciências duras das ciências históricas e sociais e humanas. As ciências históricas, sociais e humanas estudam o próprio homem. Então, é o homem estudando o próprio homem. Essas ciências exigem, do ponto de vista metodológico, mais sofisticadas, para tratar do tema subjetividade-objetividade do conhecimento. Contudo, a solução que eles dão é tomada emprestada da outra. Em meu texto sobre o saber militante, eu faço essa análise do epistemológico.

Você acha que a saúde coletiva hoje ainda apresenta disputas, e visa a processos de transformação? Consegue ver isso para além do lugar da academia?

Pois é. Tem que analisar os atores que estão falando dela. Eu não vejo que os atores que estão falando dela acreditam nisso, que eles estão disputando, só que a partir desse lugar. Você tem uma pessoa séria como o Jairnilson, que produz conhecimento, porque ele tem a intenção de que aquilo seja usado, sinceramente, para mudança. Isso é o que faz uma credibilidade de um Jairnilson, para mim, ser maior do que algumas pessoas da Fiocruz, que eu penso que estão produzindo só para ganhar pontos no salário. Não estão fazendo nada do ponto de vista de conhecimento. Olha o nível das minhas crises! Eu venho de um lugar que diz que se formou em saúde coletiva. Ou eu imagino isso: que eu tive uma formação para isso, para imaginar esse campo como um campo de atuação profissional para fazer o trabalho. Para que formar para isso se isso não é bem isso? Assim, o que é? Eu sou uma pessoa que tem várias críticas dos caminhos que andam por aí, por causa dessa minha análise. Agora, como eu nunca desgostei de novos atores em cena...Para mim quanto mais ator em cena, melhor.

É que pode ser uma cilada,...

Pode, se você não souber onde é que está localizada, é uma cilada.

Mas pode ser uma ótima, também, uma estratégia de intervenção.

É, pode. Não está dado, *a priori*, se será isso ou vai ser aquilo. Depende de onde você está partindo para justificar aquela questão. Por exemplo, esse negócio da saúde coletiva do jeito que Natal está fazendo na Federal do Rio Grande do Norte, está completamente equivocada. Quando eu fui fazer a intervenção, discutindo o curso de formação da graduação, eu fiz uma diferenciação entre os que compreendem a saúde coletiva a partir de um lugar e os que compreendem a partir de outro. Eu fiz essa diferenciação ali, em fala minha lá no Rio Grande do Sul. O saber militante é nuclear nessa questão. Agora, os que não compreendem, os que compreendem lá no campo da ciência, da aplicabilidade de uma ciência verdadeira, mais avançada, mais progressista, aí é outro problema. Aí saem os tais dos técnicos. “Ah, mas você não faz política? Eu não, sou técnico. Mas técnico do quê, mesmo?”. O pessoal fica contente em formar técnicos melhores, porque a ciência deles é a que mudará mesmo. Então, não precisa fazer política. Seja o técnico da nova ciência. Não é assim. A forma como eu falo é muita coisa, é muito denso e diferente, porque eu parto de outro território, de uma análise de ator, de roteiro; é outro lugar. E você escuta e eu sei que você escreverá isso.

Como você percebe a relação dos critérios de produção das ciências (CAPES) no desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil? E atualmente, qual a relação?

Eu penso que era a concepção que a grande questão de luta que estava colocada é a da ciência. Eu penso que é essa concepção que sempre existiu, mas que vai adquirindo um embaraço muito próprio, autônomo, quando a saúde coletiva se colocou sempre autônoma, própria. No começo, já existia essa concepção. Então, se você perguntasse: “qual é a grande disputa que vocês estão enfiados?” para Davi Capistrano, para mim, mesmo Gastão depois, Luis Cecílio – eu estou pegando vários pensadores e alguns militantes que você conhece – nós responderíamos: “o campo de produção social da saúde”. Nesse campo de produção social tem política governamental, conhecimento e organização de coletivos. Para nós, é um ganho essas três coisas estarem lá dentro. Onde o Naomar aposta toda a sua ficha? Na construção de uma outra ciência. Por quê? Porque ele acredita que a organização das novas práticas sociais se alimenta na ciência. Então, você tem uma ciência das novas práticas sociais, que será fabricada lá no campo da ciência. Não é campo da militância. Uma coisa é a militância que você faz, outra coisa é a produção do conhecimento. Se você pegar assim o que seria o equivalente hoje a um Raul Lara, que é um cara que eu respeito, porque ele é consistente, ou o Mário Testa, que eu gosto. Eu já escrevi também pautando ele em meu texto sobre a militância. Eu cito o Mário para dialogar. O Mário acredita que a grande questão que faz a diferença é o sujeito epistemológico. Então, na realidade, a grande mudança para a construção de uma nova sociedade é a construção de uma nova epistemologia e novos sujeitos. Que quer dizer isso? É construir novos territórios epistêmicos revolucionários engajados. Mas o que é isso? É uma nova ciência, a ciência de uma outra verdade. Eu não acredito nisso, mas quando você acredita nisso, onde você joga sua militância? No lugar onde se fabrica ciência, e você disputará a conformação dessa nova ciência. Desde o começo tem pessoas desse tipo, compondo o movimento da Reforma Sanitária. Mas na medida em que eles vão acumulando até poder pela Reforma Sanitária, eles vão adquirindo mais poder no campo que é legitimado como ciência, e eles vão para esse território de disputa, até o ponto que esse é o único território de disputa deles. Então, é mais importante para eles um espaço na CAPES do que ganhar o governo da Bahia. É mais importante, porque é lá no espaço da CAPES que você validará, disputando contra os outros, a nova ciência. É uma maravilha que eles conquistem novos espaços na CAPES. O problema é que, para isso, que tipo de concessão de ciência eles estão fazendo? É aí que eu digo que a saúde coletiva perdeu o rumo. Ao abandonar esse território do campo da disputa da produção social da saúde e ir para o campo da produção social da ciência, essas pessoas perdem a base de sua fundação e vão virando conservadores. Então, você vê muitas pessoas brilhantes, no campo de produção, disputando campo de produção social de ciência profundamente conservador, dizendo por exemplo, que “o artigo do fulano de tal não é científico”. Como assim não é científico?

Imagina que quando eu propus que eu queria ver essas três vertentes a banca mandou eu cortar.

Eu respeito o Kenneth, seu orientador. Mas qual é a diferença de um Kenneth – que eu respeito – para esse meu olhar? É porque o campo de produção das práticas sociais, que é o meu campo de disputa, para ele é um campo de produção social da ciência. E eu não consigo ver essa conformação de tal maneira em que um não está na transversalidade do outro. Então, a discussão da ciência no campo da saúde tem que passar pela discussão do campo da produção social da saúde. E não passa pela disputa do campo da ciência qual é o método mais científico, qual é o método menos científico.

Apesar de você não gostar e não utilizar Bourdieu, quando ele faz aquele discurso sobre os discursos sociais da ciência...

Ele se aproxima em parte. Em parte dá para considerar o Bourdieu e chegar em um ponto, mas a partir de um ponto ele não vai mais, porque ele quis salvar as ciências sociais na teoria dele. Qual meu problema com Bourdieu? Ele também é um cara inteligente, interessante. Ele percebe que as ciências sociais estão em crise, que elas não conseguem mais dar conta do que se propõem. É o que o Foucault afirma da ciência. O Foucault pondera que o maior inimigo da ciência é ela mesma, porque ela promete uma coisa que não consegue cumprir, que é a produção da verdade.

E o Boaventura faz a crítica e vive em cima disso...

O Boaventura também quer salvar as ciências sociais. No fundo, eles nunca deixaram de ser sociólogos.

Eles querem salvar a sociologia e a antropologia.

Enquanto ciência. Enquanto ciência que disputa a verdade...

Isso. Essa é a ciência. Então, nós precisamos produzir uma nova ciência. O livro que o Naomar fez lá aí do ponto de vista da titulação como titular mesmo... O campo da produção da ciência como tal em si, e aí as pessoas disputarão nisso. Para mim, é ótimo que eles disputem isso; o problema é quando eles voltam contra nós. Aí se voltam contra nós, contra a produção de conhecimento. Há uma grande disputa sobre o que é a verdade no campo social da produção da saúde. Aí começa a fazer uma divisão entre o que é ciência e o que não é ciência, sobre método científico e método não-científico, neutralidades e contaminação. Então, começa a ficar uma coisa que eu sou contra. Eu falo: a saúde coletiva começou a virar o pólo conservador da Reforma Sanitária. Nessa hora, ela começa a virar o pólo conservador, porque ela olha os movimentos da Reforma Sanitária e fala assim: “olha, é a ciência que nós estamos produzindo aqui que vocês têm que consumir”. Segundo: a ciência que nós estamos produzindo aqui obedecerá aos cânones da oficialidade da ciência, o conceito de mais científico e não-ciência, de científico e não-científico. Por isso que eu comecei com Deleuze e não comecei com Foucault, para você entender o que eu penso que é a saúde coletiva. Não tenho dúvida, o pólo conservador. E é fácil você ter indicador. Você analisa. Visite banco de tese defendido em 2008 na Fiocruz, na Unicamp, na USP, na saúde pública; visite e pergunte quantas delas são significativas e têm algum valor de uso. Agora, visite a quantidade de trabalhos recusados pelos últimos congressos da Abrasco, porque não é científico, e pergunte qual o valor de uso deles para você. Faça esse parâmetro que eu estou te propondo e você verá o que eu estou te dizendo.

A lógica de funcionamento dos comitês de ética influenciou na produção científica do campo da Saúde Coletiva? Como vê a influência dos comitês no desenvolvimento de pesquisas do campo?

Eu não posso cair nessa *esparrela* que o campo tem hoje, que te manda um parecer, dizendo: “Esse seu texto é muito grande!”

Ou o Comitê de Ética que recusa a pesquisa porque...

É, e aí começa a virar o critério da ciência e não é ciência.

Ou a nota da CAPES que diz que um programa é melhor do que o outro porque...

Isso, lógico! Por quê? Porque esse é o campo revolucionário deles, campo revolucionário que a CAPES diz quem são as ciências. Eu acho bom tocar nisso, porque aí responde algumas coisas: CAPES, Comitê de Ética, tudo isso. Você acha que tem algum papel definidor? Não. Com o conteúdo que eles operam, poderia ter, mas não do jeito que opera; não tem a mínima importância. Óbvio que tem que ter. Eu penso que o campo da ciência vem virando cada vez mais conservador.

Ou como instrumento da disputa da ciência.

Ah, é lógico que é... A ciência mais conservadora captura a ciência a partir desses instrumentos. É lógico. Não tenho a mínima dúvida disso. Pertence a esse lugar.

E a lógica da produção científica na saúde coletiva acaba sendo reprodução dessa disputa...

Desse processo instituído no campo da ciência...

De normatização...

Para mim, a ciência em nosso campo deve ser produzida ali no campo da produção social, da saúde, onde nós estamos lá fazendo disputa. Essa disputa é que ilumina a produção de conceito. Essa disputa é que me interessa.

Como você analisa a relação da ação política no setor saúde no Brasil a partir da lógica de produção do campo da Saúde Coletiva (dinâmica dos atores, disputas de poderes)? E em relação às demais produções científicas, elas influenciaram as ações políticas na saúde do Brasil?

Pergunto isso porque o primeiro desenho que eu tinha era de olhar o tripé de um marcador de análise que era a questão da produção de conhecimento, do saber, das práticas da prática saúde e das políticas em saúde, e eu achava que, na verdade, esse tripé é o que dava sustentação à constituição do campo, do lugar da saúde coletiva.

Eu rompo esse tripé. Eu estou vendo que cada braço desse polvo tem essas três coisas dentro dele.

Mas você fala do movimento da Reforma Sanitária, e aí eu falo da saúde coletiva. Como estão a saúde coletiva e o movimento da Reforma Sanitária?

Nesse processo eu rompo.

Nesse processo ela se constitui, mas ela não é Reforma Sanitária...

É, durante um certo momento, claramente, a grande questão da saúde coletiva, na disputa que ela fazia com saberes, era se compreender como um campo fundamental de construção de uma nova lógica e organização das práticas de saúde. E nós, no movimento de disputa de projetos governamentais e societários, nos alimentávamos dessa relação. É, até o ponto em que eu penso que começa a ficar um pouco difícil falar nessa intimidade no campo da Reforma Sanitária entre esses braços do polvo. É como se o polvo perdesse o braço. Então, a partir de um certo momento, em minha concepção, a saúde coletiva vai embora desse lugar. Ela torna-se em si. Ela dialoga dentro desse território institucionalizado. É como se ela nascesse nestas relações: se institucionaliza a partir dessa construção e depois vai embora. E se relaciona com esse campo desse lugar de fora. Então, eu não vejo a saúde coletiva como de fora desde sempre. Eu vejo o movimento da saúde coletiva como de fora na produção de ficar de fora, tanto que, hoje, eu tenho uma análise que um dos atrasos da Reforma Sanitária é a saúde coletiva brasileira. Eu penso que eu não sou o único que fala isso; deve ter mais alguém que fala. Mas eu falo, já escrevi, já fiz conferência sobre isso e continuarei falando. Eu penso a saúde coletiva brasileira como o pólo atrasado da Reforma Sanitária. Uma das grandes razões é que ela foi capturada pelo cientificismo de ótica profundamente positivista, instituída do que é ser ciência. Ela perdeu o campo da ciência intervenção, ciência militante, porque ela começou a acreditar que ser ciência é não ser militante. Então, eu penso que hoje, o campo da saúde coletiva é um campo atrasado. É um campo conservador do ponto de vista de concepção de ciência da produção de conhecimento. É um campo que quer normatizar a ação na disputa societária do ponto de vista das práticas de saúde. Isso é uma tensão que existe hoje. Tem pessoas da saúde coletiva que acham que o lugar delas é produzir conhecimento e ofertar para as redes consumirem. Elas não se dispõem a negociar as relações de seu saber com as relações da rede. Há uma diferença. Isso não era assim. Jamais a Cecília diria, lá em 70, que ela estava produzindo conhecimento do verdadeiro, da ciência acadêmica, e que nós, da militância, tínhamos que consumir. O diálogo com ela era um diálogo marxista: era de outra ótica.

Quando e por quê?

Era uma produção. Não tem data; era uma produção. Na hora em que você se vê como campo próprio, você já pensa na lógica de afastamento de fora por dentro e não ser de dentro.

Como vê a Abrasco e o Cebes na trajetória do campo da Saúde Coletiva no Brasil? Que papel assumiram? Como se comportaram? Que disputas travaram? Quais suas bandeiras de luta? Quais suas prioridades? Que influência tiveram e/ou ainda têm para o campo? Nesse campo, esses atores, instituições, lugares, movimentos, enfim...

Os instituídos ou os instituintes? Porque, se você pega eu, Gastão, Luis Cecílio, nessa produção dos anos 80 e 90, nós entramos nesse campo como furar muro, como diz o Deleuze: nós furamos um muro. Esse campo não quer que nós estejamos presentes ali dentro, dizendo "vocês não produzem ciência". Vocês vão lá no campo das políticas... tanto que a grande acusação é assim: "Vocês estão lá na

militância. Muito legal o que vocês fazem, mas é militância, é política de governo”. Nós estamos gastando a nossa vida nos anos 80 e 90 nas redes, só que produzindo conhecimento junto. É nisso que nós estamos gastando a vida. Nenhum de nós três teve qualquer importância na Abrasco. Você acha que eu já não fui convidado para fazer parte da diretoria nacional da Abrasco várias vezes? Lógico que eu fui, mas não me interessa participar da Abrasco. Eu quero que a Abrasco dê certo, mas não me interessa, porque o foco de quem está hegemoneizando a Abrasco é outro; não é o meu.

E essa perspectiva da Abrasco como associação das pós-graduações e como instituição que faz essas múltiplas disputas no campo, porque assim... Pela ciência?

Tudo que a Abrasco não é, é uma associação de pós-graduação. Mas repara: qual é o campo no qual a Abrasco milita hoje? É o campo da produção social da saúde. Por onde? Por sua inserção como ator no campo da produção social da ciência. Então, é esse o lugar que a Abrasco se vê.

Se vê, mas disputa...

Sim, mas desse campo você faz estratégia de disputa. Agora, por que oferta? O que você oferta para o movimento? Conhecimento científico, revolucionário, mais verdadeiro que o outro.

Que quer instituir mudança no Estado.

Que quer instituir, mas a partir da ciência.

E que acha que consegue interferir na prática?

É lógico. Como é que, no bom sentido, o ISC se relaciona com a estrutura de governo? Isso é saber para vocês consumirem. Por aí você não terá. Você não terá.

E o Cebes?

O Cebes, como parte original de ter nascido no campo da construção da reforma, e no campo da disputa da produção social, o Cebes nunca adquiriu a cara claramente de ser uma revista. Quando eu fui do conselho editorial, coordenador do conselho editorial há uns quatro anos, eu fiz um editorial do Cebes falando sobre isso, sobre a importância que tinha no Cebes, dessa sua característica. Desse território por onde navegavam o encontro dos saberes que vinham de todos esses campos, inclusive do campo da ciência, mas que o Cebes não poderia ser. Por isso que eu tenho militado pouco no Cebes nessa direção. Não podia ser o campo, uma revista que se consagrasse por ser do mesmo jeito que essas auto-pretendidas “Caderno de Saúde Pública”, que são as revistas que legitimam o que é a ciência. Eu penso que o Cebes é um *samba do crioulo doido*, porque a Reforma Sanitária vem vazando de vários lugares. Eu penso que a Reforma Sanitária hoje não tem ator consistente para si. Quando eu digo que “a saúde coletiva é um dos pólos atrasados”, eu também digo que a Reforma Sanitária carece de ator hoje. Se você for pensar qual é a pauta que o SUS tem e quais são os atores que conseguem enfrentá-la, você verá que não existe ator para enfrentar. Tanto que o SUS também vem virando um pólo conservador da reforma. O SUS também é um campo novo que vai se destacando, que é o campo da construção de política de governo na saúde, que originalmente não se separava do campo da Reforma Sanitária, uma vez que possuía um campo próprio. Na mesma linha que eu estava raciocinando com o campo na saúde coletiva nas instituições acadêmicas como ciência, também o SUS vem fazendo isso. E penso que isso é um dos riscos que nós já vínhamos alertando, e que hoje nós desembocamos, que é a fragilidade que o SUS tem hoje no país. Na hora que o SUS pede ator, quem são os atores mais instituídos que o SUS tem para apoiá-lo, em termos de Reforma Sanitária? Quase nenhum mais. Nenhum! Quando você pede ator para o SUS, ou são os instituídos como governo, ou são os instituídos como acadêmico; o resto sumiu. Então, estes dois campos instituídos que vêm sustentando esse processo, do meu ponto de vista, não têm qualidade para dar conta da agenda que a Reforma Sanitária hoje ainda tem para dentro do SUS.

E ainda se relaciona com os movimentos populares, como um negócio...

Como negócio. Agora, só se faz negócio... hoje são relações de negócios? Não e, na realidade, o movimento popular sumiu, porque os conselhos hoje estão ocupados por velhos sindicalistas. Há uma sindicalização, do ponto de vista da razão instrumental política do sindicalismo, de ocupação dos conselhos municipais, estaduais, nacional. São velhos atores. Não estou pessimista, mas eu estou problematizando. Só que eu problematizo de outro território, de outro lugar, bem diferente do que você está acostumada a escutar das pessoas. Essa é a questão que está colocada para mim. Por exemplo, eu tenho uma fala no IMS dia 3 de março. Minha fala é: "Não há ator para o SUS que queremos". E é essa a análise que eu estou colocando. Agora, parte de lugares completamente diferentes, dos pressupostos que as pessoas tomam. O que é a ciência? O que é a saúde coletiva como ciência? O que é a saúde coletiva? O que é a Reforma Sanitária como política de governo? Como é que nasceu isso? Que territórios instituídos são esses? O que tem de ganho, o que tem de perda? Eu não vou dizer que nós não conquistamos nada, mas eu não sou um militante dessa ciência, nem um militante dessa...

Mas a Saúde Coletiva que como pensamento da construção da ciência... o SUS então, como essa... esse campo de produção política de...

Que virou o que nós temos hoje.

De estatização das idéias.

Que nós temos hoje.

E a que o saber popular militante que está hoje não...

Saber... eu não usaria popular... o saber...

Da prática.

Do mundo da vida, da prática do campo da saúde. Como ocorre no mundo do trabalho, ocorre lá no viver dos grupos sociais.

Mas que hoje, diferente desses dois, não consegue se articular como um campo...

Eles têm sido deslegitimados como território do saber por esses outros dois. Eles têm sido deslegitimados. No movimento da reforma, inicialmente, não o era, não tinha essa separação. Então, lá no movimento da reforma, não tinha o campo da saúde coletiva, o campo do SUS instituído como governo. Então, isso é ganho ou perda? Não sei. Se eles fossem atores reais para avançar a agenda da reforma, eu diria ganho. Mas, como a minha análise é que eles não fazem avançar a agenda da reforma, virou perda. Virou um problema, e não uma solução. Também não quero falar de ganho e perda, mas quero falar de solução e não-solução. Então, o que aconteceu hoje? A Abrasco é uma solução ou é um problema? Esta Abrasco é um problema. Os grupos que se dizem guardiões da ciência no campo da saúde coletiva é uma solução ou é um problema? Para mim é um problema.