

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Thiago Barreto Bacellar Pereira

A ABRASCO e a dinâmica de consensos, conflitos e disputas na Saúde Coletiva

Rio de Janeiro

2021

Thiago Barreto Bacellar Pereira

A ABRASCO e a dinâmica de consensos, conflitos e disputas na Saúde Coletiva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tatiana Vargas de Faria Baptista

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: ABRASCO and the dynamics of consensus, conflicts and disputes in Public Health

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

P436a Pereira, Thiago Barreto Bacellar.
A ABRASCO e a dinâmica de consensos, conflitos e disputas na Saúde Coletiva / Thiago Barreto Bacellar Pereira. -- 2021.
188 f. : il. ; graf. ; tab.

Orientadora: Tatiana Wargas de Faria Baptista.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. ABRASCO. 2. Saúde Coletiva. 3. Política de Saúde. 4. Educação de Pós-Graduação. 5. Organizações – história. 6. Organizações - organização & administração 7. Relatos de Casos. 8. Entrevistas como Assunto. I. Título.

CDD – 23.ed. – 378.1990981

Thiago Barreto Bacellar Pereira

A ABRASCO e a dinâmica de consensos, conflitos e disputas na Saúde Coletiva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 17 de novembro de 2021.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Eduardo Levcovitz

Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro

Prof^a. Dr^a. Monique Azevedo Esperidião

Universidade Federal da Bahia / Instituto de Saúde Coletiva

Prof^a. Dr^a. Tatiana Wargas de Faria Baptista (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz / Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2021

À Paula, eterna amiga e parceira;

À Jacira e ao Ruben, que se foram, mas continuam inspirando;

À Leticia e ao João, duas fontes de alegrias e esperança;

À Inês, amada companheira e cúmplice de caminhada e confinamento.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Sandra, ao meu pai, Jorge Cosme, e aos meus irmãos, Diogo e Guilherme, pela compreensão e apoio, mesmo diante de tanta saudade e vontade de estarmos juntos.

À querida Tatiana Vargas de Faria Baptista, a quem não tenho palavras para agradecer por todo o encorajamento, pela assertividade serena, pelas orientações e pela aprendizagem nos estudos, trocas e conversas. Sabia que tê-la como orientadora seria maravilhoso, mas a experiência superou essas expectativas. Mesmo com todos os desafios colocados pela pandemia e há tanto tempo sem um encontro presencial, em nenhum momento me senti sozinho ou sem apoio nesta jornada.

Ao PPG em Saúde Pública da ENSP, pela solidariedade e carinho da turma, pelos diálogos, debates e aprendizados nas disciplinas, pela compreensão da Comissão de Pós-graduação na concessão de prazo adicional para a conclusão da dissertação, e ao Eduardo, sempre prestativo, no Serviço de Gestão Acadêmica. Ao Ruben Araújo de Mattos (*in memoriam*), ao Ronaldo Teodoro e à Carmem Teixeira por me receberem nas suas disciplinas.

Aos participantes da pesquisa, que foram tão gentis, solícitos e generosos nas entrevistas.

A todos que estimularam, em algum momento, o meu ingresso no mestrado e ouviram as minhas dúvidas, questões, angústias e aceitaram trocar ideias e encorajaram que este passo fosse dado: Ruben Araújo de Mattos, Luis Eugênio de Souza, André Luis de Oliveira Mendonça, Isabela Soares Santos, Jairnilson Silva Paim, Luciana Dias de Lima e Angélica Ferreira Fonseca.

À Gulnar Azevedo e Silva pela compreensão e pelo respeito, mesmo com todos os desafios que a ABRASCO enfrentou, em nenhum momento retirou o apoio para que eu pudesse me dedicar ao mestrado, e à Rosana Onocko Campos, pelo acolhimento e incentivo na reta final da redação desta dissertação.

À Viviane Rosa Tavares e à Dayana Rosa Duarte Morais, que cuidaram da Secretaria Executiva e permitiram que eu tivesse tempo e tranquilidade para fazer as disciplinas, realizar a pesquisa e concluir este trabalho.

À toda a equipe da Secretaria Executiva da ABRASCO pela paciência neste período, em especial à Cátia Pinheiro de Souza, à Hara Flaeschen, à Fernanda Conceição de Sousa, à Roberta Miranda de Nascimento e ao Jorge Luiz Lucas, por todo o apoio, cuidado e atenção na localização de documentos e materiais da ABRASCO.

Ao Bernardo Lessa Horta, coordenador da área de Saúde Coletiva na CAPES, pelo fornecimento de informações dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva, e à Patrícia Tavares Ribeiro, pelo empréstimo da sua dissertação de mestrado.

Por último, mas não menos importante, a todas e todos que construíram e continuam a construir a ABRASCO. Sem vocês, este trabalho não faria sentido.

O impossível é o lugar para onde não cansamos de andar, mais de uma vez, quando queremos mudar de situação. Tudo o que realmente amamos foi um dia impossível.

SAFATLE, Vladimir, 2016, p. 36.

RESUMO

Em 2019, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) completou 40 anos de existência. O exame da trajetória da ABRASCO oferece um panorama da Saúde Coletiva, indicando a sua institucionalização e profissionalização como área de produção de conhecimento científico e suas vinculações com os rumos da política e as transformações do sistema de saúde no país (LIMA; DIAS, 2018). Além disso, por ser uma associação cujo formato permite aglutinar as diferentes áreas da Saúde Coletiva, a ABRASCO se caracteriza como um espaço que é alvo do investimento específico de seus diversos agentes. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a produção de consensos, disputas e conflitos, no período entre 2009 e 2018, que se desenvolveram no interior da ABRASCO frente às tensões e aos desafios existentes na Saúde Coletiva. Para tanto, foi realizado estudo de caso enfocando (i) a repercussão no interior da entidade das tensões entre as três áreas disciplinares que estruturam a Saúde Coletiva e (ii) a dinâmica da participação e representação das instituições de ensino e pesquisa na Diretoria da ABRASCO. Os procedimentos de pesquisa foram divididos em: revisão da literatura, análise documental e a realização de entrevistas semiestruturadas. No total, foram entrevistados 12 associados da ABRASCO, que compõem quatro grupos: (i) três ex-presidentes, do período 2009-2018; (ii) seis coordenadores de Comissões entre 2013 e 2019; (iii) duas associadas com atuação marcante na Pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva; e (iv) um ex-secretário executivo. A análise do material coletado tanto pela pesquisa documental quanto nas entrevistas semiestruturadas se deu sob a perspectiva do referencial teórico-analítico da pesquisa, que contou com dois componentes. A teoria geral dos campos, de Pierre Bourdieu, embasou a análise acerca do campo da Saúde Coletiva. Por sua vez, a perspectiva agonística do político, de Chantal Mouffe, foi utilizada de forma complementar para examinar as dinâmicas conflitivas existentes na ABRASCO. O estudo recuperou a formação da Saúde Coletiva, realizou uma descrição da sua expansão e consolidação e apresentou uma contribuição ao debate sobre a sua caracterização como um campo. Em relação a ABRASCO, a pesquisa enfocou a atuação da entidade na articulação das três áreas disciplinares e a sua contribuição para a constituição de um *habitus* do campo, examinou as representações institucionais no interior da Diretoria e, em diálogo com Vieira-da-Silva (2018), sugere a existência de um polo hegemônico da Saúde Coletiva. Ademais, apresenta a produção de consensos e disputas entre 2009 e 2018.

Palavras-chave: ABRASCO. Saúde Coletiva. Política de Saúde.

ABSTRACT

In 2019, the Brazilian Association of Public Health (ABRASCO) completed 40 years of existence. The examination of ABRASCO's trajectory offers an overview of Public Health in Brazil, indicating its institutionalization and professionalization as an area of scientific knowledge production and its links with the directions of politics and the transformations of the health system in the country (LIMA; DIAS, 2018). In addition, as it is an association whose format allows to bring together the different areas of Public Health, ABRASCO is characterized as a space that is the target of specific investment by its various agents. This research aims to analyze the production of consensuses, disputes, and conflicts, in the period between 2009 and 2018, which developed within ABRASCO in view of the existing tensions and challenges in Public Health. Therefore, a case study was carried out focusing on (i) the repercussion within the entity of the tensions between the three disciplinary areas that structure Public Health and (ii) the dynamics of participation and representation of educational and research institutions on the ABRASCO Board of Directors. The research procedures were divided into literature review, document analysis and semi-structured interviews. In total, 12 ABRASCO associates were interviewed, comprising four groups: (i) three former presidents, from the 2009-2018 period; (ii) six Committee coordinators between 2013 and 2019; (iii) two associates with outstanding performance in the master's and doctoral programs in Public Health; and (iv) a former executive secretary. The analysis of the material collected both in the document research and in the semi-structured interviews took place under the perspective of the theoretical-analytical framework of the research, which had two components. The general field theory, by Pierre Bourdieu, was the basis for the analysis of the field of Public Health. In turn, Chantal Mouffe's agonistic approach of the politics was used in a complementary way to examine the conflicting dynamics existing within ABRASCO. The study recovered the formation of Public Health, described its expansion and consolidation and contributed to the debate on its characterization as a field. Regarding ABRASCO, the research focused on the entity's performance in the articulation of the three disciplinary areas and its contribution to the constitution of a habitus of the field, examined the institutional representations within its Board of Directors and, in dialogue with Vieira-da-Silva (2018), suggests the existence of a hegemonic pole of Public Health. Furthermore, it presents the production of consensuses and disputes between 2009 and 2018.

Keywords: ABRASCO. Public Health. Health Policy

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Número de programas acadêmicos em Saúde Coletiva por ano, 1970-2020	53
Gráfico 2 – Criação de cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva por modalidade e nível, 1970-2020	53
Gráfico 3 – Número de cursos de graduação em Saúde Coletiva, 2002-2020	59
Quadro 1 – Presidentes da ABRASCO por filiação institucional, 1979-2021	93
Quadro 2 – Presidentes, vice-presidentes e conselheiros da ABRASCO por filiação institucional, 1979-2021	94
Quadro 3 – Presidentes da ABRASCO por Unidade da Federação, 1979-2021	95
Quadro 4 – Presidentes, vice-presidentes e conselheiros da ABRASCO por Unidade da Federação, 1979-2021	96
Quadro 5 – Cronologia dos congressos da ABRASCO, 1986-2021	99
Quadro 6 – Cronologia da criação das comissões, grupos temáticos, comitês de assessoramento, fóruns e periódicos da ABRASCO (1983-2019)	105
Quadro 7 – Marcos das gestões da ABRASCO, entre 2009 e 2018	163
Quadro 8 – Relação dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva existentes, encerrados em projeto, em agosto de 2020	177
Quadro 9 – Relação de cursos de graduação em Saúde Coletiva, em agosto de 2020	182

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Programas de pós-graduação em Saúde Coletiva criados entre 1970 e 1977	52
Tabela 2 – PPGs em Saúde Coletiva em funcionamento e em projeto, em agosto de 2020	54
Tabela 3 – Cursos de PPGs em Saúde Coletiva em funcionamento e em projeto, em agosto de 2020	54
Tabela 4 – PPGs em Saúde Coletiva em funcionamento por modalidade, Região e Unidade da Federação, em agosto de 2020	55
Tabela 5 – Programas de Pós-graduação acadêmicos em Saúde Coletiva segundo conceito obtido nas avaliações da CAPES, em 2010, 2013 e 2017	56
Tabela 6 – Conceitos obtidos por 11 programas de pós-graduação nas avaliações da CAPES, em 2010, 2013 e 2017	57
Tabela 7 – Bacharelados em Saúde Coletiva em funcionamento por Região e Unidade da Federação, em agosto de 2020	60
Tabela 8 – Número de edições dos congressos da ABRASCO por Unidade da Federação	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI	Associação Brasileira de Imprensa
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
ALAESP	Associação Latino-Americana das Escolas de Saúde Pública
ANMR	Associação Nacional de Médicos Residentes
APSP	Associação Paulista de Saúde Pública
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde
C&SC	Ciência & Saúde Coletiva
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRH/IPEA	Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CSHS	Ciências Sociais e Humanas em Saúde
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
DO	Doutorado
DP	Doutorado Profissional
DSC	Departamento de Saúde Coletiva
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EPM	Escola Paulista de Medicina
FAP	Fundação de Amparo à Pesquisa
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FCMBB	Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu
FCMSCSP	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

FGSC	Fórum de Graduação em Saúde Coletiva
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FM	Faculdade de Medicina
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FSP	Faculdade de Saúde Pública
IAM	Instituto Aggeu Magalhães
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e Tecnologia
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
ME	Mestrado
MP	Mestrado Profissional
MRS	Movimento pela Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva e Nutrição
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAR	Programa de Apoio às Residências em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PEPPE	Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas
PESES	Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PP&G	Política, Planejamento e Gestão da Saúde
PPG	Programa de Pós-graduação
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PROSOCI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Social

PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RBE	Revista Brasileira de Epidemiologia
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
SBH	Sociedade Brasileira de Higiene
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UERGS	Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNAM	Universidade Autônoma do México
UnB	Universidade de Brasília
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
WFPHA	World Federation of Public Health Associations

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO-ANALÍTICO	20
2.1	TEORIA GERAL DOS CAMPOS	20
2.2	A PERSPECTIVA AGONÍSTICA DO POLÍTICO	25
3	PERCURSO METODOLÓGICO	28
4	SAÚDE COLETIVA: CAMPO E CONTEXTO	37
4.1	ANTECEDENTES	37
4.1.1	Medicina Preventiva e os DMPs	37
4.1.2	A atuação das fundações norte-americanas e da FINEP	40
4.1.3	OPAS e Medicina Social	41
4.1.4	Saúde Pública	43
4.1.5	Contexto político	45
4.2	CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	48
4.2.1	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em Saúde Coletiva	48
4.2.2	Pós-graduação <i>stricto sensu</i> em Saúde Coletiva	52
4.2.3	Graduação em Saúde Coletiva	58
4.3	NOME E SIGNIFICADOS	61
4.4	CAMPO DA SAÚDE COLETIVA?	63
4.5	TENSÕES, DISPUTAS E CONFLITOS	69
5	ABRASCO: ANÁLISE DE UM CORPO POLÍTICO	74
5.1	FORMAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO	74
5.2	A ABRASCO E A RELAÇÃO ENTRE AS TRÊS ÁREAS DISCIPLINARES	80
5.3	ARTICULAÇÃO DO CAMPO E CONTRIBUIÇÕES PARA O <i>HABITUS</i> DA SAÚDE COLETIVA	83
5.4	A ABRASCO E O POLO HEGEMÔNICO DA SAÚDE COLETIVA	90
5.5	CONSTRUÇÃO DE CONSENSOS, CONFLITOS E DESAFIOS INSTITUCIONAIS	101
5.6	REFORMA INSTITUCIONAL	109
5.6.1	Normatização dos Grupos Temáticos e das Comissões	112
5.6.2	Nome, Diretoria e Conselho	118

5.7	DESAFIOS INSTITUCIONAIS ATUAIS	120
5.7.1	Desconcentração e renovação	123
5.8	ESPAÇOS DE TENSÕES, CONFLITOS E CONSENSOS	129
5.9	SUCESSÕES, AUTONOMIA POLÍTICA E PROFISSIONALIZAÇÃO	141
5.9.1	Sucessões na Presidência e nas coordenações das Comissões	141
5.9.2	Autonomia política	148
5.9.3	Profissionalização e visibilidade institucional	154
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
	REFERÊNCIAS	165
	APÊNDICE A – Relação dos programas de pós-graduação em saúde coletiva existentes, encerrados em projeto, em agosto de 2020	177
	APÊNDICE B – Relação de cursos de graduação em saúde coletiva, em agosto de 2020	182
	APÊNDICE C – Roteiro para entrevista semiestruturada	184
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	186

1 INTRODUÇÃO

Os planos para ingressar no curso de Mestrado já me acompanhavam há algum tempo. Quando Carlos dos Santos Silva me convidou para ser o seu adjunto na Secretaria Executiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), nos primeiros meses de 2013, estes planos lá estavam. Porém, o ingresso nesse novo local de trabalho, que se caracteriza por uma diversidade de atividades e por uma rotina intensa, sugeria ser mais prudente esperar. Encerrado um primeiro ciclo de gestão, em 2015, considerei-me apto a retomar esses planos.

Inicialmente, planejava um estudo sobre a atuação de sujeitos coletivos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Era uma forma de refletir sobre o lugar em que estava inserido. Contudo, os desafios de uma nova gestão na ABRASCO foram amplificados pela instabilidade política do país, que significava desde os impactos mais gerais do golpe parlamentar até situações bastante objetivas nas instituições da Saúde Coletiva que, em maior ou menor grau, atingiam a ABRASCO. A própria conjuntura estimulava uma atualização das perguntas e dos temas que eu me colocava naquele momento.

Em paralelo, em agosto de 2017, assumi a Secretaria Executiva da entidade. Um novo ciclo teve início, e os planos para o Mestrado foram, novamente, adiados. Dessa vez, para depois do “Abrascão” de 2018...

Nesse período, revisei uma série de ideias, e uma nova possibilidade se abria, conectada à nova inserção na associação. Era necessário entender a ABRASCO, estudá-la, refletir sobre ela. O ponto de partida buscou estabelecer um elo entre esse lugar em que eu estava cada vez mais imerso e alguns conceitos formulados por Antonio Gramsci. A ideia não era um estudo histórico, mas uma análise de política, um exame da ABRASCO contemporânea.

Álvaro Cunhal, quando escreveu o ensaio “O Partido com Paredes de Vidros”, em 1985, pretendia oferecer aos leitores a possibilidade de observar e conhecer por dentro o Partido Comunista Português (PCP), como se o fizessem através de paredes de vidro. Tratava-se de uma reação às acusações que desenhavam esse partido como se estivesse escondido em um *bunker* de grossas paredes de concreto, como se seus verdadeiros objetivos e a sua vida interna não pudessem ser revelados.

Este não é o caso da ABRASCO. Assim, o objetivo deste trabalho não é instalar paredes de vidro. No entanto, talvez seja o caso de deixar abertas as janelas existentes para permitir que o dia ilumine áreas pouco percebidas, por não terem sido ainda suficientemente exploradas.

Em setembro de 2019, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) completou 40 anos de existência. A fundação da ABRASCO não é um marco apenas para a

entidade, pois a sua criação representa a institucionalização da Saúde Coletiva, uma espécie de ato inaugural do campo. Evidentemente, seria arbitrária tal redução, mas a relação entre ABRASCO e Saúde Coletiva é tão estreita que, possivelmente, não possui paralelo no Brasil.

Esta é uma das peculiaridades da ABRASCO, mas não é a única. Entre elas, sobressaem sua capacidade de intervenção no debate público e a interlocução com a sociedade, sendo uma das referências de um movimento político, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Diferencia-se, assim, tanto de outras entidades científicas quanto de organizações da sociedade civil da área da saúde.

Com o seu desenvolvimento e sua ampliação ao longo do tempo, a ABRASCO passou por expressivas mudanças, que também são reveladoras do crescimento da Saúde Coletiva, pois essa expansão estimulou ou provocou parte dessas alterações. Dentre elas, destacam-se aquelas que intensificaram as atividades acadêmicas, políticas e organizativas da entidade, como a criação de um conjunto de órgãos internos: Comissões, Grupos Temáticos, Fóruns, Comitês e Periódicos. Hoje, é possível afirmar que essas estruturas são essenciais para o desenvolvimento das atividades da associação e até mesmo para a sua identidade.

Um marco significativo dessas mudanças ocorreu durante o 1º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde, em agosto de 2010, em Salvador. Na ocasião, foi realizada uma reunião ampliada da Diretoria da ABRASCO, que contou com a participação de representantes de 14 dos 21 grupos da entidade (Comissões, GTs e Fóruns) existentes à época. Durante a reunião, foi apresentado o resultado de uma pesquisa realizada com esses órgãos internos, que provocou um debate sobre a identidade da associação e resultou na elaboração de uma “Agenda de transformação da ABRASCO” para uma reforma orgânica e política da entidade. Essa agenda seria tema de um “minicongresso” da ABRASCO, durante o 5º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, em abril de 2011, em São Paulo, e culminaria em uma fase final de reavaliação durante o 9º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em novembro de 2011, também em São Paulo (ABRASCO, 2010c). No entanto, esse processo realmente teve início nas datas previstas, mas se estendeu até 2014. No total, a ABRASCO realizou quatro minicongressos e cinco assembleias que reformularam o seu estatuto e aprovaram um novo regimento interno, em 2013, que, entre outras providências, normatizou o funcionamento de Comissões, Grupos Temáticos, Fóruns e Periódicos.

Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014) afirmam que, apesar de consolidada, a Saúde Coletiva continua em um processo de reafirmação. Porém, sublinham que, para essa reafirmação, reproduzir os valores e as perspectivas históricas que animaram a emergência da Saúde Coletiva significa estar implicada com novos questionamentos que confrontem o

tradicional, evitando determinadas restaurações, e provoquem continuamente a sua renovação. Isto é, uma reafirmação que reitera a capacidade da Saúde Coletiva de propor “algo novo”.

Conforme sintetizado por Lima e Dias (2018), o exame da trajetória da ABRASCO oferece um panorama da Saúde Coletiva, indicando a sua institucionalização e profissionalização como área de produção de conhecimento científico, e suas vinculações com os rumos da política e as transformações do sistema de saúde no país. Além disso, por ser uma associação cujo formato permite aglutinar as diferentes áreas da Saúde Coletiva, a ABRASCO caracteriza-se como um espaço que é alvo do investimento específico dos seus diversos agentes, expressando disputas, conflitos e consensos que envolvem esses agentes.

Contudo, até o presente, verificamos poucos estudos dedicados ao tema. Em sua tese de doutorado, Belisário (2002) realizou a pesquisa mais abrangente e detalhada sobre a ABRASCO, cobrindo o período entre 1979 e 2000. Já Lima e Santana (2006) e Lima, Santana e Paiva (2015) organizaram coletâneas que celebraram, respectivamente, os 25 e os 35 anos da ABRASCO. Ao convidar atores dessa trajetória a participarem dela como autores, essas duas coletâneas abordaram momentos cruciais na construção da ABRASCO, assim como suas principais frentes de atuação. Além de um amplo levantamento de documentos, os três trabalhos mencionados coletaram depoimentos e avaliações de presidentes, secretários-executivos e outros protagonistas da história da Associação. Mais recentemente, cabe acrescentar, o trabalho de Vieira-da-Silva (2018) também fornece um vasto material a respeito da ABRASCO, apesar de não tratar especificamente da Associação, mas da gênese e das transformações da Saúde Coletiva.

Em que pesem todas as mudanças ocorridas nesses mais de 40 anos, a ABRASCO ainda preserva características específicas, incluindo tensões que caracterizam esse espaço do campo científico no qual ela se insere, a Saúde Coletiva (BELISÁRIO, 2002). Aqui é preciso retornar ao que se busca com este estudo, pois o exame dessas tensões e o que elas provocam são as suas motivações.

Sendo a ABRASCO uma entidade que é formada por sujeitos com trajetórias, atuações e inserções variadas, é esperada a coexistência de distintas e diversas concepções teóricas, políticas e visões de mundo. Dessa forma, também se espera que neste espaço se manifestem uma série de divergências, disputas e tensões.

Ao ser iniciada, esta pesquisa pretendia analisar a ABRASCO a partir das suas dinâmicas de produção de consensos, disputas e conflitos frente às tensões e aos desafios existentes na Saúde Coletiva. Considerando as inúmeras possibilidades que esse objetivo oferecia, a investigação teve como ponto de partida dois objetivos específicos, ainda que,

durante o seu desenvolvimento, tenha realizado incursões em outras searas. Um deles era investigar a repercussão no interior da ABRASCO das tensões entre as três áreas disciplinares que estruturam a Saúde Coletiva (Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Epidemiologia e Política, Planejamento e Gestão da Saúde). Já o segundo objetivo era examinar a dinâmica da participação e representação das instituições de ensino e pesquisa na Diretoria da ABRASCO.

Conforme já mencionado, o propósito deste trabalho é realizar uma análise da ABRASCO contemporânea, em vez de uma pesquisa centrada na história da Associação. Em função dessa característica, o trabalho possui lacunas no tratamento de questões históricas, ainda que tenha realizado um resgate para localizar a Saúde Coletiva como espaço social no qual a ABRASCO se insere e, ao mesmo tempo, recuperar aspectos relevantes na constituição da entidade.

O recorte temporal do estudo se situa entre 2009 e 2018. O marco inicial deve-se ao começo da gestão presidida por Luiz Augusto Facchini (2009-2012), quando foi concebido e iniciado o processo de reforma institucional, conforme mencionado anteriormente. Já o marco final foi definido por ser o último ano da última gestão encerrada na Diretoria da ABRASCO, presidida por Gastão Wagner de Sousa Campos (2015-2018), considerando o momento de início da pesquisa.

Além desta Introdução, a dissertação é composta, ainda, por mais quatro capítulos, além das considerações finais.

O capítulo “Referencial teórico-analítico” apresenta as contribuições de dois autores que são utilizadas ao longo deste trabalho. A primeira é a teoria geral dos campos, de Pierre Bourdieu, em particular os conceitos como campo científico, *habitus*, capital simbólico e *illusio*, que embasou a análise acerca da Saúde Coletiva. A segunda referência é a perspectiva agonística do político, de Chantal Mouffe, adotada para examinar as dinâmicas conflitivas existentes na ABRASCO.

Em seguida, o capítulo “Percurso metodológico” informa como foi o desenvolvimento desta pesquisa, explicitando escolhas, procedimentos e fontes utilizadas.

No capítulo “Saúde Coletiva: campo e contexto”, tem início a análise e a discussão do estudo. Nele, há um resgate dos antecedentes da Saúde Coletiva, visando compreender como se deu a sua constituição. Partindo das suas modalidades de formação (pós-graduação *lato sensu*, *stricto sensu* e graduação), descreve o seu crescimento e desenvolvimento. O texto ainda apresenta considerações sobre a teorização da Saúde Coletiva como conceito, apresenta uma contribuição para o debate sobre a sua definição como um campo e encerra com um mapeamento de tensões e disputas existentes no campo.

O quinto e último capítulo, “ABRASCO: análise de um corpo político”, é dedicado ao objeto da pesquisa propriamente dito. Ele recupera aspectos relativos à formação e à consolidação da entidade. Depois, enfoca a atuação da ABRASCO na articulação das três áreas disciplinares e o seu papel na articulação da Saúde Coletiva, contribuindo para a constituição de um *habitus* do campo. A partir do diálogo com a ideia de polo dominante da Saúde Coletiva, proposta por Vieira-da-Silva (2018), sugere a existência de um polo hegemônico do campo e analisa como ele se expressa no interior da ABRASCO. O capítulo também analisa as dinâmicas de conflitos, construção de consensos e desafios institucionais postos para a Associação. Tendo em vista o seu caráter emblemático, o processo de reforma institucional é abordado em uma seção específica. A parte final do capítulo é destinada aos processos sucessórios da entidade, às relações com o Ministério da Saúde e a Fiocruz e ao processo de profissionalização da equipe da Associação e o aumento da visibilidade institucional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-ANALÍTICO

O objeto desta pesquisa é a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, mais especificamente suas dinâmicas conflitivas e de construção de consensos, suas tensões e disputas. Entretanto, entende-se que essas tensões, disputas, conflitos e, também, consensos expressam questões que não têm origem na Associação, mas no seu exterior, na Saúde Coletiva.

Portanto, este trabalho buscou compreender o contexto no qual a ABRASCO está inserida e, ao mesmo tempo, atua e exerce influência. Para examinar este contexto chamado “Saúde Coletiva”, o estudo recorreu à teoria geral dos campos, de Pierre Bourdieu.

Todavia, compreendeu-se que esse arcabouço teórico não era suficiente para a análise que se pretendia realizar da ABRASCO. Desse modo, recorreu-se à perspectiva agonística do político, de Chantal Mouffe.

Considerando essa separação, ao longo do texto, em poucas passagens do texto os dois referenciais foram adotados conjuntamente. Dessa maneira, não se buscou evitar nem forçar o diálogo entre Bourdieu e Mouffe. Nas passagens em que ele fez sentido, avalia-se que as perspectivas e conceitos foram complementares.

Nas próximas seções, buscou-se dialogar com a obra de cada autor, destacando as contribuições mais relevantes para a pesquisa.

2.1 TEORIA GERAL DOS CAMPOS

De acordo com Wacquant (2013), a compreensão de Pierre Bourdieu sobre os fundamentos da heterogeneidade e das desigualdades seriam relações, assim como para Marx e Durkheim. Entretanto, tais relações não se dariam entre indivíduos ou grupos, mas de redes de relações materiais e simbólicas. Wacquant acrescenta que essas relações existem sob duas formas principais: como conjuntos de posições objetivas que as pessoas ocupam (instituições ou “campos”) e que, externamente, determinam a percepção e a ação; e na forma de esquemas mentais de percepção e apreciação (cujas articulações, em camadas, compõem o *habitus*).

Wacquant observa que, para Bourdieu, o agente social é um animal simbólico que habita um mundo vivido e construído a partir de construtos da linguagem, do mito, da religião, da ciência e de conhecimentos variados. Nesse sentido, cabe mencionar que Bourdieu (2000) percebe os símbolos como instrumentos da integração social, tornando possível o consenso acerca do sentido do mundo social e contribuindo para a reprodução da ordem social.

Entretanto, para esta pesquisa, interessa particularmente a ideia de Bourdieu (2000, p. 12) a respeito dos sistemas simbólicos. Para ele, esses sistemas se distinguem “conforme sejam produzidos e, ao mesmo tempo, apropriados pelo conjunto do grupo ou, pelo contrário, produzidos por um corpo de especialistas e, mais precisamente, por um campo de produção e de circulação relativamente autônomo”. Dessa maneira, a investigação dos sistemas simbólicos tende não apenas a revelar símbolos específicos de um determinado grupo, mas também a caracterizar a constituição de um espaço social específico.

Esse espaço social foi nomeado como campo, que Bourdieu (2004) definiu como um microcosmo social dotado de maior ou menor autonomia relativa. Contudo, a teoria geral dos campos não se trata de um modelo teórico que se restringe a análises de realidades particulares. Com ela, Bourdieu (2000) indicava não somente a possibilidade de definir as propriedades específicas de um dado campo, mas também as propriedades gerais, válidas nos diferentes campos.

Nesse sentido, Bourdieu (2000) sinaliza que a conformação de um campo pressupõe a existência de *habitus* em comum e investimento nas lutas específicas que fazem sentido para os agentes que compõem o campo (*illusio*). Tendo em vista essas lutas específicas, percebe-se que uma característica comum dos campos é o fato de ser objeto e fruto de disputas, pois os agentes sociais que o compõem almejam a conservação da estrutura do campo ou a sua transformação.

Em relação à autonomização de um campo, trata-se de um longo processo que permite aos seus agentes definirem as questões em jogo com o mínimo de interferência de campos mais consolidados, em especial, o campo do poder e o campo econômico. De acordo com Bourdieu (1996, 2004), o grau de autonomia pode ser apreendido com base na observação de quanto o princípio heterônomo de hierarquização está subordinado ou não ao princípio autônomo. Para determinar a relação entre esses princípios, deve-se saber, por um lado, a natureza e a forma sob a qual se exercem as pressões externas e, por outro, a capacidade das formas de resistência em retraduzir e refratar essas influências externas.

Assim, a manifestação da heteronomia de um campo se dá pela expressão de problemas exteriores a ele, sem qualquer mediação, em especial os problemas políticos. Tratando especificamente do campo científico e dos seus subcampos, Bourdieu (2004) considera que a “politização” de uma disciplina científica não indica uma grande autonomia, mas o contrário. Para ele, a politização permite a intervenção de forças não científicas e de pessoas pouco competentes, segundo as normas específicas, nas lutas científicas e na concorrência entre os agentes que integram o campo. Por outro lado, uma das manifestações mais perceptíveis da

autonomia de um campo científico é a sua capacidade de refratar, retraduzindo sob a sua forma específica as pressões externas e protegendo-se, por meio da imposição de sanções, contra essas intrusões.

O campo científico – que constitui o espaço social de interesse deste estudo – é o universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem a ciência. Trata-se de um mundo social, como outros campos, mas dotado de leis sociais próprias, e quanto mais os seus subcampos são autônomos, mais eles escapam às leis sociais externas.

Dessa forma, o grau de autonomia de um campo científico também depende da sua capacidade de proteção, pois a atividade científica implica um custo econômico e o maior ou menor acesso aos recursos financeiros pode significar um desequilíbrio na concorrência entre os agentes do campo. Outro exemplo de concorrência imperfeita resulta daquilo que Bourdieu (2004) chamou de tecnocracia da pesquisa. Se, por um lado, o surgimento e o poder dessa burocracia própria acompanham o desenvolvimento do espaço institucionalizado da ciência, por outro, propicia a pesquisadores menos produtivos e que não são os melhores, segundo os critérios do campo, o acesso a um capital simbólico que ele chama de capital científico institucionalizado, próprio da burocracia das instituições científicas.

Bourdieu (2011) explica que o capital simbólico é a forma que qualquer tipo de capital (político, econômico, cultural, social, burocrático etc.) assume quando agentes sociais cujas categorias de percepção e de avaliação são tais que eles podem entender, reconhecer e atribuir esse determinado valor, transformando, portanto, outras espécies de capital em capital de reconhecimento. Ou seja, os elementos que tornam determinado tipo de capital em capital simbólico são comuns a todos os membros do grupo. Além disso, o capital simbólico é cobiçado por agentes (individuais, coletivos ou institucionais), sendo fonte de distinção entre agentes detentores e desprovidos e, desse modo, de disputas específicas no interior do campo.

Tendo em vista que, segundo Bourdieu (2004), cada campo é o lugar de constituição de uma forma específica de capital e que o campo científico é a categoria de maior interesse para esta pesquisa, dentre os tipos de capitais que assumem a forma de capital simbólico, uma espécie particular merece ser aqui destacada: o capital científico.

Esse capital simbólico consiste no reconhecimento atribuído pelo conjunto de pares, no interior do campo científico, às contribuições de cada agente, que são de naturezas distintas. Todavia, neste conjunto, sobressaem os sinais de prestígio e consagração que estão diretamente associados ao desenvolvimento científico, como publicações, prêmios, condecorações e títulos.

A importância de conhecer quais atributos são reconhecidos como capital científico, em um campo científico específico, justifica-se pelo fato de que a distribuição desse capital determina a estrutura do campo. De acordo com Bourdieu (2004, p. 24), “os agentes (indivíduos ou instituições) caracterizados pelo volume de seu capital determinam a estrutura do campo em proporção ao seu peso, que depende do peso de todos os outros agentes, isto é, de todo o espaço”. A expressão prática na estrutura do campo, ainda segundo o autor, é muito evidente. A acumulação de capital simbólico pelos agentes dominantes permite a estes definirem os objetos, as questões que importam, que devem ser alvo de uma concentração de esforços de pesquisa.

Ainda segundo Bourdieu, nos campos científicos, coexistem duas espécies de capital científico: o capital científico “puro” e o capital científico institucionalizado. Apesar de coexistirem no campo e, com frequência, na mesma instituição – e, muitas vezes, no mesmo laboratório –, todavia, na sua opinião, é extremamente difícil que um agente acumule ambos individualmente, pois cada espécie de capital científico tem suas leis de acumulação e formas de transmissão. Porém, deve-se lembrar que Bourdieu chega a essa conclusão ao analisar a realidade do campo científico francês e europeu. Dessa maneira, pode-se observar uma realidade distinta no campo científico brasileiro e, em particular, na Saúde Coletiva.

O capital científico “puro” tem origem no reconhecimento de contribuições ao conhecimento científico, como invenções e descobertas, e sua transmissão de um detentor para um sucessor é imprecisa e relativamente indeterminada, pois essa espécie de capital científico está vinculada a atributos pessoais do pesquisador. Já o capital científico institucionalizado é adquirido por estratégias políticas – específicas do campo – que demandam tempo, como comissões, cerimônias, reuniões etc. No que diz respeito à sua transmissão, para Bourdieu (2004), o capital científico institucionalizado segue praticamente as mesmas regras de qualquer outra espécie de capital burocrático.

Há ainda diferenças entre essas espécies de capitais que provocam desequilíbrios no campo, gerando imperfeições na concorrência entre os pares. Nesse sentido, Bourdieu (2004) lembra que, como a inovação científica significa ruptura com pressupostos então vigentes, o capital científico “puro” está mais exposto à contestação e à crítica do que o capital científico institucionalizado. O autor também aponta que, enquanto a conversão do capital científico “puro” em poderes econômicos e políticos somente ocorre após uma longa trajetória de acumulação, a transformação do capital científico institucionalizado em poder científico é mais fácil e mais rápida, sobretudo para os que ocupam posições médias nos dois espaços de poder simbólico.

Feitas essas considerações sobre o capital científico, também se deve examinar o conceito de *habitus*. Ele sintetiza as disposições incorporadas pelos agentes de um determinado campo, correspondendo à aquisição de seus esquemas de percepção, de seus sistemas de preferências e dos conhecimentos produzidos pelas estruturas sociais e pela história coletiva, mas modificados pela história individual. Trata-se de um corpo socializado, que incorporou as estruturas imanentes de um campo, e que estrutura tanto a percepção do que é esse espaço social como a ação dos agentes no seu interior. Pode-se dizer, ainda, que – por serem próprios de cada campo e operarem como princípios geradores de um conjunto sistemático e unívoco de bens, de propriedades, de escolhas e de práticas – os *habitus* são específicos, portanto, diferenciados, mas são também produtores de distinções (BOURDIEU, 2000, 2011).

Essa incorporação de disposições produz no *habitus* científico um *modus operandi* científico que funciona em estado prático segundo as normas da ciência. Esse senso prático, chamado por Bourdieu (2000, p. 23) de sentido do jogo científico, “faz com que se faça o que é preciso fazer no momento próprio, sem ter havido a necessidade de tematizar o que havia que fazer, e menos ainda a regra que permite gerar a conduta adequada”.

Os agentes sociais de um determinado campo são, ao mesmo tempo, produtos e produtores desse campo. Por um lado, os agentes (individuais, coletivos, institucionais) do campo científico são dotados do senso prático específico deste espaço, do *habitus* científico, que orienta tanto a percepção da situação quanto a resposta adequada. Por outro, para compreender o campo científico, deve-se entender os seus agentes, pois as disposições adquiridas não eliminam a capacidade de resistir, a opor-se às forças do campo (BOURDIEU, 2004).

Também se destaca outro conceito utilizado por Bourdieu (1996, 2011) para analisar um campo, a *illusio*. Esse é um investimento específico empreendido pelos agentes nas relações que estabelecem com os respectivos campos. Inicialmente, o significado dessa noção poderia ser compreendido como a importância conferida a um jogo social por quem está envolvido nele. É justamente a *illusio* que move os agentes a se implicar com as questões em disputa no campo e com controvérsias, aparentemente insignificantes para quem não faz parte daquele campo social. Essa importância atribuída aos jogos sociais pelos agentes faz parte das disposições adquiridas, ou seja, do *habitus* do campo.

Cabe enfatizar um pressuposto das lutas que integram as dinâmicas dos campos sociais: não negar a própria existência do campo. De acordo com a noção de *illusio*, mesmo os agentes que desejam inverter as relações de força de um campo, ou revolucioná-las, validam a legitimidade do campo, pois isso explicita a concordância de que ele é importante e merece receber os esforços necessários para ser objeto de uma revolução, se necessário.

2.2 A PERSPECTIVA AGONÍSTICA DO POLÍTICO

Para compreender a perspectiva agonística do político, de Chantal Mouffe, entende-se que é necessário contextualizá-la em uma distinção de duas dimensões que ela realiza: o político e a política.

Enquanto o político refere-se ao nível “ontológico” – isto é, o fundamento político da sociedade, a dimensão de antagonismo constitutiva das sociedades humanas –, a política trata do nível “ôntico”, “o conjunto de práticas e instituições por meio das quais uma ordem é criada, organizando a coexistência humana no contexto conflituoso produzido pelo político” (MOUFFE, 2015, p. 8). Portanto, para ela, são duas dimensões distintas, mas que não estão completamente apartadas. Inclusive, por exemplo, a falta de compreensão do “político” estaria na origem da incapacidade do liberalismo de pensar de forma política.

De acordo com Mouffe (2015, 2019), existem duas maneiras de considerar o político. A primeira, chamada de visão associativa, compreende-o como o campo da liberdade, de discussão pública e da ação em conjunto. Já a segunda, a visão dissociativa, concebe-o como um espaço de poder, de conflito e de antagonismo. A autora assume a sua filiação à visão dissociativa, sustentando essa posição em dois pilares conceituais: antagonismo e hegemonia.

Para explicar o conflito e o antagonismo que caracterizam o político, a autora evoca a dicotomia amigo/inimigo, de Carl Schmitt, que relaciona formas coletivas de identificação a partir da oposição de um “nós” contrário a um “eles”. Essa visão é oposta ao pensamento liberal, que nega a irredutibilidade do antagonismo, dado que acredita em um consenso universal baseado na razão. Contudo, para a visão dissociativa, ao explicitar que todo consenso se funda em atos de exclusão, o antagonismo revela o limite de qualquer consenso racional.

Desse modo, para Mouffe (2015), a distinção amigo/inimigo e a natureza conflituosa da política constituem os pontos de partida indispensáveis para os objetivos da política democrática. De acordo com essa perspectiva, em vez de assumir como objetivo a superação da oposição nós/eles, como propõe o pensamento liberal, a política democrática deve buscar a distinção nós/eles de um modo que seja compatível com a aceitação da democracia moderna e do seu pluralismo.

Conforme mencionado, o conceito de hegemonia é a outra noção basilar adotada por Mouffe (2015) para tratar da questão do “político”. A autora utiliza essa categoria para explicar o caráter contingente de todas as ordens sociais. Para ela, uma ordem social é a expressão de uma hegemonia cujas práticas fazem uma ordem provisória ser percebida como “natural”. A

origem dessa naturalização está em atos de exclusão, responsáveis pela eliminação de outras possibilidades. Entretanto, por ser contingente, qualquer ordem hegemônica é passível de ser desafiada por práticas anti-hegemônicas que tentarão desarticular a ordem existente para instalar outra forma de hegemonia.

Ao afirmar que toda ordem social expressa determinadas práticas hegemônicas, que são desafiadas por práticas anti-hegemônicas, Mouffe (2015) indica a existência do conflito antagonista entre projetos hegemônicos opostos e que, desse modo, não podem ser acomodados por meio do estabelecimento de um consenso racional entre eles. Assim, o desafio da democracia moderna está em transformar o antagonismo para que ele seja compatível com o pluralismo; nos termos de Mouffe, transformar antagonismo em agonismo.

Isso significa que, no agonismo, mesmo o consenso não sendo possível, o conflito é reconhecido como legítimo, pois ele não coloca em risco o ente político e, além disso, está fundado em um vínculo comum existente entre as partes conflitantes. Sem a legitimidade e o vínculo, não prevalece entre os oponentes a dinâmica de adversários, mas a de inimigos, e, como tal, um almeja a eliminação do outro, dado que as pretensões alheias são consideradas ilegítimas.

Em consequência, de acordo com essa formulação, a compreensão do modelo adversarial como parte constitutiva da democracia permite a “domesticação” do antagonismo, transformando-o em agonismo e preservando a própria democracia pluralista. Assim, em vez de negar a existência de conflitos, a democracia contemporânea deve fornecer os canais políticos para a manifestação dos segmentos discordantes, reconhecendo, portanto, a legitimidade do conflito adversarial, dado que, na ausência dessas instituições, as paixões não dispõem de uma forma de expressão democrática e, com isso, o confronto entre adversários pode ser substituído pelo confronto entre inimigos.

A proposta agonística não nega a necessidade do consenso, mas enfatiza que ele não pode resultar na eliminação do dissenso. O estabelecimento das instituições constitutivas da democracia e dos valores “ético-políticos” que caracterizam a associação política dependem do consenso, contudo, sempre haverá disputas tanto sobre o seu significado quanto sobre os meios e as formas de implantação (MOUFFE, 2015).

Compreendendo que em qualquer corpo político disputas e conflitos estão presentes, entende-se que a perspectiva agonística do político pode enriquecer a análise deste estudo acerca das dinâmicas internas da ABRASCO. Por ser uma associação cujo formato permite aglutinar as diferentes áreas da Saúde Coletiva, a ABRASCO caracteriza-se como um espaço que expressa disputas, conflitos e consensos, além de ser, nos termos de Bourdieu, alvo do

investimento específico dos seus diversos agentes, que buscam estabelecer suas visões, ideias e percepções acerca de diferentes temas que configuram a identidade dessa entidade, como saúde, ciência, atuação política institucional, interface com governos, entre tantos outros.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa consiste em um estudo de caso sobre a dinâmica de produção de consensos, conflitos e disputas da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Como ponto de partida para a análise, estabeleceu-se dois enfoques prioritários: por um lado, as tensões entre as três áreas disciplinares que estruturam a Saúde Coletiva e, por outro, a participação e representação das instituições de ensino e pesquisa na Diretoria da ABRASCO.

Com o desenvolvimento e a institucionalização da Saúde Coletiva, a organização das três áreas disciplinares (Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Epidemiologia e Política, Planejamento e Gestão da Saúde) expressou a consolidação de uma determinada identidade conceitual e epistemológica. Não por acaso, essas denominações identificam as três Comissões da ABRASCO e, ainda que com nuances e variações, áreas de concentração de programas de pós-graduação e departamentos de institutos de saúde coletiva e de escolas de saúde pública. Trata-se de um processo em que é difícil separar quem influenciou de quem foi influenciado, pois, se a nomeação de cada área de concentração ou de departamento expressou (e expressa) uma determinada percepção sobre a conformação da Saúde Coletiva, ao mesmo tempo contribuiu (e contribui) para estabelecer uma visão hegemônica não somente no interior de um determinado programa de pós-graduação ou instituição, mas no campo da Saúde Coletiva.

Tendo em vista que essas áreas disciplinares caracterizam e estruturam a Saúde Coletiva, este trabalho buscou refletir quais riscos se colocam quando elas entram em confronto e investigar o que provoca e como se expressam as tensões, as disputas e os conflitos existentes entre essas áreas.

As instituições do campo da Saúde Coletiva fazem parte da trajetória da ABRASCO desde a sua fundação, inclusive fazendo parte da associação como associados institucionais (ABRASCO, 2020d). Em geral, são esses associados institucionais que oferecem os cursos de pós-graduação e graduação em Saúde Coletiva, ou seja, são instituições formadoras e, portanto, responsáveis pela contínua renovação, atualização e expansão do campo.

Ao mesmo tempo que tais instituições *formam* bacharéis, sanitaristas, mestres e doutores, pode-se dizer que o campo da Saúde Coletiva, em certa medida, é *formado* por elas, no sentido de constituir, pois são nelas onde estão, no cotidiano, pesquisadores, docentes e estudantes. Desse modo, compreende-se que assim como as áreas disciplinares fundamentam a identidade epistêmica da Saúde Coletiva, este conjunto de agentes institucionais estabelecem a identidade institucional do campo.

Atualmente, a ABRASCO é um dos poucos espaços que reúne essas instituições, o mais antigo e, possivelmente, o único que agregue instituições com atuações tão diversas. Com o crescimento do campo, constituíram-se redes institucionais, mas sempre com um recorte bastante específico. Enquanto isso, a Associação instituiu o Fórum de Coordenadores de Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva, o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva e o Fórum de Editores de Saúde Coletiva, que congregam, respectivamente, os programas de pós-graduação, os cursos de graduação e os periódicos do campo.

Além desses espaços de congregação e articulação institucional, no interior da entidade, os associados institucionais podem realizar indicações de representantes para as Comissões e se candidatar para uma das 11 vagas do Conselho. Com esses espaços de representação institucional, acredita-se que, no interior da ABRASCO, manifestem-se disputas e tensões existentes entre as instituições do campo.

Em termos dos procedimentos de pesquisa, pode-se dividi-los em dois grupos. No primeiro, está a análise de documentos institucionais e, no segundo, a análise das entrevistas realizadas.

Em relação aos documentos, a pesquisa buscou aqueles que expressavam o modo como a entidade normatizou e se manifestou oficialmente sobre o funcionamento das suas três Comissões (Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Epidemiologia e Política, Planejamento e Gestão) ou registraram a sua dinâmica. O planejamento inicial previa os seguintes documentos: (i) as versões do estatuto e do regimento interno da Associação; (ii) edições dos boletins da ABRASCO; (iii) publicações no site da ABRASCO; (iv) documentos específicos sobre o assunto; e (v) documentos produzidos pelas Comissões.

Para realizar o levantamento de todas as versões do estatuto e do regimento interno da ABRASCO, solicitou-se certidão de inteiro teor da Associação no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do Rio de Janeiro. Além das versões desses documentos, esta pesquisa forneceu atas de reuniões e de assembleias da entidade, que foram mais relevantes como fontes para a pesquisa do que as versões dos documentos buscados inicialmente, com destaque para as atas das assembleias realizadas entre 2011 e 2014. Também foram considerados os registros de reuniões de Diretoria, entre 2009 e 2018.

Dessa maneira, avaliava-se que a regularidade dos boletins impressos poderia ser complementada com o registro digital, no período mais recente, no portal da ABRASCO na internet. Durante o período em que foi publicado, entre 1982 e 2010, o Boletim da ABRASCO teve 106 números, mas somente foi possível localizar 43 deles. Além desses boletins, também

foi analisado o Boletim da gestão 2009-2012, que não faz parte da coleção, pois não se trata de uma publicação seriada.

Devido à pandemia de Covid-19, a pesquisa de material impresso no arquivo da Associação foi extremamente restrita, o que explica essas lacunas. Ademais, a pandemia também não permitiu o acesso a arquivos e bibliotecas que contam com esses materiais em seus acervos e, dessa maneira, poderiam ser consultados alternativamente. As lacunas estão concentradas em dois períodos principais. Os 34 primeiros números do boletim, correspondentes ao período entre 1982 e 1988, e 19 números referentes a 1996 e primeiro semestre de 2000. Os outros 10 números que não foram localizados estão distribuídos entre 1989 e 1993, com a exceção de um número de 2001. No entanto, como há exemplares entre 1989 e 1993, foi possível compreender, em linhas gerais, os principais temas da Associação naquele momento, ainda que com limitações, evidentemente.

Os números localizados ofereceram um panorama bastante completo entre 1993 e 1995 e, principalmente, entre 2001 e 2010, o período imediatamente anterior e os primeiros anos do recorte temporal proposto pela pesquisa. Apesar dessas restrições na análise dos boletins, percebe-se mudanças significativas na ABRASCO e, principalmente, compreende-se a função que esse meio de comunicação cumpriu em cada época da entidade, como ainda será tratado neste trabalho.

Para selecionar no portal da ABRASCO na internet qual material deveria ser analisado, inicialmente, foi realizada uma busca com palavras-chave no site da entidade. Para esse levantamento, os termos de busca adotados foram os nomes e as abreviações das Comissões, dos Grupos Temáticos, dos Comitês e dos Fóruns da Associação. Posteriormente, o material foi sistematizado, separando-se postagens sobre ações de organização interna, manifestos, representações institucionais e atividades articuladas em congressos da ABRASCO. Por não compreender o período analisado na pesquisa, foram desconsiderados os materiais publicados a partir de agosto de 2018. Além das buscas, foram acessadas as páginas de cada Comissão no portal da ABRASCO, onde foram identificados documentos desses organismos.

A opção pelas entrevistas semiestruturadas foi motivada pela carência de fontes documentais e de análises que abordem aspectos relativos à produção de consensos, disputas e conflitos no campo da Saúde Coletiva e, especificamente, na ABRASCO. Dessa maneira, a expectativa era obter elementos complementares que subsidiassem a análise buscada pelo estudo.

As entrevistas foram realizadas individualmente. Contudo, devido à pandemia de Covid-19, pesquisador e participante estavam em locais diferentes, mas com interação sincrônica mediada por ferramenta de comunicação. Para minimizar as limitações de uma

entrevista remota, optou-se pela utilização de uma plataforma (Zoom) que permitisse a interação por áudio e vídeo. Nenhum participante teve dificuldade com a ferramenta. Em algumas situações pontuais, houve instabilidade na conexão do participante ou do entrevistador, mas nada que comprometesse a entrevista ou a qualidade da gravação. Todos os participantes concordaram com a gravação e com a identificação no trabalho final, caso necessário.

O rol de convidados foi estabelecido com base nos seguintes critérios:

1. Inserção na ABRASCO. Buscou-se identificar quais seriam os agentes, devido a sua inserção institucional no interior da ABRASCO, que possuíam um papel de destaque na produção de consensos, disputas e conflitos que ocorreram na entidade, envolvendo as áreas disciplinares e as instituições do campo. As posições elegidas foram: Presidência, Coordenações de Comissões e, ainda, a Secretaria Executiva.
2. Recorte temporal. Conforme já explicitado, a partir de um encaminhamento aprovado em 2010, entre 2011 e 2014, ocorreu um processo de reforma interna da ABRASCO. Dessa maneira, entende-se que a gestão 2009-2012 significou uma inflexão na história recente da entidade e, por esse motivo, aqui ela é considerada como um marco para o recorte temporal na seleção dos presidentes. De modo semelhante, avalia-se que as mudanças no funcionamento das Comissões, introduzidas pelo novo regimento interno da entidade, aprovado em 2013, deve ser tomada como recorte na seleção dos coordenadores de Comissões. A presidente, o secretário executivo e os coordenadores de Comissão atuais ou eleitos a partir de agosto de 2018 não foram considerados, por constituírem períodos em aberto. A única exceção foi o coordenador da Comissão de Epidemiologia, eleito em 2017 e cujo mandato encerraria em 2020, mas foi prorrogado até 2021.
3. Preenchimento de lacunas. Percebeu-se a necessidade de convidar agentes com atuações marcantes e representantes de visões distintas a respeito de diversos aspectos da pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva. Assim, foram selecionadas uma ex-coordenadora do Fórum de Coordenadores dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva e uma ex-coordenadora da área de Saúde Coletiva na CAPES. Também foram convidados os secretários executivos, dada a inserção na instituição durante longos períodos e a centralidade na dinâmica política da Associação.

A seguir, estão os participantes da pesquisa e os respectivos perfis.

Alcides Silva Miranda, coordenador da Comissão de PP&G da ABRASCO (2014-2017). Também foi vice-presidente (2015-2018) da ABRASCO. Graduado em Medicina (FEMP/PA, 1983-1988). Residência em Medicina Geral e Comunitária (Grupo Hospitalar Conceição, 1991-1992). Mestrado em Saúde Pública (UECE, 1997-1999). Doutorado em Saúde Coletiva (ISC/UFBA, 1999/2003). Professor da EE/UFRGS (desde 2009), foi professor da UFC (2005-2009), gestor do MS (2004-2005), secretário Municipal de Saúde (Novo Barreiro/RS e Quixadá/CE) e atuou ainda em uma série de municípios entre 1992 e 2002. Atuação política: Diretoria Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Associação Nacional de Médicos Residentes, CEBES e MST.

Antonio Fernando Boing, coordenador da Comissão de Epidemiologia da ABRASCO (desde 2017). Integra a Comissão de Epidemiologia (desde 2014) e foi vice-presidente da ABRASCO (2018-2021). Graduado em Odontologia (UFSC, 1998-2003). Mestrado em Saúde Pública (UFSC, 2003-2005). Doutorado em Odontologia (USP, 2005-2007). Professor do Departamento de Saúde Pública da UFSC (desde 2009). Bolsista Pq-2 do CNPq. Foi editor associado (2015-2018) e é editor científico da “Revista Brasileira de Epidemiologia” (desde 2018). Também foi editor associado de “Cadernos de Saúde Pública”. Atuação política: movimento estudantil (Centro Acadêmico de Odontologia da UFSC e Diretório Central de Estudantes da UFSC).

Eduardo Levcovitz, coordenador da Comissão de PP&G da ABRASCO (2017-2019). Também compôs a primeira Comissão de Planejamento e Administração da ABRASCO. Graduado em Medicina (UFRJ, 1973-1978). Especialização em Saúde Pública (FIOCRUZ, 1979). Especialização em Planejamento de Sistemas de Saúde (FIOCRUZ, 1980). Mestrado em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ, 1980-1985). Doutorado em Saúde Coletiva (IMS/UERJ, 1992-1997). Professor do IMS/UERJ (desde 1983), foi sanitarista do Ministério da Saúde (1981-2000), exerceu cargos na gestão do Instituto Nacional de Câncer (1982-1985), INAMPS (1985-1989), Ministério da Saúde, sendo secretário de Atenção à Saúde (1995-1997) e Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Foi Chefe de Unidade Técnica/assessor principal da OPAS (2000-2010) e representante da OPAS no Uruguai (2010-2016). Atuação política: PCB, CEBES e ABRES.

Gastão Wagner de Sousa Campos, presidente da ABRASCO (2015-2018). Também foi conselheiro da ABRASCO (2006-2009, 2009-2012). Graduado em Medicina (UnB, 1970-

1975). Residência em Clínica Médica (Hospital das Forças Armadas, 1976-1977). Especialização em Saúde Pública (FSP/USP, 1977). Mestrado em Medicina Preventiva (FM/USP, 1981-1986). Doutorado em Saúde Coletiva (UNICAMP, 1986-1991). Professor da UNICAMP (desde 1982), foi sanitarista da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (1977-1982), secretário Municipal de Saúde de Campinas (1989-1990 e 2001-2003) e secretário executivo do MS (2003-2005). Editor associado da “Trabalho, Educação e Saúde” (desde 2005) e membro do Conselho Editorial da “Ciência & Saúde Coletiva” (desde 2005). Foi do Corpo Editorial de “Saúde em Debate” (1989-1991) e “Cadernos de Saúde Pública” (1996-1999). Atuação política: Movimento Estudantil secundarista e universitário (Centro Acadêmico de Medicina e Diretório Central dos Estudantes da UnB), Movimento de Renovação Médica, Sindicato dos Médicos de São Paulo, PCB, PT e CEBES.

Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza, presidente da ABRASCO (2012-2015). Integra o Comitê de Relações Internacionais da ABRASCO, que coordena desde 2018. Também foi vice-presidente (2009-2012), conselheiro (2018-2021) e membro do Comitê de C&T em Saúde. Graduado em Medicina (UFBA, 1981-1987). Residência em Medicina Social (UFBA, 1988-1989). Especialização em Administração Hospitalar (UFBA, 1989). Mestrado em Saúde Comunitária (UFBA, 1991-1996). Doutorado em Saúde Pública (Université de Montreal, 1997-2002). Professor do ISC/UFBA (desde 2004), foi sanitarista da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (1988-1996), professor da UEFS (1996-2004), secretário Municipal de Saúde de Salvador (2005-2007) e diretor do DECIT/SCTIE/MS (2009). Bolsista Pq-2 do CNPq. Atuação política: Grêmio Estudantil, Diretório Acadêmico de Medicina da UFBA, Associação Baiana de Médicos Residentes, Associação Nacional de Médicos Residentes, PT, CEBES, WFPHA.

Luiz Augusto Facchini, presidente da ABRASCO (2009-2012). Coordena a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (desde 2010), foi vice-presidente (2006-2009) e conselheiro (2012-2015). Compôs a Comissão de Epidemiologia, GT Saúde do Trabalhador e GT Monitoramento e Avaliação da ABRASCO. Graduado em Medicina (UFSM, 1974-1979). Mestrado em Medicina Social (Universidad Autonoma Metropolitana Xochimilco, México, 1983-1986). Doutorado em Ciências Médicas (UFRGS, 1990-1994). Professor da UFPEL (1979-2018), foi secretário Municipal de Saúde de Pelotas (2001-2003). Membro dos conselhos editoriais da Saúde em Debate (desde 2000) e da “Revista Brasileira de Epidemiologia” (desde 2000). Atuação política: CEBES, PT.

Maria Amélia de Sousa Mascena Veras, Coordenadora da Comissão de Epidemiologia da ABRASCO (2014-2017). Compõe a Comissão de Epidemiologia (desde 2014) e coordenou o Fórum dos Coordenadores dos PPGs em Saúde Coletiva (2011-2014). Graduada em Medicina (UFPE, 1977-1983). Especialização em Saúde Pública (Fiocruz, 1986). Especialização em Epidemiologia (Fiocruz, 1988-1989). Mestrado em Medicina Preventiva (FM/USP, 1990-1996) e Saúde Pública (University of California Berkeley, EUA, 1999-2001). Doutorado em Medicina Preventiva (FMUSP, 2002-2005). Professora da FCMSCSP (desde 2003), trabalhou na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Bolsista Pq-2 do CNPq. Foi editora associada da “Revista Brasileira de Epidemiologia” (2013-2018) e de “Cadernos de Saúde Pública” (2015-2017). Atuação política: Diretório Central dos Estudantes da UFPE, Sindicato dos Médicos de Pernambuco, PT e International Epidemiological Association.

Maria Lúcia Magalhães Bosi, coordenadora do Fórum dos Coordenadores de PPGs em Saúde Coletiva da ABRASCO (2007-2011). Integrante da Comissão de CSHS, do GT Alimentação e Nutrição e do GT Monitoramento e Avaliação. Graduada em Nutrição (UFRJ, 1975-1978) e em Psicologia (UNIFOR, 1996-1999). Especialização em Nutrição Materno-Infantil (UFRJ, 1979), em Nutrição em Saúde Pública (Ministère des Affaires Étrangères, França, 1979) e em Ciência dos Alimentos e Nutrição (Wageningen University, Holanda, 1983-1984). Mestrado em Ciências Sociais (UFRJ, 1982-1985). Doutorado em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ, 1991-1995). Professora da UFC (desde 2007) e do Instituto de Nutrição Josué de Castro/UFRJ (1979-2007). Bolsista Pq-1D do CNPq.

Martinho Braga Batista e Silva, coordenador da Comissão de CSHS da ABRASCO (2017-2019). Integrante do GT Violência e Saúde (desde 2020). Graduado em Psicologia (UnB, 1995-1999). Residência em Saúde Mental (FIOCRUZ, 2000-2002). Mestrado em Saúde Coletiva (IMS/UERJ, 2002-2004). Doutorado em Antropologia Social (Museu Nacional/UFRJ, 2006-2011). Professor do IMS/UERJ (desde 2012), foi psicólogo da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2002-2008) e consultor técnico da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário do Ministério da Saúde. Editor associado da “Physis” (desde 2019). Atuação política: Associação Brasileira de Antropologia e Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia.

Péricles Silveira Costa, secretário executivo da ABRASCO (1989-2003). Graduado em Medicina (UFSM, 1967-1972). Servidor da Fiocruz (desde 2002). Foi médico da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, além de trabalhar na gestão da SMS Rio de Janeiro e da SES Rio de Janeiro. Atuação política: Movimento estudantil secundarista e universitário (Juventude Estudantil Católica e Juventude Universitária Católica), Ação Popular e Comunidades Eclesiais de Base em Duque de Caxias, RJ.

Rita de Cássia Barradas Barata, coordenadora da área de Saúde Coletiva na CAPES (2008-2014). Compôs a Comissão de Epidemiologia (1984-2000), coordenando-a durante parte desse período. Foi presidente da ABRASCO (1996-2000) e membro do Comitê de C&T (2000-2021). Graduada em Medicina (FCMSCSP, 1970-1975). Residência em Medicina Social (FCMSCSP, 1976-1977). Especialização em Saúde Pública (FSP/USP, 1977). Mestrado em Medicina Preventiva (FM/USP, 1978-1985). Doutorado em Medicina Preventiva (FM/USP, 1989-1993). Professora da FCMSCSP (desde 1976), foi diretora de Avaliação da CAPES (2016-2018). Bolsista Pq-2 CNPq. Foi membro do Conselho Superior da CAPES (2011-2016), do Comitê de Assessoramento de Saúde Coletiva e Nutrição do CNPq (2014-2016) e do conselho da IEA (2014-2017). Editora Científica da “Revista de Saúde Pública”. Foi do corpo editorial de “C&SC” (2005-2010) e “Cadernos de Saúde Pública” (2005-2013). Atuação política: movimento estudantil, PT, SBPC, IEA.

Tatiana Engel Gerhardt, coordenadora da Comissão de CSHS da ABRASCO (2013-2016). Foi vice-presidente (2018-2021) e compôs a Comissão de CSHS (2013-2019). Integra o GT Racismo e Saúde (desde 2016). Graduada em Enfermagem (UNISINOS, 1985-1989). Especialização/Residência em Saúde no Mundo (Université Pierre et Marie Curie, França, 1990-1991). Especialização em Ciências Sociais Aplicadas à Alimentação (Université Paris 1 Pantheon-Sorbonne, França, 1991-1992). Mestrado em Saúde Pública e Países em Desenvolvimento (Université Pierre et Marie Curie, França, 1992-1994) e em Ciências Sociais (École des hautes études en sciences sociales, França, 1994-1995). Doutorado em Antropologia Social e Cultural (Université de Bourdeaux Ségalen, França, 1995-2000). Professora da EE/UFRGS (desde 2002). Editora associada de Saúde e Sociedade (desde 2016).

Neste estudo, optou-se por não trazer para o texto trechos das falas dos participantes da pesquisa, pois a busca foi pela síntese das ideias dos entrevistados, no contexto das análises desenvolvidas ao longo da discussão. Dessa maneira, considera-se que essa alternativa permitiu

um encadeamento mais fluído entre os conteúdos das entrevistas com as demais fontes utilizadas. Em consequência, com essa escolha, acredita-se que será oferecido ao leitor um texto cuja leitura será mais harmônica.

Assim, o material das entrevistas foi inserido na discussão seguindo o mesmo padrão de citação das demais referências e, do mesmo modo, as entrevistas constam no conjunto de referências do trabalho.

Inicialmente, acreditava-se que as entrevistas seriam a principal fonte para a discussão deste trabalho. Entretanto, conforme se observará nos Capítulos 4 e 5, tanto a revisão bibliográfica quanto a análise documental se revelaram extremamente ricas e complementares às entrevistas. Desse modo, considera-se que os três tipos de fontes mobilizados para a pesquisa (bibliográfica, documental e oral) forneceram vasto e relevante material para a análise e discussão que se inicia a seguir.

4 SAÚDE COLETIVA: CAMPO E CONTEXTO

4.1 ANTECEDENTES

Com base em Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014) e Vieira-da-Silva (2018), pode-se afirmar que a constituição do campo da Saúde Coletiva no Brasil resulta da convergência de processos concomitantes que ocorreram nas décadas de 1960 e 1970: o financiamento realizado por fundações filantrópicas dos EUA para a promoção da Medicina Preventiva na América Latina, especificamente, no Brasil; a ação político-institucional da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) no apoio e promoção do desenvolvimento da Medicina Social Latino-Americana; a atuação da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) na concessão de financiamentos de programas sociais (RIBEIRO, 1991); e, por fim, mas não menos importante, a modernização das ações de Saúde Pública, sob influência do pensamento desenvolvimentista, o contexto político e a situação do campo intelectual e, em particular, o debate no interior do campo médico brasileiro, nos anos 1960 e 1970, provocado tanto pela influência da Medicina Preventiva quanto pela crítica da Medicina Social.

Entretanto, de modo complementar, cabe indicar que Nunes (1994), ao realizar uma recuperação histórica e conceitual da Saúde Coletiva, identifica três períodos dessa trajetória: 1955-1970, pré-Saúde Coletiva, marcada pela instauração do projeto preventivista na América Latina; 1970-1979, caracterizada pela crítica ao preventivismo realizada pela Medicina Social, criando as condições para a emergência do período seguinte; pós 1980, formação e estruturação do campo da Saúde Coletiva.

Para Nunes (1994), a emergência de cada um desses três projetos reflete o contexto socioeconômico e político-ideológico mais amplo: inicialmente, o crescimento econômico pós-2.^a Guerra Mundial, em seguida, a difusão das teorias desenvolvimentistas e, por fim, a ideia do círculo vicioso pobreza-doença. Adicionalmente, a passagem de um período para o outro expressa crises no plano epistemológico, das práticas de saúde e da formação de recursos humanos.

4.1.1 Medicina Preventiva e os DMPs

Enfocando o período “pré-Saúde Coletiva”, Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014) comentam que, com o objetivo de reorientar a prática médica para além das ações curativas e, especialmente, reverter a tendência de especialização e segmentação do cuidado, entre as

décadas de 1940 e 1960, nos EUA, dois movimentos – a Medicina Integral e a Medicina Comunitária – buscaram ampliar a visão do profissional médico e, em consequência, promover uma mudança no modelo assistencial. Os dois movimentos possuíam uma avaliação semelhante e consideravam que a reorientação tanto da prática quanto do modelo assistencial resultaria de reformas do currículo dos cursos de Medicina.

Como resume Nunes (2012), os críticos do modelo biomédico dirigiam suas atenções muito mais ao projeto pedagógico do que às práticas médicas. Dessa maneira, segundo Nunes (1994) e Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014), a proposta da Medicina Integral partia do diagnóstico da crise de uma determinada medicina, em sua teoria e em sua prática, e estava centrada na concepção de uma formação mais ampla e integrada, com um conjunto de disciplinas que fosse capaz de rearticular o todo biopsicossocial, incluindo a introdução de uma disciplina voltada para a Medicina Preventiva, além de outras disciplinas e temas associados à epidemiologia, ciências da conduta, administração de serviços de saúde e bioestatística.

Para Paim e Almeida Filho (1998), a ênfase na reorientação da formação médica foi provocada pela atuação direta das corporações médicas dos EUA, em reação às propostas de implantação de um sistema nacional de saúde no país. Para preservar a sua atuação profissional de cunho liberal, a corporação preferia essa mudança a uma reforma setorial da saúde, como se desenvolvia em vários países europeus. Na avaliação de Paim e Almeida Filho (1998), o sucesso do movimento preventivista nos EUA é inegável, pois se trata do único país desenvolvido a não dispor de um sistema universal de assistência à saúde.

Conforme Mota, Schraiber e Ayres (2017), o surgimento do preventivismo ocorre no contexto da chamada “Era de Ouro do capitalismo”, o período correspondente ao pós-2.^a Guerra Mundial até a crise econômica provocada pelo chamado “choque do petróleo”, em 1973. De acordo com os autores, nesse período histórico, surgiram novas demandas sociais no campo da medicina, frutos das novas relações internacionais e da força tecnológica nascida e desenvolvida durante a 2.^a Guerra Mundial, e com uma forte ênfase na busca de tecnologias de prevenção, especialmente nos EUA.

Neste contexto histórico, Mota, Schraiber e Ayres (2017) apontam que o tema da prevenção foi sendo progressivamente introduzido no âmbito da pesquisa e da formação médicas, resultando, em 1952, na reunião de representantes das principais escolas médicas dos EUA, em Colorado Springs. Para Paim e Almeida Filho (1998), esse encontro representou o ponto de partida para uma ampla reforma dos currículos de cursos médicos no sentido de promover as ideias do movimento preventivista.

A organização de encontros semelhantes com escolas médicas de diversos países das Américas, sob organização da OPAS, em Viña del Mar (Chile), em 1955, e em Tehuacán (México), em 1956, na avaliação de Nunes (1994), Mota, Schraiber e Ayres (2017) e Paim e Almeida Filho (1998), foram determinantes para a difusão na América Latina de uma ampla reforma do currículo médico que promovesse uma atitude preventiva nos futuros médicos. Mota, Schraiber e Ayres (2017) acrescentam que, nesse processo de difusão, além da OPAS, também desempenharam papel de destaque fundações filantrópicas norte-americanas como Rockefeller, Milbank e Kellogg, que patrocinaram programas com a intenção de influenciar os sistemas de saúde de todo o continente.

Desta maneira, na década de 1950, de acordo com Escorel, Nascimento e Edler (2005), foram criados na Escola Paulista de Medicina (EPM) e na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP) os primeiros Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) do país. Contudo, a consolidação e a expansão ocorreram na década seguinte, quando se observa, segundo Nunes (1994), a formação do primeiro programa de residência médica em Medicina Preventiva, em 1962, na FMRP/USP, e a Reforma Universitária de 1968, que tornou obrigatórios os DMP no âmbito das escolas médicas.

O questionamento ao modelo preventivista no interior de alguns DMP, informa Canesqui (1995), já era observado desde o final da década de 1960, com destaque para as críticas às Ciências da Conduta, demonstrando a influência do materialismo histórico e das contribuições de filósofos franceses, como Canguilhem e Foucault. Para Canesqui (1995) e Nunes (1994), as contribuições originais de Juan César Garcia, de 1972, Maria Cecília Ferro Donnangelo, de 1973, e Antônio Sérgio Arouca, de 1975, representam as principais críticas analíticas e teóricas ao projeto preventivista.

Conforme indicado por Tambellini (2003) e Vieira-da-Silva (2018), entre 1969 e 1973, os DMPs de São Paulo (FMRP/USP, Faculdade de Medicina da USP – FM/USP –, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP – e Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu¹) promoveram o encontro entre diversos agentes, colocando em contato médicos e cientistas sociais e, sobretudo, criando as condições para a constituição de um grupo que desenvolveria a crítica às limitações e incompletudes da Medicina Preventiva. Além dos integrantes desses departamentos, Vieira-da-Silva (2018) destaca que

¹ Criada em 1963 como Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB), com a fundação da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), em 1976, a FCMBB foi dividida em quatro unidades, dentre elas, a Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB).

também havia a participação de docentes da EPM, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

4.1.2 A atuação das fundações norte-americanas e da FINEP

A respeito da participação das fundações filantrópicas norte-americanas, para Vieira-da-Silva (2018), os objetivos destas instituições – formalmente humanitários e ambigualmente definidos – possibilitaram que intelectuais progressistas encontrassem fonte de financiamento para suas pesquisas e, até mesmo, local de trabalho. Como mencionado, essas fundações financiavam programas e projetos que visavam a reorientação da formação nas escolas médicas. Dentre as iniciativas empreendidas, observava-se a concessão de bolsas de estudo em residência e mestrado no exterior e, principalmente, o aporte de recursos na criação de instituições e programas de pesquisa, como o Mestrado em Medicina Social da UERJ, o Mestrado de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FM/UFBA) e a criação de Departamentos de Medicina Preventiva. Foram nesses espaços institucionais que surgiu o pensamento crítico sobre a saúde e seus determinantes sociais e se produziu tanto a contestação teórica do projeto preventivista e da Saúde Pública institucionalizada quanto a fundamentação da necessidade da Reforma Sanitária no Brasil.

Outro ator institucional relevante para o apoio a projetos e a instituições foi a FINEP. Conforme Ribeiro (1991), a FINEP estabeleceu linhas de financiamento para programas sociais, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Social (PROSOCI), incluindo um específico para a área da saúde, o PROSOCI/Saúde, que foi responsável pelo fomento a três importantes programas de pesquisa para a Saúde Coletiva. Esse fato, na opinião de Canesqui (1995), favoreceu a expansão da área da Saúde Coletiva desde a segunda metade da década de 1970.

O Programa de apoio à pós-graduação em Medicina Social do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) permitiu, a partir de 1975, a consolidação do Mestrado em Medicina Social do IMS/UERJ, que estava sendo implementado desde 1972, com financiamento da Fundação Kellogg e da OPAS (CORDEIRO, 2004). No entanto, segundo Ribeiro (1991), até 1974 não eram desenvolvidos programas de pesquisa de grande porte. Com esse programa, foi possível a institucionalização de linhas de pesquisa e, em consequência, a intensificação da produção científica no IMS.

Os outros dois programas, o Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (PESES) e o Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas (PEPPE), foram desenvolvidos pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

(ENSP/FIOCRUZ) (RIBEIRO, 1991). Na avaliação de Tambellini *et al.* (2015), a importância desses dois programas se deve à contribuição para a institucionalização de grupos de pesquisa e para a reorganização da pós-graduação, transformando o perfil da pesquisa e da formação em saúde pública no país.

4.1.3 OPAS e Medicina Social

Além dos encontros dos DMP do estado de São Paulo, outros momentos de contato e intercâmbio entre pesquisadores de diferentes instituições e entre médicos e cientistas sociais foram oportunizados pela ação político-institucional da OPAS. Nos anos 1960, segundo Vieira-da-Silva (2018), a Fundação Milbank financiou um projeto de pesquisa sobre a incorporação do ensino da Medicina Preventiva nas escolas médicas. Juan César García participou dessa iniciativa, que implicou viagens e visitas a 18 países, entre os quais o Brasil. Devido ao projeto, ainda de acordo com a autora, García manteve contato e promoveu a aproximação de pesquisadores de diferentes instituições e estados brasileiros, como Hésio Cordeiro e Guilherme Rodrigues da Silva. Além disso, em reuniões promovidas pela OPAS, personagens centrais para o surgimento da Saúde Coletiva mantiveram um primeiro contato ou puderam estreitar seus laços.

Ademais, como já tratado, a ação político-institucional da OPAS visando as mudanças das práticas médicas vem desde a década de 1950, quando promoveu, em 1955 e 1956, encontros para a difusão das ideias da Medicina Preventiva na América Latina. Contudo, essa atuação institucional ganharia um novo contorno nos anos 1970, ao apoiar o desenvolvimento da Medicina Social Latino-Americana. Essa inflexão pode ser compreendida a partir da avaliação realizada pela própria OPAS. Como aponta Nunes (1994), em documento de 1974, a OPAS admitia que, do ponto de vista estrutural, os objetivos dos seminários da década de 1950 foram alcançados com a introdução das disciplinas de Medicina Preventiva, entretanto a meta de transformar as práticas de saúde, especialmente a atenção médica, por meio da reorientação da formação não havia se concretizada.

De acordo com Belisário (2002), no momento de fragilidade das instituições acadêmicas, a OPAS ofereceu suporte externo, técnico e político, criando e possibilitando um ambiente de trocas e de livre discussão. Nesse sentido, Canesqui (1995) destaca que, na reunião de Cuenca (Equador), em 1972, foram articulados e potencializados os esforços renovadores em relação às ciências sociais e ao ensino médico. As reações ao funcionalismo e às propostas formuladas naquela reunião optaram pela adoção do materialismo histórico, pois, segundo

Escorel (2012), identificava-se a necessidade de metodologias e marcos teóricos que relacionassem os processos de saúde com a estrutura social. Por sua vez, Nunes (1994) sublinha que na oportunidade emergiu com força o paradigma marxista de análise, com uma forte influência do pensamento de Louis Althusser.

Outro exemplo do apoio da OPAS foi o já mencionado apoio técnico e financeiro para a criação da pós-graduação em Medicina Social da UERJ, concedido em conjunto com a Fundação Kellogg, que também contemplou o fomento à organização da pós-graduação em Medicina Social de Xochimilco, da Universidade Autônoma do México (UNAM).

Para compreender o significado político da nomeação desse movimento, deve-se recuperar, mesmo que brevemente, o surgimento da “Medicina Social”.

Paim e Almeida Filho (1998) observam que, na primeira metade do século XIX, os países europeus avançaram na Revolução Industrial, impactando nas condições de vida e de saúde das suas populações. Ao mesmo tempo, a organização das classes trabalhadoras e o aumento da sua participação política, principalmente nos países que lideravam o desenvolvimento das forças produtivas, como Inglaterra, França e Alemanha, levaram à incorporação de temas relativos à saúde nas suas reivindicações. Desse modo, entre 1830 e 1880, surgem, nesses países europeus, propostas de compreensão da crise sanitária como fundamentalmente um processo político e social que, em seu conjunto, receberam a denominação de Medicina Social. Como lembra Nunes (2012), esse processo se desenvolve sob influências do movimento revolucionário que se estenderia por toda a Europa, a partir de 1848, mas que seria derrotado e, com ele, a Medicina Social.

De acordo com Nunes (2012), neste período, nos meados do século XIX, há o estabelecimento de alguns princípios que seriam incorporados posteriormente ao discurso sanitário, como: a saúde das pessoas como assunto de interesse da sociedade e a sua obrigação de proteger a saúde dos seus membros; o impacto das condições econômicas e sociais sobre a saúde e a doença, desse modo, devem ser estudadas cientificamente; e as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais quanto médicas. Entende-se que, de modo complementar, para Paim e Almeida Filho (1998), apesar de derrotado no plano político, o movimento da Medicina Social fornece a base doutrinária e conceitual para os esforços de pensar a questão da saúde na sociedade, que seriam retomados ao longo do século XX.

Dessa maneira, a recepção das ideias da Medicina Social, no Brasil, no início dos anos 1970, no contexto da discussão sobre os rumos da Medicina Preventiva, insere-se no processo estimulado pela OPAS de constituição da Medicina Social Latino-americana, como registra Stotz (1997). Além disso, a recuperação da noção de Medicina Social possui um forte

significado político e, para Stotz (1997), representa um recurso ideológico para indicar a filiação à corrente do pensamento social da saúde que emergiu das jornadas revolucionárias de 1848 com Jules Guérin, Salomon Neumann e Rudolf Virchow.

Essa filiação representava, ainda e sobretudo, uma ruptura epistêmica com o movimento preventivista. Por um lado, a Medicina Social reconhecia a insuficiência de mudar a prática médica com base apenas na reorientação da formação, sem ser acompanhada de mudanças também no modelo de atenção. Por outro, como apresentou Arouca (2003), a Medicina Social postulava o estudo da determinação social do processo saúde-doença nas populações para se alcançar o mais elevado nível de saúde e bem-estar. Essa mudança demandava a definição de um objeto de estudo nas relações entre o biológico e o psicossocial.

Contudo, a Medicina Social não demarcava uma diferenciação apenas da Medicina Preventiva. Como sugere Cordeiro (2004), no início da década de 1970, a Medicina Social também explicitava uma distinção em relação ao que, na época, denominava-se Higiene ou Saúde Pública.

4.1.4 Saúde Pública

Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014) localizam o surgimento da Higiene, como disciplina médica na França, entre o final do século XVIII e o início do século XIX, sendo a higiene pública uma especialidade para a manutenção da saúde do público. Como parte da Medicina, expandia o seu objeto, que deixava de ser apenas o estudo e a cura de doenças para também incorporar a organização social. De acordo com os mesmos autores, a denominação Saúde Pública teve origem na Inglaterra, no contexto da Revolução Industrial, entre a segunda metade do século XVIII e a primeira metade do século XIX, tendo em vista o agravamento das condições de saúde associado às condições de vida, em um processo de rápida concentração da população em centros urbanos.

Analisando o surgimento da Saúde Pública, Birman (1991) considera que ela se constituiu junto com a medicina moderna, no século XVIII, como polícia médica, enquanto a Medicina Social sinalizava o investimento político da medicina e a dimensão social das doenças. Para Birman, o discurso fundado na história natural da doença e a prioridade de enfrentar epidemias e pandemias legitimaram a medicalização do espaço social, dadas as estratégias preventivas, que incluíram a mudança da estrutura urbana e, até mesmo, a marginalização de segmentos sociais. De acordo com Birman (1991) e Paim e Almeida Filho (1998), o paradigma microbiano nas ciências básicas da saúde representaram um grande reforço

para o processo de medicalização social, tendo como base o encontro da Saúde Pública com a Biologia.

Paim e Almeida Filho (1998) possuem uma leitura semelhante à de Birman e entendem que o advento da Higiene e da Polícia Médica, no século XVIII, compõem o mesmo processo de disciplinamento de corpos. Dessa maneira, já no século XIX, em especial na Inglaterra e nos Estados Unidos, estrutura-se uma resposta aos questionamentos apresentados pela Medicina Social estreitamente integrada à ação do Estado no âmbito da saúde, constituindo um movimento conhecido como Sanitarismo, cujo discurso e prática sobre as questões da saúde se sustentam, fundamentalmente, na aplicação de tecnologia e em princípios de organização racional para a expansão de atividades profiláticas (saneamento, imunização e controle de vetores) destinadas principalmente aos pobres e setores excluídos da população.

Recuperando a trajetória da Saúde Pública no Brasil, Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014) identificam o desenvolvimento das primeiras ações de saúde pública – entendidas como iniciativas de saúde e saneamento voltadas para o espaço urbano e o controle de epidemias – no Brasil durante a Primeira República (1889-1930). Sob a influência da Saúde Pública europeia, nesse período foram realizadas campanhas para o controle da febre amarela urbana, dando origem ao chamado “sanitarismo campanhista”.

No período seguinte, entre o início do Estado Novo, em 1930, e o início da Ditadura Militar, em 1964, duas concepções de sanitarismo se desenvolvem, segundo Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014): o “sanitarismo dependente”, inspirado pelo modelo dos EUA e representado pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública; e o “sanitarismo desenvolvimentista”. Segundo Nunes (1994) e Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014), essa última corrente da Saúde Pública tinha como pressuposto que um dos efeitos do crescimento econômico seria a melhoria das condições de saúde das populações.

Entre as características do sanitarismo desenvolvimentista identificadas por Lima, Fonseca e Hochman (2005), merecem destaque a crítica ao campanhismo e a ênfase na compreensão das relações entre pobreza e doença e a sua importância para a transformação social e política do país. Para esses autores, os principais representantes do sanitarismo desenvolvimentista eram Samuel Pessoa, Mário Magalhães e Carlos Gentile de Mello. Ainda de acordo com Lima, Fonseca e Hochman (2005), esse movimento se vinculava ao pensamento nacional-desenvolvimentista.

Entretanto, como afirmam os mesmos autores, o aparente consenso acerca da associação entre condição de saúde e problemas do desenvolvimento e da pobreza continha uma tensão entre dois polos. Resumidamente, de um lado, aqueles que acreditavam que a doença era um

obstáculo ao desenvolvimento, sendo a saúde um pré-requisito essencial para os avanços econômicos e sociais; de outro, os desenvolvimentistas compreendiam não ser suficiente o combate às doenças para a superação da pobreza. Dessa maneira, refletia no país a polarização no âmbito internacional, respectivamente, entre a tese do círculo vicioso entre doença e pobreza, de Charles-Edward Winslow, e a teoria da causalidade cumulativa, de Gunnar Myrdal, conforme Nogueira (2018).

Conforme já tratado neste estudo, a emergência da Medicina Social se deu como crítica ao preventivismo. No entanto, de acordo com Cordeiro (2004) e Nunes (1994), o seu surgimento também está vinculado à crise do modelo de Saúde Pública desenvolvimentista e à crítica aos seus postulados, no final da década de 1960.

4.1.5 Contexto político

No momento do surgimento da Saúde Coletiva, no final da década de 1970, o cenário político brasileiro estava marcado pela crise da Ditadura Militar. De acordo com Coutinho (1999), a partir da crise do chamado “milagre econômico”, explicitada em 1974, a tentativa de legitimação do governo ditatorial entrou progressivamente em colapso, e a permanente repressão política não conseguia conter as consequências impopulares do modelo econômico. Foi neste contexto de crise econômica e crescente insatisfação popular que, durante o governo Geisel, foi formulado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND).

Seguindo as diretrizes desse plano, investiu-se no fortalecimento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da FINEP, que desenvolveu linha de financiamento para programas sociais, conforme já mencionado. Segundo Escorel (2012), o II PND previa iniciativas que permitiram a criação de mais dois espaços institucionais que também favoreceram a constituição da Saúde Coletiva: o setor saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (CNRH/IPEA) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), criado em 1975 por meio de um convênio que envolvia o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e Cultura e a Organização Pan-americana da Saúde.

Para Vieira-da-Silva (2018), outro marco dessa conjuntura foi a presença em postos no Ministério da Saúde (MS), durante o governo Geisel, de médicos sanitaristas envolvidos com o debate sobre o modelo de atenção à saúde no país. Escorel, Nascimento e Edler (2005) e Vieira-da-Silva (2018) apontam iniciativas desenvolvidas em algumas Secretarias Estaduais de Saúde que contribuíram para formar um contexto favorável à emergência da Saúde Coletiva.

Em São Paulo, a Reforma Leser, entre outras inovações, criou a carreira de médico sanitário e, como era obrigatória a formação em Saúde Pública, induziu a reorganização do curso de especialização da Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP/USP), resultando no oferecimento de seis turmas, entre 1976 e 1978, e na formação de cerca de 300 sanitários. Em Minas Gerais, em 1975, teve início o que ficou conhecido como Projeto Montes Claros, que correspondeu a um projeto de reorganização local dos serviços de saúde seguindo diretrizes semelhantes àquelas que iriam integrar posteriormente as propostas da Reforma Sanitária. Na Bahia, também ocorreu a implantação de projetos inovadores, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

Além da reorganização do curso de Saúde Pública da FSP/USP, também cabe observar dois movimentos de expansão de cursos. Como aponta Nunes (1994), na segunda metade da década de 1970, foram instalados cursos descentralizados de Saúde Pública, ampliando a capacidade de oferta e de formação de novos sanitários. Já Goldbaum e Barata (2006) enfatizam a expansão das residências, associada à criação, em 1978, do Programa de Apoio às Residências em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública (PAR). Para Costa (2021), a criação dos cursos descentralizados e o PAR permitiram criar massa crítica e formar pessoas nos estados, ampliando a presença da área em formação pelo país.

Segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005), a primeira expressão massiva da insatisfação popular ocorreu nas eleições legislativas de 1974, quando as camadas médias urbanas e amplos setores das camadas empobrecidas da população retiraram seu apoio ao regime. Nas eleições seguintes, em 1978 e 1982, a oposição ao regime obteve votações ainda maiores. No contexto dessa crise de legitimação, os aparelhos da sociedade civil puderam voltar às suas atividades.

O movimento de resistência e contestação ao autoritarismo foi protagonizado por inúmeras organizações da sociedade civil, que atuavam na clandestinidade ou na legalidade. A ação da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), da Associação Brasileira de Imprensa (ABI), da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), dentre outras, foi determinante tanto para denunciar os abusos do Regime quanto reivindicar liberdades democráticas. Essas mobilizações abriram o caminho para a redemocratização da vida social, com a restauração de direitos civis, iniciada com a Lei da Anistia, passando pela formação de novos partidos políticos, pelo crescimento do movimento sindical, pelo fortalecimento do movimento popular a partir do trabalho das Comunidades Eclesiais de Base, pela reorganização do movimento estudantil, pela campanha “Diretas, Já!” e culminando na eleição de um governo civil, em 1984.

Com a progressiva rearticulação da sociedade civil, comentam Escorel, Nascimento e Edler (2005), tornaram-se mais frequentes as denúncias sobre a situação da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica e amplificaram-se as reivindicações de solução imediata. Um movimento pela transformação do setor saúde se fundiu com outros movimentos sociais que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões da democracia.

Outra marca do contexto em que ocorreu a constituição da Saúde Coletiva, de acordo com Vieira-da-Silva (2018), foram as transformações no campo intelectual, ocorridas nos anos 1960 e 1970. Para Vieira-da-Silva, as opções intelectuais críticas ao funcionalismo e ao desenvolvimentismo, como as das escolas sociológicas europeias de Paris e Frankfurt, eram favorecidas em um ambiente influenciado pela experiência socialista em curso e pelo surgimento de uma contestação cultural que culminou nas manifestações de maio de 1968.

Além dessas influências externas, Vieira-da-Silva (2018) aponta a importância do grupo da sociologia da USP, de orientação marxista e organizado em torno de Florestan Fernandes, que tinha o propósito de desenvolver pesquisa sociológica original e independente sobre o Brasil. A sociologia paulista e suas referências francesas constituíram-se em polo importante do campo intelectual nos anos 1960 e 1970, tendo influenciado o pensamento e a produção acadêmica de vários fundadores da Saúde Coletiva, como Maria Cecília Ferro Donnangelo, cujo orientador, Luiz Pereira, fazia parte desse grupo.

Outra influência a ser destacada é a de natureza política. Muitos dentre os fundadores da Saúde Coletiva eram filiados a partidos de esquerda, com destaque para o Partido Comunista Brasileiro (PCB). A maioria dos fundadores da Saúde Coletiva teve participação atuante nas lutas pela democratização do país e contribuiu para a construção de um movimento que propunha o reconhecimento do direito à saúde como inerente à conquista da cidadania.

Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014) sinalizam que o início deste movimento pela democratização da saúde, conhecido como Movimento da Reforma Sanitária, movimento sanitário ou movimento sanitário, foi marcado pela criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976. Nesse momento, debatia-se o esgotamento do modelo de assistência à saúde e a necessidade de sua transformação. Dessa maneira, além da atuação política em prol do direito à saúde, no meio acadêmico, realizaram uma crítica aos limites da Medicina Preventiva, da Medicina Comunitária e da Saúde Pública. Como muitos dos fundadores da Saúde Coletiva também foram construtores do movimento sanitário, segundo Paim (2008), a ideia, a proposta, o projeto, o movimento e o processo da RSB são, ao mesmo

tempo, parte, produto e produtores da Saúde Coletiva. Foram dois processos concomitantes e intrinsecamente relacionados, embora um não possa ser reduzido ao outro.

Conforme Vieira-da-Silva (2018), as primeiras turmas das residências em Medicina Preventiva e Social de Campinas, da UERJ e da USP (Ribeirão Preto e capital), bem como os primeiros cursos de especialização em Saúde Pública, propiciaram o encontro entre fundadores e a oportunidade do debate crítico sobre a situação de saúde do país. A partir desses contatos, foi possível o estabelecimento de relações entre grupos de fundadores. O CEBES nasceu de um grupo de alunos, ex-residentes de Medicina Preventiva de Campinas e alunos da primeira turma do curso de especialização em Saúde Pública direcionado a médicos oferecido pela FSP/USP. Ademais, concluintes desses cursos contribuíram para consolidar a nascente Saúde Coletiva, pois, em seguida, integraram núcleos de docentes de instituições como FM/UFBA, FCM/UNICAMP, FM/USP, FMRP/USP, ENSP/FIOCRUZ e IMS/UERJ.

4.2 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Ao compreender a Saúde Coletiva como parte do Campo Científico brasileiro, com a finalidade de apreender os principais traços que a caracterizam, nesta pesquisa optou-se pelo exame do crescimento e do desenvolvimento da pós-graduação *lato sensu*, da pós-graduação *stricto sensu* e da graduação em Saúde Coletiva. A pós-graduação *lato sensu* será o ponto de partida por ter sido a primeira modalidade a ser estruturada, já a graduação em Saúde Coletiva, que é a modalidade mais recente, será tratada por último, e, entre elas, a pós-graduação *stricto sensu*.

Essa escolha parte do entendimento da centralidade do tema da formação de pessoal em Saúde Coletiva no período de constituição da ABRASCO. No seu documento preliminar de princípios (ABRASCO, 1982), a entidade já indicava a necessidade de esforços de desenvolvimento equilibrado dos diversos níveis de pós-graduação (especialização, residência, mestrado e doutorado), além da educação continuada e dos cursos de atualização. Esse apontamento estava associado à reivindicação de um mercado de trabalho em saúde pública, o que dependia da implantação de uma rede pública de cuidados básicos de saúde. Ou seja, desde o nascimento da Saúde Coletiva, pode-se observar como a sua consolidação e expansão esteve imbricada com os rumos das políticas de saúde.

4.2.1 Pós-graduação *lato sensu* em Saúde Coletiva

De acordo com Belisário (2002) e Paim (2006), a formação de profissionais em Saúde Pública teve início, no Brasil, em 1925, com a criação do Curso de Higiene e Saúde Pública, voltado para a formação de médicos-sanitaristas. Desde então, a formação e a utilização desse profissional especializado sofreram mudanças associadas às inflexões nas políticas de saúde e às formas de estruturação das práticas de saúde.

No contexto da formação da Saúde Coletiva, cabe destacar um ponto de inflexão específico nessa trajetória. Na primeira metade da década de 1970, no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva, começou a tomar corpo um pensamento social da saúde a partir do diálogo com as correntes estruturalistas e marxistas. Com base em algumas contribuições teóricas, com destaque para as teses de Maria Cecília Ferro Donnangelo e Antônio Sérgio Arouca, a compreensão do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas o social como determinante das condições de saúde, pretendendo superar, portanto, as visões biológica e ecológica do antigo preventivismo. É nesse momento que se adota referenciais de áreas do conhecimento situadas fora dos limites do campo biomédico (BELISÁRIO, 2002). Esse debate crítico sobre os fundamentos da teoria preventivista, até então hegemônica, questionou o pensamento preventivista liberal de matriz americana e a sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal (SCOREL, 2012; SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Por um lado, essa teorização fundamentou a crítica à formação, à prática e ao papel do sanitaria tradicional. Por outro, pretendia-se com seus pressupostos teóricos – a determinação social da saúde e as práticas em saúde – produzir conhecimentos que orientassem a formulação e a implementação de políticas de saúde (MATTOS, 2000).

Essas críticas e contestações iriam influenciar os rumos dos cursos de especialização em “Saúde Pública”, naquele momento oferecidos pela FSP/USP e pela ENSP/FIOCRUZ, e das residências em “Medicina Preventiva” ou “Medicina Social”. Em 1977, das 76 escolas médicas existentes no país, em 13 existiam programas de residências em Medicina Preventiva e Social que ofereciam não mais que 20 vagas (MASSUDA *et al.*, 2009). Se os cursos de especialização eram oferecidos em instituições de São Paulo e Rio de Janeiro, as residências também estavam geograficamente concentradas na Região Sudeste (GOLDBAUM; BARATA, 2006; BARATA, 2015). Em 1981, já eram 22 os cursos de residência, que ofereciam 187 vagas, e 15 os cursos de especialização em Saúde Pública (BAPTISTA *et al.*, 2000; MASSUDA *et al.*, 2009; VIEIRA-DA-SILVA, 2018). Entre 1979 e 1987, foram criados 20 novos programas de residência em medicina preventiva e social no país. Dessa maneira, em menos de dez anos, passaram de 13 para 33 programas de residência (GOLDBAUM; BARATA, 2006). Portanto,

entre o final da década de 1970 e o final da década de 1980, a Saúde Coletiva em seus primórdios era essencialmente a pós-graduação *lato sensu*, conforme ficará mais evidente na parte deste estudo que trata da pós-graduação *stricto sensu*.

O crescimento dos cursos de especialização, verificado a partir de 1975, deve-se à estratégia de descentralização dos cursos de especialização em Saúde Pública, coordenados pela ENSP/FIOCRUZ e realizados em colaboração com Escolas de Saúde Pública vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde, inicialmente no Rio Grande do Sul e no Pará, que posteriormente se espalharam pelo país. Com a realização dos cursos descentralizados, buscava-se a formação de um sanitarista “generalista” em Saúde Pública, que abordasse as questões mais rotineiras dos serviços básicos de saúde, mas numa perspectiva de atuação política (BELISÁRIO, 2002; GOLDBAUM; BARATA, 2006; TAMBELLINI *et al.*, 2015).

A expansão das residências, por sua vez, está associada à criação, em 1978, do Programa de Apoio às Residências em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública (PAR), que representou o ingresso do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) no financiamento da formação, por meio do pagamento de bolsas de residência médica. Coordenado pela ENSP/FIOCRUZ e reunindo no início dez programas de departamentos de Medicina Preventiva e Social, o PAR fomentou a expansão dos programas na área e buscou estabelecer uma coordenação de âmbito nacional para esses programas (BELISÁRIO, 2002; GOLDBAUM; BARATA, 2006; TAMBELLINI *et al.*, 2015).

O momento de expansão tanto das residências em Medicina Preventiva e Social quanto dos cursos de especialização em Saúde Pública, no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, também estava relacionado à intenção do INAMPS de contratar esses profissionais (MINAYO, 2006). Em 1979, o INAMPS planejava absorver 1.800 profissionais da área de Saúde Pública e Medicina Preventiva e Social para atuar nas áreas de gestão, planejamento e epidemiologia, pois a política de formação estava articulada com a criação do cargo e da carreira de sanitarista no quadro técnico estatal (MASSUDA *et al.*, 2009).

No entanto, segundo Belisário (2002), apesar dos esforços da primeira Diretoria eleita da ABRASCO (1981-1983) no sentido de demonstrar a urgência da incorporação desses profissionais, essa meta não foi alcançada e, conforme as atividades do INAMPS foram se integrando ao Ministério da Saúde, houve uma redução na demanda por profissionais especialistas. Na opinião de Minayo (2006), as residências em Medicina Preventiva e Medicina Social progressivamente perderam espaço e status, dentre outros fatores, pelo fato de elas se constituírem numa modalidade longa de formação, pela retração do mercado de trabalho e

também pelas dificuldades de compatibilização de uma formação interdisciplinar com uma carreira tipicamente médica.

Massuda e colaboradores (2009), todavia, associam o declínio da residência em Medicina Preventiva e Medicina Social à ascensão da Medicina de Família e Comunidade. De acordo com os autores, isso aconteceu a partir da década de 1990 e especialmente a partir dos anos 2000, acompanhando a implantação e a expansão do Programa de Saúde da Família (PSF). Esse cenário também foi traçado no 3.º Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil (ABRASCO, 2000). Nesse documento, indica-se a continuidade de uma crise, já apontada nos Planos anteriores, na formação em programas de residência, persistindo, em geral, um quadro de pouca demanda para as vagas disponíveis. No diagnóstico, no entanto, destaca-se que a questão da Residência iniciava uma reatualização diante dos incentivos do governo federal aos programas de Saúde da Família e à demanda por formações específicas. Adicionalmente, considerava que os programas de residência médica exclusiva e os de residência multiprofissionais deveriam ser objetos de análises diferenciadas em função das especificidades de problemas.

Entretanto, como enfatiza Massuda *et al.* (2009), não se observou reações de atores institucionais que poderiam incentivar a formação em Saúde Coletiva por meio da residência em Medicina Preventiva e Medicina Social, como os ministérios da Saúde e da Educação, as instituições formadoras e as entidades da sociedade civil, onde se pode incluir a ABRASCO. Em Assembleia da Associação (ABRASCO, 2004), foi aprovada a criação, em caráter permanente, da Comissão Especial de Residência Médica em Saúde Coletiva, Saúde Pública e Medicina Preventiva e Social, que seria vinculada ao GT Profissões e Recursos Humanos da entidade. A proposta foi apresentada por Celia Pierantoni, que coordenava o GT, e tinha como justificativa a contínua necessidade de acompanhamento e avaliação desses programas de residência.

Desse modo, percebe-se a criação dessa Comissão como uma tentativa de a ABRASCO oferecer uma resposta institucional aos problemas que já eram percebidos naquele momento. No entanto, essa iniciativa não parece ter frutificado, pois na análise documental não se localizou outro registro que tratasse dessa Comissão.

Esse fato reforça a percepção de que, institucionalmente, a ABRASCO priorizou as residências multiprofissionais em Saúde Coletiva, cuja regulamentação ocorreu apenas em 2005, apesar dos primeiros esforços remontarem à primeira metade da década de 1980, conforme Goldbaum e Barata (2006). Com isso não se afirma que houve uma deliberação formal, mas a priorização pode ter ocorrido, por exemplo, diante da falta de condições de cobrir todas as frentes de atuação, qual teria a preferência. Também deve ser considerado nesse

contexto o aumento da importância de cursos específicos em subáreas de conhecimento, o que poderia indicar uma tendência de especialização disciplinar (MINAYO, 2006).

Acresce-se ainda o novo foco das instituições de Saúde Coletiva: a pós-graduação *stricto sensu*. Não há – ou não foi possível localizar – elementos que indiquem se a relação entre o crescimento do *stricto sensu* e a redução da importância do *lato sensu* é de causa, consequência, interdependência ou independência. Contudo, como será exposto, a expansão da pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva também ocorre a partir da década de 1990. Dessa maneira, sugere-se ter ocorrido o redirecionamento dos esforços das instituições formadoras de uma modalidade para a outra. Possivelmente, as políticas públicas de pós-graduação devem ter sido um fator indutor dessa expansão.

Entretanto, tal exame fica limitado pelas lacunas existentes na compreensão da importância da pós-graduação *lato sensu* na formação da Saúde Coletiva, conforme já apontado por Minayo (2006). Dessa maneira, não é por acaso que as informações acerca da evolução desse nível de pós-graduação são reduzidas e, possivelmente, imprecisas. Apesar dessas limitações, as informações mencionadas indicam, em linhas gerais, os caminhos de expansão da Saúde Coletiva nas décadas de 1970 e, principalmente, de 1980. Adicionalmente, pode-se dizer que as residências em Medicina Preventiva e Social e os cursos de especialização em Saúde Pública contribuíram para o surgimento e constituição da Saúde Coletiva (VIEIRA-DASILVA, 2018).

4.2.2 Pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva

No momento da fundação da ABRASCO, em 1979, existiam seis programas de pós-graduação *stricto sensu* que, posteriormente, seriam considerados como de Saúde Coletiva. Esses programas, que se tornaram os fundadores institucionais da Associação, surgiram entre 1970 e 1977, conforme demonstrado na Tabela 1:

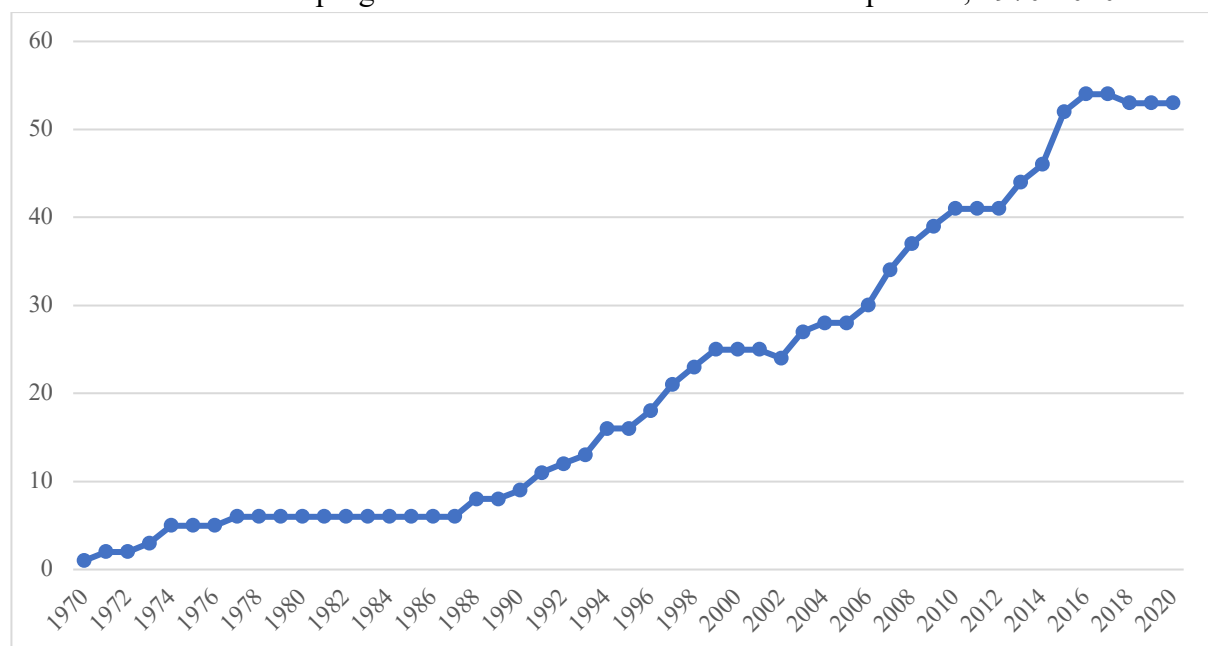
Tabela 1 – Programas de pós-graduação em Saúde Coletiva criados entre 1970 e 1977

Início do Mestrado	Início do Doutorado	Nome do Programa	Instituição
1970	1970	Saúde Pública	Faculdade de Saúde Pública da USP
1971	1971	Medicina Preventiva	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP
1973	1973	Medicina Preventiva	Faculdade de Medicina da USP
1974	1989	Saúde Comunitária	Faculdade de Medicina da UFBA
1974	1990	Medicina Social	Instituto de Medicina Social da UERJ
1977	1980	Saúde Pública	Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ

Fonte: Elaboração própria com base em dados da Plataforma Sucupira (2020).

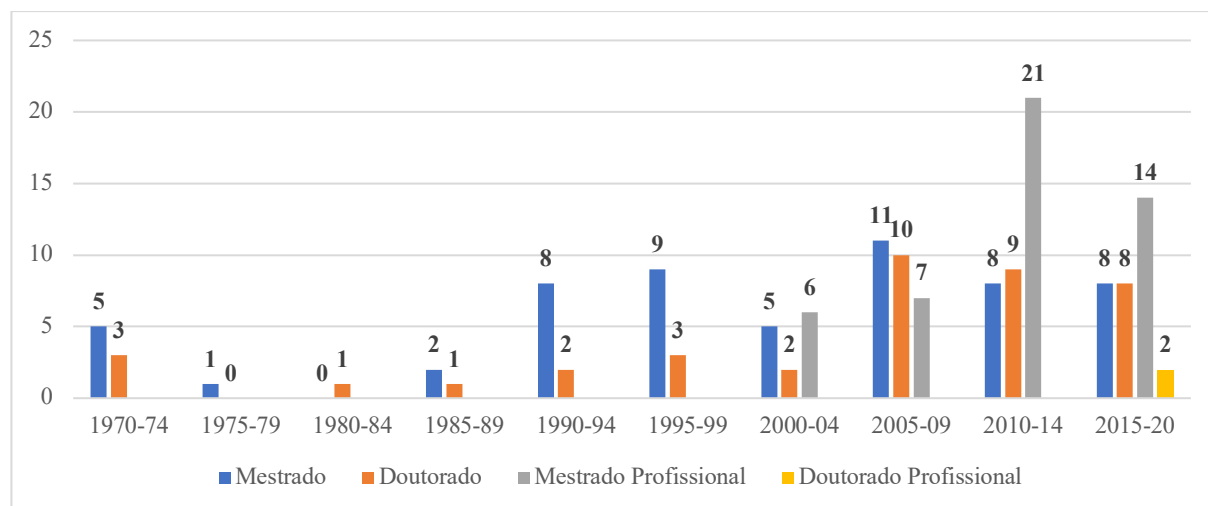
Apesar do surgimento desses primeiros programas da década de 1970, de acordo com as informações apresentadas nos Gráficos 1 e 2, percebe-se que o crescimento da área ocorreu a partir da década de 1990. O número de programas acadêmicos existentes cresceu de forma consistente por três décadas seguidas. A década de 1990 terminou com 14 programas a mais; na década de 2000, 16; e na década de 2010, com mais 12 programas. Isso sem mencionar os programas profissionais, que surgiram a partir de 2000 e rapidamente se expandiram.

Gráfico 1 – Número de programas acadêmicos em Saúde Coletiva por ano, 1970-2020



Fonte: Elaboração própria com base em dados da Plataforma Sucupira (2020).

Gráfico 2 – Criação de cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva por modalidade e nível, 1970-2020



Fonte: Elaboração própria com base em dados da Plataforma Sucupira (2020).

Em agosto de 2020, existiam 95 Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva, sendo 53 acadêmicos e 42 profissionais, que ofereciam 51 cursos de Mestrado (ME), 38 de Doutorado (DO), 42 de Mestrado Profissional (MP) e dois de Doutorado Profissional (DP), totalizando 133 cursos de pós-graduação, conforme exposto nas Tabelas 2 e 3. A relação dos PPGs em funcionamento, em projeto e encerrados está disponível no Apêndice A.

Tabela 2 – PPGs em Saúde Coletiva em funcionamento e em projeto, em agosto de 2020

Nível do PPG	Em funcionamento	Em projeto
Mestrado	15	1
Doutorado	2	1
Mestrado/Doutorado	36	0
Mestrado Profissional	40	1
Doutorado Profissional	0	0
Mestrado Profissional/Doutorado Profissional	2	0
Total	95	3

Fonte: Elaboração própria com base em dados da Plataforma Sucupira (2020).

Tabela 3 – Cursos de PPGs em Saúde Coletiva em funcionamento e em projeto, em agosto de 2020

Nível do PPG	Em funcionamento	Em projeto
Mestrado	51	1
Doutorado	38	1
Mestrado Profissional	42	1
Doutorado Profissional	2	1
Total	133	4

Fonte: Elaboração própria com base em dados da Plataforma Sucupira (2020).

Outra característica da pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva é a concentração, na região Sudeste, de programas acadêmicos e profissionais, conforme exposto na Tabela 4, com destaque para os estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Juntos, esses dois estados têm 19 programas acadêmicos e 15 programas profissionais, número superior ao da região Nordeste, que conta com 16 programas acadêmicos e 12 profissionais. Cabe destacar, ainda, que em cinco estados (Alagoas, Amapá, Tocantins, Rondônia e Roraima) não há nenhum PPG em Saúde Coletiva e em três (Goiás, Mato Grosso do Sul e Sergipe) não há programas acadêmicos, apenas profissionais.

Tabela 4 – PPGs em Saúde Coletiva em funcionamento por modalidade, Região e Unidade da Federação, em agosto de 2020

Regiões/UF	PPGs Acadêmicos		PPGs Profissionais	
	Nº	%	Nº	%
Sudeste	23	43,4	19	45,2
São Paulo	11		7	
Rio de Janeiro	8		8	
Minas Gerais	3		4	
Espírito Santo	1			
Nordeste	16	30,2	12	28,6
Bahia	4		4	
Ceará	4		1	
Pernambuco	2		2	
Rio Grande do Norte	2		2	
Paraíba	2		0	
Maranhão	1		1	
Piauí	1		0	
Sergipe	0		1	
Em rede (Nordeste)	0		1	
Sul	8	15,1	6	14,3
Rio Grande do Sul	5		3	
Paraná	2		0	
Santa Catarina	1		3	
Norte	4	7,5	0	0,0
Pará	2		0	
Acre	1		0	
Amazonas	1		0	
Centro-Oeste	2	3,8	4	9,5
Distrito Federal	1		2	
Mato Grosso	1		0	
Mato Grosso do Sul	0		1	
Goiás	0		1	
Nacional	0		1	2,4
Em rede (Nacional)	0		1	
Total	53	100	42	100

Fonte: Elaboração própria com base em dados da Plataforma Sucupira (2020).

Tomando como referência os resultados da Avaliação Trienal 2010 dos Programas de Pós-graduação *stricto sensu*, realizada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e referente ao período 2007-2009, Vieira-da-Silva (2018) aponta que o polo dominante da Saúde Coletiva era composto pelos programas que obtiveram conceitos 7,

6 e 5. No entanto, tendo em vista que o universo de programas acadêmicos avaliados era formado por 37 programas, acredita-se que o mais adequado seria considerar os oito programas que receberam conceitos 7 e 6. De acordo com esse raciocínio, o polo dominante seria formado por 21,6% em vez de 40,5% dos programas avaliados, o que, segundo o presente estudo, seria mais condizente com a ideia de um polo dominante.

Atualizando essas informações com os resultados da Avaliação Quadrienal 2017, o polo dominante seria composto atualmente por 10 programas, ou seja, 19% dos 53 programas acadêmicos avaliados, conforme as informações apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 – Programas de Pós-graduação acadêmicos em Saúde Coletiva segundo conceito obtido nas avaliações da CAPES, em 2010, 2013 e 2017

Conceito	Avaliação Trienal 2010		Avaliação Trienal 2013		Avaliação Quadrienal 2017	
	Nº de PPGs	%	Nº de PPGs	%	Nº de PPGs	%
Nota 7	2	5,4	4	10,3	3	5,7
Nota 6	6	16,2	7	17,9	7	13,2
Nota 5	7	19,0	6	15,4	10	18,9
Nota 4	11	29,7	17	43,6	19	35,8
Nota 3	11	29,7	5	12,8	14	26,4
Total	37	100	39	100	53	100

Fonte: Elaboração própria com base em dados da Plataforma Sucupira (2020).

Em que pesem as limitações existentes no processo de avaliação da CAPES (além de restrições), o exame desses resultados ajuda a compreender a composição desse espaço. No entanto, em vez de assumir o resultado de uma determinada avaliação, esse estudo sugere a observação das três últimas avaliações (2010, 2013 e 2017). Dessa maneira, a Tabela 6 sistematiza o desempenho de 11 programas: os seis criados na década de 1970 e os demais PPGs que obtiveram conceitos 6 ou 7 na Avaliação Quadrienal 2017. Com essa seleção, foram excluídos os quatro programas restantes que obtiveram conceito 5 na Avaliação Trienal 2010 (UFSC, UNICAMP, UFRJ e PPGs Saúde Pública e Meio Ambiente da ENSP) e que comporiam o polo dominante da Saúde Coletiva, segundo Vieira-da-Silva (2018).

Enquanto o resultado de uma avaliação isolada pode refletir uma oscilação em determinado momento, uma série, ainda que pequena, consegue diferenciar o que é circunstancial do que tende a ser constante. Dessa maneira, segundo a Tabela 6, a Avaliação Quadrienal 2017 representou uma consolidação no grupo dos programas 6 e 7, pois não houve mudança na composição desse grupo de 2013 para 2017, enquanto em 2013 dois programas (PPGSP da ENSP/FIOCRUZ e PPGSP da FSP/USP) ingressaram nesses estratos. Além disso, apenas o PPGSC do IMS/UERJ obteve em 2017 nota diferente da recebida em 2013; já na

avaliação anterior, quatro programas conseguiram resultado melhor do que na Avaliação Trienal 2010: PPGSP da ENSP/FIOCRUZ, PPGSP da FSP/USP, IMS/UERJ e FM/USP.

Tabela 6 – Conceitos obtidos por 11 programas de pós-graduação nas avaliações da CAPES, em 2010, 2013 e 2017

Instituição	Programa	Avaliação Trienal 2010	Avaliação Trienal 2013	Avaliação Quadrienal 2017
UFBA/ISC	Saúde Coletiva	7	7	7
UFPEL	Epidemiologia	7	7	7
USP/FM	Saúde Coletiva	6	7	7
UERJ/IMS	Saúde Coletiva	6	7	6
FIOCRUZ/ENSP	Epidemiologia em Saúde Pública	6	6	6
UFMG	Saúde Pública	6	6	6
UFRGS	Epidemiologia	6	6	6
USP/FSP	Nutrição em Saúde Pública	6	6	6
FIOCRUZ/ENSP	Saúde Pública	5	6	6
USP/FSP	Saúde Pública	5	6	6
USP/FMRP	Saúde Pública	5	5	4

Fonte: Elaboração própria com base em dados da Plataforma Sucupira (2020).

Admitindo que os dez programas 6 e 7 constituem o polo dominante da Saúde Coletiva, dos seis programas fundadores da Saúde Coletiva, apenas o da FMRP/USP não faz parte desse conjunto. Ao contrário dos outros dois programas fundadores que também obtiveram conceito 5 na Avaliação 2010, a nota deste PPG passou de 5 para 4. Em certa medida, esses resultados ainda devem expressar a grave crise institucional que, de acordo com Barata (2015), o Departamento de Medicina Social da FMRP/USP atravessou no início da década de 2000 e que resultou no encerramento do curso de Doutorado, em 2001. Naquele momento, o corpo docente se viu reduzido dada à não reposição das vagas abertas por aposentadorias e alguns óbitos. Em 2011, o curso de Doutorado foi retomado na USP Ribeirão Preto.

Contudo, se o polo dominante é formado por dez programas, sendo cinco fundadores da Saúde Coletiva, cabe mencionar os demais.

Há dois PPGs que são específicos de Epidemiologia, o que revela um momento diferente do campo. Enquanto no início os programas eram em Medicina Preventiva, Medicina Social ou Saúde Pública, a partir da década de 1990 passou a ocorrer a criação de programas em Epidemiologia: em 1991, o da UFPEL; e em 1999, o da UFRGS. Em verdade, em 1988, ocorreu uma primeira tentativa com o PPG em Epidemiologia da EPM/UNIFESP, mas esse programa foi encerrado em 2012.

Já o PPG em Saúde Pública da UFMG também iniciou as suas atividades na primeira metade da década de 1990, em 1994, durante a primeira onda de expansão da Saúde Coletiva. No entanto, o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG (DMPS/FM/UFMG) foi criado na década de 1960 (FM/UFMG, 2019) e alguns dos seus membros participaram da formação da Saúde Coletiva, como Benedictus Philadelpho de Siqueira, presidente da ABRASCO entre 1981 e 1983.

Finalmente, existem dois programas que surgiram a partir de desmembramento de programas fundadores. Criado em 2007, o PPG em Nutrição em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da USP, resulta do PPG em Saúde Pública dessa Faculdade e se caracteriza pela interface da Saúde Coletiva com a Nutrição. O PPG em Epidemiologia em Saúde Pública da ENSP surgiu em 2008 a partir do PPG em Saúde Pública da mesma Escola e, assim como os programas da UFPEL e da UFRGS, também é um programa específico de Epidemiologia.

Ainda que o polo dominante não seja formado apenas pelos PPGs fundadores, pois foi ampliado com o passar do tempo, não se pode negar a importância desses programas para a Saúde Coletiva. Vieira-da-Silva e colaboradoras (2018) explicam esse processo destacando o papel desses programas fundadores no estabelecimento das regras de dominação no processo de formação da Saúde Coletiva, posto que eles deram para esse espaço as suas características ou aquelas que pretendiam possuir.

Alguns elementos sustentam essa compreensão provisória, que terá prosseguimento no Capítulo 5. Além de contribuírem para a reflexão teórica sobre a Saúde Coletiva, os programas criados na década de 1970 foram responsáveis pela formação de mestres e doutores, que contribuíram para o estabelecimento de outros programas no país. Esse papel foi desempenhado exclusivamente por esses programas até o final dos anos 1980 e início dos anos 1990. Em 1988, foram criados dois programas específicos, o PPG em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da FIOCRUZ (IFF/FIOCRUZ) e o PPG em Epidemiologia da EPM. Apenas na década seguinte tiveram início novos PPGs em Saúde Coletiva, permitindo outras abordagens e a constituição de novos centros de formação.

4.2.3 Graduação em Saúde Coletiva

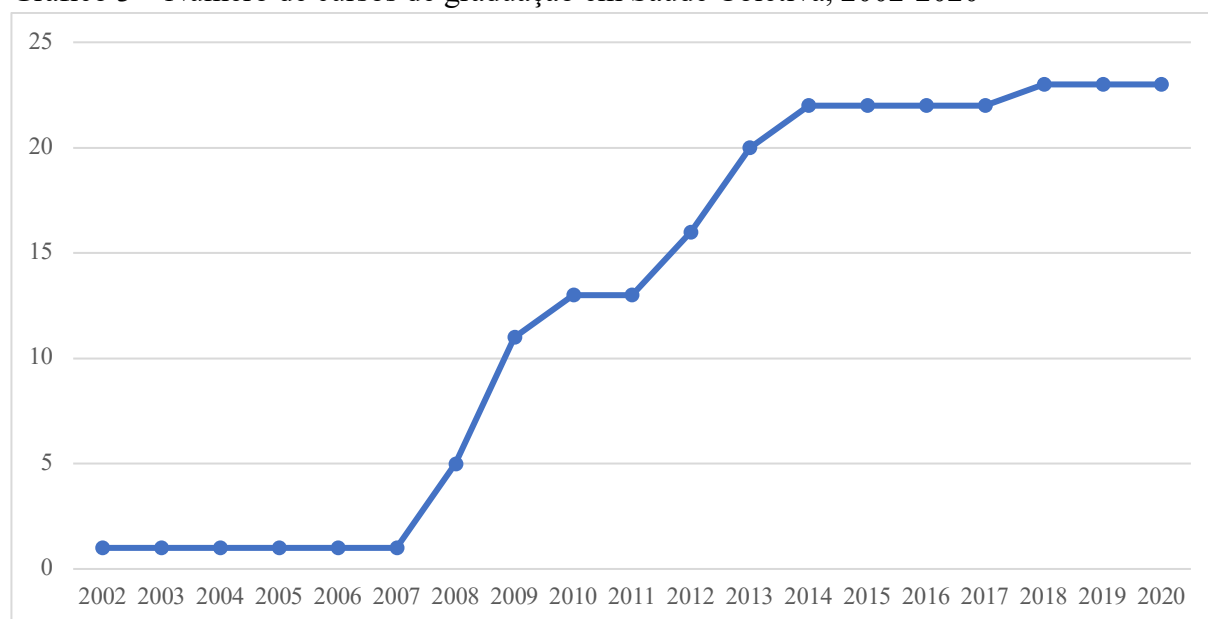
Se a pós-graduação faz parte da gênese da Saúde Coletiva, a graduação é um traço relativamente novo. A influência mais evidente é a mudança do nome da ABRASCO, ocorrida em abril de 2011, quando deixou de ser “Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva” e passou a se chamar “Associação Brasileira de Saúde Coletiva” para não haver

dúvidas de que a Associação também deveria ser um espaço cujo acesso era franqueado também para graduandos e bacharéis em Saúde Coletiva.

De acordo com Pinto e Paim (2015), a ideia de uma graduação em Saúde Coletiva vinha sendo debatida desde o final da década de 1970 e ganhou mais força na segunda metade dos anos 1990, o que contribuiu para compreender a criação, em 2002, do bacharelado em Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, na Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS). No entanto, ainda segundo os autores, essa proposta sofreu um enfraquecimento em âmbito nacional entre 2003 e 2009, dada a falta de prioridade tanto da ABRASCO quanto do MS para o tema.

No entanto, esse cenário foi modificado com a criação, em 2007, do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), que foi determinante para o surgimento de cursos no período entre 2008 e 2014, dado o seu estímulo para a criação de novos cursos em Instituições Federais de Ensino Superior. O crescimento a partir do estabelecimento do REUNI fica evidente no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Número de cursos de graduação em Saúde Coletiva, 2002-2020



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Sistema e-MEC (2020).

Após 18 anos da criação do primeiro curso e 12 anos depois do início da expansão do bacharelado em Saúde Coletiva, em agosto de 2020, existiam no país 23 cursos de graduação de Saúde Coletiva. Ao contrário da pós-graduação em Saúde Coletiva, que é muito concentrada na região Sudeste, a graduação em Saúde Coletiva possui uma distribuição mais homogênea entre as regiões, conforme apresentado na Tabela 7. No entanto, os cursos estão presentes em

apenas metade dos estados do país e no Distrito Federal, sendo Pernambuco e Rio Grande do Sul, com três cursos cada, as Unidades da Federação com maior número de cursos.

Tabela 7 – Bacharelados em Saúde Coletiva em funcionamento por Região e Unidade da Federação, em agosto de 2020

Regiões/UF	Nº Cursos	%
Nordeste	5	21,74
Pernambuco	3	
Bahia	1	
Rio Grande do Norte	1	
Sul	5	21,74
Rio Grande do Sul	3	
Paraná	2	
Norte	5	21,74
Pará	2	
Acre	1	
Amazonas	1	
Roraima	1	
Sudeste	5	21,74
Minas Gerais	2	
São Paulo	2	
Rio de Janeiro	1	
Centro-Oeste	3	13,04
Distrito Federal	2	
Mato Grosso	1	
Total	23	100

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Sistema e-MEC (2020).

Para Vieira-da-Silva *et al.* (2018), o surgimento da graduação em Saúde Coletiva e a sua consolidação seria, junto com o crescimento da pós-graduação, uma demonstração da consolidação e institucionalização da Saúde Coletiva. Entretanto, a constituição do bacharelado é percebida de forma crítica por agentes do campo.

De acordo com Bosi (2021), havia um movimento dentro do IESC/UFRJ e do ISC/UFBA se dedicando à formulação de uma proposta para o bacharelado desde 2001. Contudo, Bosi sinaliza que essa discussão foi “atropelada” a partir da criação do REUNI e, em

consequência, para ela, em geral, os perfis dos cursos atuais não possuem muita semelhança com o que estava sendo concebido.

Na mesma direção, Miranda (2021) avalia que a formação dos cursos se deu sem um preparo prévio, pois se buscava aproveitar uma janela de oportunidade, dada a falta de segurança de que em outro momento posterior seria possível a criação desses cursos. Com isso, de acordo com Miranda, o momento de formação dos cursos se deu enquanto a discussão ainda estava insuficiente.

Desse modo, mesmo entendendo que tais avaliações podem estar (e possivelmente estão) corretas, acredita-se, em um aparente paradoxo, que a perspectiva da janela de oportunidade não pode ser considerada infundada. Aliás, as gestões do Ministério da Educação, desde 2016, reforçam o argumento em favor da janela de oportunidade.

Contudo, a criação da graduação representa outros desafios para a Saúde Coletiva, pois um campo interdisciplinar e multiprofissional passou a formar bacharéis e a questão da profissionalização passou a se colocar. Adicionalmente, trata-se de um curso que forma profissionais cuja empregabilidade depende quase que exclusivamente do Estado e, portanto, muito vulnerável às inflexões na política de saúde.

4.3 NOME E SIGNIFICADOS

Buscou-se apresentar, resumidamente, o contexto histórico em que se deu a formação da Saúde Coletiva, indicando as principais influências desse processo e as suas características gerais desde a década de 1970 até o presente. Segundo Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014), a expressão “saúde coletiva” era utilizada desde a década de 1960 como referência a problemas de saúde no nível populacional e em documentos oficiais, como na Reforma Universitária de 1968. No entanto, o uso tal qual conhecemos, está associado à fundação da ABRASCO, em 1979. Assim, cabe resgatar como se chegou ao nome “Saúde Coletiva”.

Durante as discussões que antecederam a fundação da ABRASCO, necessitava-se chegar ao nome da futura Associação. Contudo, existiam restrições às denominações possíveis (BELISÁRIO, 2002; VIEIRA-DA-SILVA *et al.*, 2018). Figuras mais conservadoras não aceitavam “Medicina Social”. “Higiene” já era adotado pela Sociedade Brasileira de Higiene, que reunia sanitaristas mais tradicionais naquele momento, além de um significado histórico que se buscava distância. “Medicina Preventiva” e “Saúde Pública” não tinham boa recepção, dadas as críticas de Arouca e de Donnangelo. Ademais, “Saúde Coletiva” era confortável para cientistas sociais e outros profissionais da saúde não médicos. Por ser considerado um nome

neutro, “Saúde Coletiva” surgiu como solução consensual para um problema político, em vez de ser fruto de um esforço teórico dos membros da nova área. (VIEIRA-DA-SILVA, 2018)

Em que pese essas motivações para a escolha do nome, com o passar do tempo, buscou-se atribuir um sentido a ele, no entanto, essas tentativas de definição são bastante diferentes entre si (NUNES, 2012). O que é compreensível, pois além de ter sido uma solução confortável para agentes distintos e diversos, tratava-se da constituição de uma nova área de produção de conhecimentos científicos, marcada tanto pela incorporação de disciplinas de distintas áreas do saber (ciências sociais e ciências da saúde) quanto pela multiplicidade de objetos (NUNES, 2012; RIBEIRO, 1991).

Conforme aponta Costa (2021), a Saúde Coletiva atribuiu novos sentidos a disciplinas que já estavam presentes no campo da Saúde, especificamente, na Medicina, como as Ciências Sociais e a Epidemiologia, além de aproximar o Planejamento. Essa articulação, para Cordeiro (2004), teve o mérito de buscar a superação das orientações funcionalistas das ciências do comportamento, as visões tecnocráticas de correntes do planejamento e da administração de saúde ou da determinação das doenças.

A teorização do conceito de Saúde Coletiva, na opinião de Birman (1991), representou uma inflexão para o conceito de saúde, negando o monopólio do discurso biológico sobre o campo da saúde e, com isso, reestruturou o campo da Saúde Pública. Ao substituir a noção de “Público” por “Coletivo”, ainda segundo Birman, incidiu na gestão das práticas sanitárias, deslocando o Estado como centro exclusivo da problemática da saúde, e reconheceu o poder instituinte da vida social. Já Loyola (2012) sugere que Saúde Coletiva evoca não apenas o estudo da saúde de uma coletividade, mas também a contribuição da coletividade para o entendimento do que é saúde, como estado e como objeto de estudo.

Stotz (1997) reconhece que a busca pela compreensão da relação entre o biológico e o social contribuía para o conhecimento de diversas dimensões particulares dos processos saúde-doença de grupos sociais. De modo convergente, Paim e Almeida Filho (1998) consideram que o objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social.

Entende-se que essa percepção estava na base da divergência se o objeto das práticas de saúde deveria ser a saúde ou a doença. Enquanto Paim e Almeida Filho (1998) propunham reformular o paradigma biomédico deslocando o objeto de intervenção dos sistemas de saúde – que deveria se orientar não pela doença, mas pela saúde –, Campos (2000) postulava que o objeto sobre o qual intervém as práticas de saúde é a doença ou a potencialidade de se adoecer ou de morrer. Dessa maneira, ainda que as duas posições considerassem as dimensões biológica e social, a primeira parecia enfatizar o aspecto social, e a segunda, o biológico.

Na formação da Saúde Coletiva, a relação entre biológico e social também orientou um esforço epistemológico, a determinação social do processo saúde-doença, significando uma ruptura tanto com a Medicina Preventiva quanto com a Saúde Pública. De acordo com Canesqui (1995), essa teorização expressava a influência do materialismo histórico e da Medicina Social Latino-americana e identificava as raízes da produção social da doença nos elementos constitutivos do modo de produção (processo produtivo e organização do trabalho), na estrutura social em que se estabelecem as condições sociais de produção das doenças e no próprio sistema de atenção médica estruturado, e na reprodução social das desigualdades, determinando ou condicionando o perfil de morbimortalidade.

Contudo, na avaliação de Nunes (1994), permanecia a tarefa de investigar, compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde. A questão a ser explicada, segundo Stotz (1997), referia-se aos determinantes, isto é, às causas da variabilidade de doenças nas coletividades. Assim, para Canesqui (1995), o avanço teórico-metodológico foi sendo questionado por essa ampliação do espectro da causalidade e determinação. Assim, Stotz (1997) considera que os estudos epidemiológicos foram bem-sucedidos na resolução do desafio de integrar o individual e o coletivo, mas não na relação entre o biológico e o social.

Com essas fragilidades, houve um recuo na adoção dessa teoria no campo da Saúde Coletiva. No lugar da determinação social do processo saúde-doença, por exemplo, Iriart *et al.* (2015) apontam que a Saúde Coletiva se vale de um olhar ampliado sobre o processo saúde-doença e de uma visão complexa, multidimensional e enraizada em contextos socioculturais, históricos, econômicos e políticos.

4.4 CAMPO DA SAÚDE COLETIVA?

Com base na análise da produção científica da Saúde Coletiva na década de 1970, Donnangelo (1983) buscou compreender o que caracterizava a Saúde Coletiva e a definiu, pela primeira vez, como um campo de saberes e práticas, introduzindo esse sentido, que passou a ser amplamente adotada por autores que seguiram as trilhas iniciadas por ela e, posteriormente, pesquisaram os traços característicos da Saúde Coletiva. Entretanto, deve-se atentar que, naquele momento, a Saúde Coletiva ainda era uma área muito jovem e, conforme a própria Donnangelo (1983) assume, suas considerações eram muito restritas, pois se baseavam em um período muito curto da própria área. Donnangelo também assinalava que a posição ocupada pela Saúde Coletiva expressava um conjunto de tendências de ampliação e recomposição de

seu espaço de intervenção. A autora não explicita se a noção de campo empregada no texto corresponde ao conceito de Bourdieu, mas acredita-se que essa percepção não seja inadequada. Portanto, diante dessas ponderações, entende-se que a definição de Donnangelo não deva ser desconsiderada, mas lida com cuidado e inserida no momento que foi concebida.

Referindo-se ao emprego da noção de campo na descrição da Saúde Coletiva, Vieira-da-Silva (2018) destaca que nem sempre ela possui o mesmo sentido, oscilando desde a compreensão do senso comum até o significado do conceito de Bourdieu. Apesar do uso frequente da definição da Saúde Coletiva como um campo, Vieira-da-Silva (2018) questiona se, de fato, tal campo existe, mas no sentido do conceito bourdieusiano. Por isso, a autora se propõe a examinar qual seria a estrutura desse campo, quais os elementos que assegurariam a sua autonomia relativa, as interseções com outros campos, assim como as principais questões que estão em jogo na Saúde Coletiva.

Desenvolvendo a definição seminal de Donnangelo, Paim e Almeida Filho (1998) entendem a Saúde Coletiva como campo científico onde se produzem saberes e conhecimentos que possuem a saúde como objeto e que conta com a presença de distintas disciplinas que abordam esse objeto sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes dentro e fora do chamado “setor saúde”. Já Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014) consideram a Saúde Coletiva como campo de produção de conhecimento voltado para a compreensão da saúde e a explicação de seus determinantes sociais e, ainda, como âmbito de práticas direcionadas prioritariamente para a sua promoção, mas também para a prevenção e o cuidado, tomando por objeto não somente os indivíduos, mas a coletividade.

Conforme Vieira-da-Silva (2018), o que está nas “fronteiras” da Saúde Coletiva, pois encontra-se em disputa com outros campos, é um tipo específico de capital simbólico, que está relacionado com a autoridade sobre a definição legítima dos problemas de saúde no âmbito populacional e, em consequência, seus determinantes e políticas adequadas para a sua resolução. Ainda segundo Vieira-da-Silva, além da Saúde Coletiva, o campo médico, outras disciplinas do campo científico (como as Ciências Sociais e Humanas, Engenharia Sanitária, Química, Biologia e áreas da pesquisa básica – bacteriologia e genética), o campo burocrático e o campo político também almejam o reconhecimento do seu conhecimento específico como fundamento legítimo dessa autoridade.

Nesse sentido, Campos (2000) considerava que a Saúde Coletiva estava reproduzindo o mesmo procedimento do campo médico de desautorizar qualquer saber e prática sobre saúde produzido fora da sua racionalidade, o que ele define como uma postura autoritária e disciplinar.

Assim, Campos (2000) sugeria uma alteração no sentido polar da formulação de Bourdieu de campo *x corpus* (disciplina) para campo-núcleo. Nesse deslocamento, campo seria um espaço de limites imprecisos, onde cada disciplina e profissão buscaria apoio em outras para cumprir suas tarefas técnicas e práticas. Por sua vez, núcleo seria a aglutinação de conhecimentos, preservando a necessidade e a inevitabilidade de se construírem identidades sociais para campos de saber e profissões, mas sem romper com a dinâmica do campo.

Além da interface com outros campos, Iriart *et al.* (2015) recordam que a Saúde Coletiva se constituiu como um campo marcado pela interdisciplinaridade. Desse modo, e com base na noção de campo científico de Bourdieu, a Saúde Coletiva é percebida como um espaço social com suas intrínsecas relações de força, de monopólio e de lutas.

Como já visto neste trabalho, o conceito de campo delimita um microcosmo social dotado de maior ou menor autonomia relativa frente aos demais campos estabelecidos no interior do macrocosmo social. Analisando as transformações e a constituição da Saúde Coletiva, Vieira-da-Silva (2018) considera que a sua progressiva institucionalização tem permitido uma crescente autonomia frente ao campo médico e ao Estado e, dessa maneira, é possível considerá-lo como um campo em processo de autonomização, dominado em relação ao campo do poder, mas que tem sua lógica específica relacionada com o universal, à semelhança de outros campos da produção cultural. No entanto, em exame anterior, a autora, em colaboração com colegas, não definiu a Saúde Coletiva como campo, mas como espaço multiprofissional e interdisciplinar consolidado cuja evolução era na direção de um campo (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

A percepção da falta de consolidação do campo está presente em outros autores, ainda que em textos de 20 anos ou mais de diferença. Contudo, considera-se válida recuperá-los, pois os temas que abordam não se referem a circunstâncias de um determinado período, mas de traços estruturais do campo.

Nesse sentido, Canesqui (1995) entendia que a definição da Saúde Coletiva ainda não estava consolidada, principalmente pelas limitações na definição do seu objeto. Desse modo, ela considerava como possibilidade a sua característica básica ser um campo em constituição, como indicado por Donnangelo, em 1983.

Paim e Almeida Filho (1998) compreendiam que a Saúde Coletiva não preenchia as condições epistemológicas e pragmáticas necessárias para se apresentar como um novo paradigma científico. Todavia, avaliavam que ela tinha se consolidado como campo científico e âmbito de práticas aberto à incorporação de propostas inovadoras, ainda que enfrentasse

interrogações e dilemas, o que poderia ser compreendido como parte do processo de desenvolvimento de um campo relativamente jovem.

Em texto do mesmo período, Stotz (1997) apresenta uma percepção oposta. Para ele, as limitações da teoria da determinação social do processo saúde-doença representavam um obstáculo intransponível no processo de a Saúde Coletiva se constituir como um campo científico próprio. Stotz chegou a essa conclusão, pois, na sua avaliação, não era mais possível conceber uma teoria unificadora capaz de explicar o conjunto dos fenômenos ou objetos de estudo da Saúde Coletiva.

Mesmo caracterizando a Saúde Coletiva como campo, Vieira-da-Silva (2018) avalia que não existe ainda um *corpus*, no sentido da designação dada por Bourdieu a campos muito homogêneos. Entende-se que Loyola (2012) apresenta uma leitura convergente ao problematizar a dinâmica do campo, na qual se evita tratar a Saúde Coletiva como uma disciplina, mas como um campo com áreas disciplinares específicas. De acordo com Loyola (2012), a noção de disciplina se refere ao corpo de conhecimentos acumulados ao longo do tempo que devem ser transmitidos, atualizados e ampliados – em resumo, reproduzidos. Desse modo, Loyola considera que é o ensino da Saúde Coletiva, como uma disciplina, que será capaz de garantir a sua especificidade, a sua memória e a sua continuidade tanto como área do conhecimento quanto campo científico.

Retomando o processo de autonomização, cabe ressaltar alguns obstáculos identificados. Vieira-da-Silva (2018) indica que, além de constituir-se contra a Medicina Preventiva e a Saúde Pública institucionalizada, a Saúde Coletiva também emergiu em oposição ao mercado. Dessa maneira, estabeleceu sua autonomia frente ao mercado, mas ao custo da dependência do Estado para o desenvolvimento de pesquisas, tornando-se mais vulnerável às interferências do campo burocrático e do campo político, o que também foi apontado por Ribeiro (1991).

A vinculação da Saúde Coletiva com o Movimento da Reforma Sanitária também foi um vetor que a impulsionou em direção ao campo político. Não por acaso, a marca inaugural da Saúde Coletiva foi a produção teórica associada à militância política (FLEURY, 2018), o que ajuda a explicar o protagonismo da ABRASCO na 8.^a Conferência Nacional de Saúde, na elaboração da temática da saúde da Constituição de 1988 e em movimentos para a aprovação das leis que estabeleceram a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e o controle social mediante conferências e conselhos de saúde (BELISÁRIO, 2002; GOLDBAUM; BARATA, 2006; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014; VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Adicionalmente, a necessidade de implementar o SUS em todo o país, após a promulgação da Constituição Federal, intensificou essa proximidade entre Saúde Coletiva e Movimento da Reforma Sanitária, constituindo praticamente uma agenda comum, conforme apontado por Cordeiro (2004). Nesse sentido, Vieira-da-Silva (2018) destaca a mobilização de agentes do campo para ocupar tanto os cargos de direção do SUS, no MS e nas secretarias estaduais e municipais de Saúde, quanto a colaboração técnica, como especialistas do Estado. Para Ribeiro (1991), essa dinâmica significou a subordinação da vocação acadêmica da Saúde Coletiva à sua vocação política.

Contudo, Cordeiro (2004) avaliava de forma distinta. Na sua opinião, a agenda de pesquisa da Saúde Coletiva foi e deve ser pautada pelas necessidades da Reforma Sanitária e do desenvolvimento do SUS. Inclusive, é nessa convergência que se inseria, por exemplo, a atuação do INAMPS no apoio a projetos de pesquisa e divulgação científica, realizados pela ENSP e por outras instituições, além de um programa de capacitação e educação permanente, que favoreceu a criação e consolidação dos NESC, e do suporte concedido aos DMPS. Esse traço é realçado pelo levantamento de Vaitsman, Ribeiro e Lobato (2013) sobre o papel do MS no apoio e financiamento de estudos orientados às políticas, reforçando a síntese de Machado *et al.* (2020), que considera a forte interseção entre a pesquisa, a intervenção e a ação política como característica do campo da Saúde Coletiva.

O fato de a Saúde Coletiva ter estabelecido uma relação tão próxima com os campos político e burocrático coloca em questão o grau de autonomia do campo. Além disso, como recorda Vieira-da-Silva (2018), o objeto da Saúde Coletiva, isto é, os problemas de saúde em populações, necessariamente envolve os campos burocrático e político no diagnóstico e nas respostas a esses problemas. Ao apontar a necessidade de transformação não apenas da situação de saúde da população, mas das suas determinações sociais, essa compreensão da realidade impulsionou a aproximação inicial da Saúde Coletiva com o campo político. Portanto, pode-se dizer que a relação com os campos político e burocrático faz parte da constituição e, até mesmo, da identidade da Saúde Coletiva.

Entretanto, ao argumentar em favor da produção de uma agenda própria de questões de pesquisa das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, sem renunciar ao seu arsenal teórico-metodológico, Canesqui (1995) revela a necessidade de se defender uma autonomia nessa construção. Considerando, ainda, que Canesqui avaliou ser necessário pontuar que essa posição não significava uma postura descompromissada, percebe-se que esse espaço autônomo não existia ou era muito reduzido.

De modo semelhante, Schraiber (2018) afirma que, em diferentes atividades (pesquisa, produção teórica e formação de novos profissionais), são evidentes as dificuldades de sustentar a autonomia relativa da Saúde Coletiva, inclusive em relação ao campo médico. Com base nessa análise, Schraiber (2018) considera a Saúde Coletiva como uma pretensão de campo ainda não realizada. Todavia, considerando que a pretensão, em verdade, pode ser percebida como um projeto político-científico, deve-se questionar se a Saúde Coletiva pode alcançar essa autonomia relativa característica de um campo científico, nos termos de Bourdieu.

A formação da Saúde Coletiva e a emergência do Movimento da Reforma Sanitária resultam da necessidade de politizar a saúde, de dar visibilidade ao social no campo da saúde e encerrar a cisão entre a dimensão técnico-científica e as práticas sociais (SCHRAIBER; MOTA, 2015). Desse modo, a superação que a Saúde Coletiva buscou representar face à Medicina Preventiva é a de ser um projeto de intervenção não apenas sobre as doenças, mas também sobre a estrutura social responsável pela produção das enfermidades. Para Vieira-da-Silva (2018), uma teoria social da saúde que fornece os fundamentos dessa necessária ligação entre a determinação social da saúde e a formulação de um projeto político, a Reforma Sanitária.

Essas características específicas foram consideradas por Vieira-da-Silva (2018) ao identificar as posições que configuram a arquitetura do espaço da Saúde Coletiva e atuam como polos de atração/repulsão quando ela indicou três principais inserções: no campo científico (inserção nos departamentos de Medicina Preventiva/Social/Comunitária e nos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva); no campo burocrático (responsáveis por experiências de municipalização, regionalização e reorganização da atenção à saúde); e no campo político (incluindo parlamento e movimentos sociais). Ou seja, percebe-se que a conexão com o campo político não é algo circunstancial, mas um pilar que estrutura a Saúde Coletiva.

Ademais, a busca por uma autonomia que seja capaz de repelir as influências do campo político pode significar o esvaziamento total da proposta transformadora da Saúde Coletiva, afastando-se do SUS e do projeto político da Reforma Sanitária. Por outro lado, entretanto, interferências do campo político podem afetar a credibilidade científica das instituições que compõem esse espaço, configurando-se como uma politização indevida.

Após quatro décadas, que é um tempo relativamente curto para uma área do conhecimento científico, a Saúde Coletiva busca se afirmar no campo científico. Todavia, isto se dá em bases que foram estabelecidas pelos campos já consolidados, como o campo médico e o campo das ciências sociais. Entretanto, esses padrões parecem ser inalcançáveis para a Saúde Coletiva, pois ela não se constituiu segundo uma trajetória acadêmica tradicional. Para caber nesse formato, possivelmente, a Saúde Coletiva necessite abdicar de um dos seus pilares

(a conexão com o campo político e com o campo burocrático), isto é, na prática, deixar de ser Saúde Coletiva.

Portanto, considera-se, nesta pesquisa, a Saúde Coletiva como um campo de saberes e âmbitos de práticas. Contudo, tendo em vista as questões relacionadas à sua autonomia, é necessário qualificar o tipo de campo. Ela não está sendo caracterizada como um campo científico, o que não significa questionar a sua cientificidade, mas uma opção em realçar as suas especificidades e, sobretudo, a sua identidade. Assim, entende-se que a Saúde Coletiva é um campo de saberes e âmbito de práticas e, como tal, está ancorado no campo científico, mas com fortes interseções com o campo político e com o campo burocrático, constituindo um espaço social singular.

4.5 TENSÕES, DISPUTAS E CONFLITOS

Nesta parte, serão apresentados pontos que foram identificados na revisão da literatura como motivo de tensões, disputas e conflitos no interior da ABRASCO ou no conjunto da Saúde Coletiva. Antes, no entanto, cabe uma ressalva acerca de diferenças existentes no interior da Saúde Coletiva.

Para Mattos (2000), o fato de o nascimento e a consolidação da Saúde Coletiva terem ocorrido durante a Ditadura Militar, por um lado, estimulou a cooperação entre as instituições nucleares em vez da concorrência entre elas. Contudo, por outro lado, esse processo cooperativo ao enfatizar as convergências existentes entre os diferentes grupos e instituições, sem destacar as divergências entre diversas linhas de pesquisa, contribuiu para conformar uma ideia de homogeneização que, ainda segundo Mattos, nunca houve na Saúde Coletiva. A explicação para essa heterogeneidade estaria na base multidisciplinar na qual a Saúde Coletiva se assentou e na ausência de uma matriz disciplinar capaz de orientar o ensino e a pesquisa.

Para determinados autores (LIMA; SANTANA, 2006; SOUZA *et al.*, 2015), a trajetória da ABRASCO indica que um duplo propósito a guia desde a sua origem: o fortalecimento da Saúde Coletiva e a luta pela democratização da saúde por meio de uma Reforma Sanitária. Entretanto, Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014) apesar de considerarem que a ABRASCO permanece atuando em prol da consolidação do SUS, apontam que, dependendo da composição de suas diretorias e da correlação de forças presente nas conjunturas, a permanência do vínculo orgânico entre a Saúde Coletiva e a Reforma Sanitária é colocada em questão. Portanto, a relação entre a atuação científica e a atuação política, que seria um norte para a ABRASCO para uns, não é vista como ponto pacífico por outros.

Esse dissenso a respeito da relação entre **atuação científica e atuação política** também se expressou em diferentes momentos. Nesse sentido, são significativas duas concepções sobre a ABRASCO: uma entidade principalmente política voltada para interferir nas políticas de saúde ou uma entidade caracterizada pelo seu caráter acadêmico, ainda que com relevante atuação política (VIEIRA-DA-SILVA, 2018). Essa polarização também ficou evidente tanto no interior de comissões quanto na diferenciação entre as gestões da entidade. A gestão de José Noronha, por exemplo, foi marcada pela intenção de retomar o protagonismo político da ABRASCO na política de saúde – que supostamente foi perdido pela inflexão acadêmica das gestões de Maria Cecília Minayo e Rita Barradas Barata –, e a disputa em torno da composição da chapa para sua sucessão explicitou a polarização entre os defensores de uma atuação da ABRASCO mais próxima à de um movimento social e aqueles que postulavam o caráter de associação científica como característica primordial (GOLDBAUM; BARATA, 2006).

Ao mesmo tempo, as **visões políticas** – esquerda e direita ou progressistas e conservadores – também aproximam e distanciam. Porém, não se restringem a essas distinções, pois também existem as divergências e disputas no núcleo de esquerda (VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

Outra contraposição identificada na disputa entre os projetos relativos à ABRASCO foi o antagonismo entre **ciência e técnica**, também definido como oposição entre **academia e serviço**. Enquanto uma visão postulava o estabelecimento de uma associação centrada na pesquisa, na pós-graduação e na consolidação da Saúde Coletiva, a outra tinha como objetivo a construção de uma associação voltada para os serviços de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

Nos primeiros seminários e encontros organizados pela ABRASCO, nos debates que tratavam do ensino e da pesquisa na Saúde Coletiva que estava em formação, tiveram lugar discussões que iniciaram o processo de formação das três áreas disciplinares que estruturaram e orientaram o desenvolvimento da Saúde Coletiva: Ciências Sociais e Humanas em Saúde (CSHS), Epidemiologia e Política, Planejamento e Gestão (PP&G). Desde então, tanto a especialização quanto a divisão nessas áreas fazem parte das disputas no interior da Saúde Coletiva (VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

No entanto, essas disputas específicas da Saúde Coletiva se inserem em outra clivagem, que ocorre com outros espaços sociais. De acordo com Vieira-da-Silva (2018), trata-se de uma disputa pela autoridade sobre a definição legítima dos problemas de saúde no âmbito populacional, seus determinantes e políticas adequadas.

As diferenças entre **CSHS e Epidemiologia**, por vezes, expressam-se por meio do debate sobre a metodologia de pesquisa, na polarização qualitativo x quantitativo. Enquanto

epidemiologistas criticam as generalizações com base em estudos de caso, cientistas sociais reprovam as quantificações sem teoria ou com uso inadequado das teorias (VIEIRA-DA-SILVA, 2018). No entanto, essas diferenças não surgem apenas a partir de escolhas metodológicas, pois elas subjazem visões de ciência e de saúde. Ademais, os parâmetros hegemônicos de avaliação da produção científica tendem a favorecer o padrão quantitativo. Dessa maneira, há também uma dimensão de reconhecimento e de poder.

Já as disputas que colocam em lados opostos **Epidemiologia e PP&G** igualmente demonstram questões relativas a visões sobre ciência e saúde, assim como a luta por reconhecimento e por espaços de poder na Saúde Coletiva. Contudo, há uma peculiaridade. Há embates que trazem consigo a oposição campo científico (Epidemiologia) x campo político ou campo burocrático (PP&G) (VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

Os limites que separam **CSHS e PP&G** são muito tênues, portanto, uma situação absolutamente distinta da interface que cada uma dessas duas áreas possui com a Epidemiologia. A partir do ingresso de cientistas sociais no campo biomédico e no processo de formação da Saúde Coletiva, o estabelecimento das Ciências Sociais em Saúde, CSHS e PP&G disputaram a autoridade acerca da investigação sobre as políticas de saúde. Uma expressão dos embates decorrentes dessa sobreposição foi a reação de cientistas sociais contra a criação da Comissão de Políticas de Saúde no interior da ABRASCO, alegando duplicidade em relação à Comissão de Ciências Sociais em Saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

Entretanto, esses não são os únicos pontos de conflito envolvendo áreas disciplinares da Saúde Coletiva.

Integrantes das CSHS têm defendido mais **visibilidade para a produção** dessa área e, para isso, propõem identificar, fortalecer os periódicos nacionais que concentram a maior parte desta produção específica e valorizá-los no Qualis-Periódicos da CAPES, posicionando-os nos estratos superiores desse sistema de avaliação. Diante da criação de novos PPGs em Saúde Coletiva ou áreas de concentração sem a presença de pesquisador qualificado em CSHS, representantes das CSHS demandam a qualificação adequada da área nos programas de pós-graduação. Esses dois pleitos não são recentes e constam no documento final de uma oficina da Comissão de CSHS no 3.º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, realizado em 2005 (NUNES, 2006).

Contudo, a busca pela **afirmação do espaço das CSHS** não é algo que se restrinja à Saúde Coletiva. Por exemplo, diante da inexistência, na chamada “Pesquisas para enfrentamento da Covid-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves”, de temas ou linhas de pesquisas que contemplassem a investigação de situações sociais

e cujas dinâmicas foram afetadas pela pandemia de Covid-19, a ABRASCO publicou o documento “Precisamos das Ciências Sociais e Humanas para compreender e enfrentar a pandemia de Covid-19”, onde destacava que o caráter interdisciplinar da pandemia demandava uma integração no plano do conhecimento de profissionais com múltiplas formações, incluindo as ciências sociais e humanas (ABRASCO, 2020f).

O propósito de conquistar e estabelecer um espaço próprio no interior da Saúde Coletiva não é uma novidade nem exclusividade das CSHS. Supõe-se que a posição da Epidemiologia como área dominante esteja associada à expansão dos PPGs *stricto sensu* em Saúde Coletiva, a partir da metade década de 1990. Antes disso, epidemiologistas enfatizaram a importância de uma atuação coletiva, como se pode observar nas recomendações da 1.^a Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Epidemiologia, realizada em 1984, onde estava indicada a necessidade de uma maior **participação organizada dos epidemiologistas na ABRASCO** e em outros espaços, para que seus interesses fossem atendidos (BELISÁRIO, 2002). Pode-se dizer que uma expressão bem-sucedida dessa atuação foi a elaboração de quatro edições do Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, em 1989, 1995, 2000 e 2005.

O processo de especialização disciplinar que resultou, por exemplo, na criação de programas de pós-graduação em Epidemiologia também estimulou, em determinado momento, um movimento que pretendia criar uma associação de Epidemiologia, independente da ABRASCO. Mesmo reconhecendo que vários epidemiologistas são lideranças da Saúde Coletiva e outros contribuíram para a sua construção, para Vieira-da-Silva (2018), a permanência dos epidemiologistas no interior da Saúde Coletiva resulta das dificuldades que enfrentam no interior do campo médico.

A Epidemiologia, todavia, não pode ser caracterizada como homogênea. No início da Saúde Coletiva, as primeiras teses poderiam ser classificadas como Ciências Sociais em Saúde e **Epidemiologia Social**, sob a influência da Medicina Social latino-americana. Porém, observa-se – há bastante tempo – a redução dessa influência, por um lado, e o crescimento e a dominância da **Epidemiologia tradicional**, por outro. Na opinião de Vieira-da-Silva (2018), essa mudança significa a sua consolidação como área dominante na Saúde Coletiva, ao mesmo tempo que indica o seu ajuste aos campos científico e médico, dominantes em relação à Saúde Coletiva.

O perfil dos novos profissionais formados em CSHS – médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros – nos programas de pós-graduação de Saúde Coletiva é muito diverso. Ao mesmo tempo que oferece uma variedade de perspectivas sobre os objetos da Saúde Coletiva, esse perfil coloca **desafios para o ensino**,

para a pesquisa e para a identidade das CSHS como área disciplinar, provocando divergências e conflitos.

Por sua vez, a área de PP&G é formada por agentes que, na sua maioria, transitam entre o meio acadêmico e os cargos da burocracia estatal. Considerando as três áreas disciplinares, pode-se afirmar que PP&G conta com a menor presença no espaço científico, sendo a última a criar o seu próprio congresso. Uma possível explicação seria a maior influência do campo burocrático e do campo político sobre os agentes (VIEIRA-DA-SILVA *et al.*, 2018). Outra característica que pode contribuir para entender esse cenário são os conflitos existentes no interior dessa área. As polarizações *ciência x política*, *visões políticas* e *academia x serviço* existem em todas as três áreas. Contudo, na área de PP&G, a dimensão e a intensidade que esses embates assumem são maiores, o que imprime uma dinâmica de dificuldades para se organizar, dadas as instabilidades existentes em espaços como a Comissão de PP&G da ABRASCO.

Com base na sistematização exposta anteriormente neste estudo acerca da representação institucional e regional nas gestões da ABRASCO, entende-se que deve ser examinada a existência de **competições e concorrências entre instituições e estados**. Nesse sentido, chama a atenção que Vieira-da-Silva (2018) aponte a existência de um polo ou núcleo dominante, mas não sinalize nenhum conflito a partir desse fato, o que sugeriria uma dinâmica de dominação onde os dominados consentiriam aos dominantes de forma plena e permanente. De modo semelhante, percebe-se a ausência de manifestações de insatisfações diante da concentração do poder em instituições do Rio de Janeiro e de São Paulo ou, até mesmo, conflitos entre agentes desses dois estados em busca de maior protagonismo nos espaços da Saúde Coletiva, incluindo a ABRASCO.

5. ABRASCO: ANÁLISE DE UM CORPO POLÍTICO

Como visto, se por um lado a fundação da ABRASCO se dá no bojo de críticas à medicina preventiva e à saúde pública institucionalizada, por outro, a criação dessa Associação interfere no espaço em composição, pois o termo que identifica essa área – Saúde Coletiva – é em consequência da escolha do nome da ABRASCO. Conforme também já exposto, não é possível dissociar o nascimento da Saúde Coletiva do início do movimento da Reforma Sanitária. Portanto, a constituição da ABRASCO faz parte do processo de emergência da Saúde Coletiva e, ao mesmo tempo, também se insere no processo de formação do Movimento da Reforma Sanitária (LIMA; SANTANA, 2006; ESCOREL, 2012; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014), tendo como “pano de fundo” uma conjuntura política marcada pelo debate da questão democrática na sociedade. Como sintetiza Belisário (2002), a fundação da ABRASCO não foi motivada por apenas um fator determinante.

Nesta parte, com base nas entrevistas realizadas e na análise documental, apresenta-se uma análise de algumas características da Associação, considerando a sua relação com os agentes que formam o campo da Saúde Coletiva. Para introduzir o exame do período do estudo, a primeira seção deste capítulo tratará do processo de formação e consolidação da ABRASCO.

5.1 FORMAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO

Além do contexto marcado, por um lado, pelas críticas à medicina preventiva e à saúde pública institucionalizada e, por outro, pelos debates que resultariam no movimento pela Reforma Sanitária, acredita-se que uma influência a ser realçada está na especificidade da ABRASCO. Nesse sentido, uma primeira indicação, de acordo com Belisário (2002), estaria na falta de identidade e de integração do movimento dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social com as instituições então existentes. No panorama associativo nacional, destacavam-se a Sociedade Brasileira de Higiene (SBH) e o já mencionado CEBES.

Fundada em 1923, a SBH se caracterizava por ser uma associação profissional que incluía tanto a ação corporativista quanto a intervenção política, que resultou, por exemplo, na criação do Curso de Higiene e Saúde Pública, em 1925, como especialização do ensino médico (BELISÁRIO, 2002). As tentativas de integração da nova geração de sanitaristas – em especial de São Paulo – com a SBH não superaram as resistências dos sanitaristas vinculados à tradicional Saúde Pública institucionalizada.

Bem mais jovem que a SBH, o CEBES foi constituído em 1976 e significou a criação de uma entidade de natureza essencialmente política e com uma importante atuação na formação e difusão do pensamento médico-social, por meio da revista “Saúde em Debate” (ESCOREL, 2012). Além disso, desde o seu início, o CEBES visou a democratização da saúde, do Estado e da sociedade (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Dessa forma, a ABRASCO surgiu como uma associação não corporativa e refletiu as transformações no processo de formação e especialização em saúde pública, medicina preventiva e medicina social. Ela aglutinou as diversas tendências existentes e catalisou as questões referentes a esses cursos, atuando para integrar os currículos dos cursos de pós-graduação na tentativa de redirecionar a produção de saberes e práticas de saúde (BAPTISTA *et al.*, 2000; BELISÁRIO, 2002) Diante da dispersão dos cursos de pós-graduação, *lato sensu* e *stricto sensu*, e da necessidade de estabelecer bases mais sólidas para as produções e divulgações dos trabalhos científicos, a ABRASCO logrou constituir uma rede de intercâmbio das instituições formadoras em Saúde Coletiva (BAPTISTA *et al.*, 2000; FONSECA, 2006). Mesmo tendo, em sua origem, um elenco de associados individuais muito semelhante ao do CEBES e, com o tempo, desempenhando um importante papel político no cenário da saúde, a ABRASCO estabeleceu a sua identidade de uma entidade científica, que era legitimada por associados institucionais – escolas, departamentos, faculdades – tanto do ponto de vista acadêmico quanto político (BAPTISTA *et al.*, 2000).

O processo de criação da ABRASCO envolveu três encontros sucessivos. Em 1978, uma reunião em Salvador e outra em Ribeirão Preto, e, em 1979, em Brasília, ocorreu o evento onde a entidade foi formalmente fundada. Dessa maneira, quando foi formalizada a criação da ABRASCO, a proposta de formar uma entidade já estava bastante amadurecida.

O 1.º Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva foi realizado em Salvador, em 1978, como parte da estratégia para a reformulação do Mestrado em Saúde Comunitária da FM/UFBA, criado em 1973. Durante a discussão do nome do encontro, as definições “Saúde Pública” e “Medicina Preventiva” foram excluídas pelas críticas teóricas de Sérgio Arouca e Cecília Donnangelo. “Medicina Social” também foi vetado, mas pela ala mais conservadora do colegiado. Foi, então, proposto o termo “Saúde Coletiva”, que obteve consenso naquela reunião. No entanto, observa-se que a sua construção teórica se desenvolveu apenas após a criação da ABRASCO (VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

Em dezembro de 1978, em Ribeirão Preto, realizou-se uma reunião sobre pesquisa aplicada a serviços de saúde como atividade preparatória para a Conferência das Escolas de Saúde Pública, ambas patrocinadas pela OPAS com a colaboração da Associação Latino-

Americana das Escolas de Saúde Pública (ALAESp). Foram convidados representantes das instituições que ofereciam cursos de pós-graduação em Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública e as que participaram desses dois encontros foram: ENSP/FIOCRUZ, FSP/USP, DMP/FM/UFBA, DMP/FMRP/USP, DMP/FM/USP e IMS/UERJ. Na ocasião, sentiu-se a necessidade de se criar uma associação que congregasse aquelas instituições, para facilitar o intercâmbio de informações de docentes e mesmo alunos de pós-graduação e que pudesse obter recursos para promover encontros nacionais, bem como para a disseminação dos conhecimentos produzidos nas diversas áreas (ABRASCO, 1982).

Decidiu-se, então, marcar uma nova reunião para aprovação de sua criação, o que ocorreu em 27 de setembro de 1979. Nos marcos do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS, uma cooperação entre a Representação da OPAS no Brasil e os Ministérios da Educação, Saúde e Previdência e Assistência Social), a OPAS Brasil organizou a Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva, na sua sede, em Brasília, cujo objetivo não declarado era a fundação da ABRASCO. Como uma das propostas do PPREPS era a integração docente-assistencial, participaram da reunião instituições públicas de saúde e todos os departamentos e núcleos das universidades que trabalhavam com Medicina Preventiva, Medicina Social ou Saúde Pública (ABRASCO, 1982; SANTANA, 2004; VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

Na reunião de fundação, conduzida por Carlyle Guerra de Macedo, coordenador do PPREPS, foi eleita uma diretoria provisória com a finalidade de legalizar e consolidar a entidade, além de promover a eleição da primeira diretoria. Essa diretoria foi presidida por Frederico Simões Barbosa (UnB) e composta por Ernani Braga (ENSP/FIOCRUZ) e Guilherme Rodrigues da Silva (DMP/FM/USP), sendo sucedida, em 1981, pela primeira diretoria eleita da ABRASCO, presidida por Benedictus Philadelpho de Siqueira (DMPS/FM/UFMG), com Jairnilson Paim (UFBA) e Ernani Braga como vice-presidentes, e Paulo Buss (ENSP/FIOCRUZ) como secretário executivo.

De acordo com Vieira-da-Silva (2018), Frederico Simões Barbosa e Benedictus Philadelpho de Siqueira eram médicos e pesquisadores reconhecidos, progressistas e com ideais democráticos, mas não partilhavam necessariamente de um projeto de Medicina Social. Ainda segundo a autora, a incorporação de Ernani Braga, então diretor da ENSP/FIOCRUZ, também aumentou a representatividade da ABRASCO na sua criação, o que seria necessário para viabilizar legalmente uma entidade, ainda na Ditadura Militar. Contudo, há de se ponderar essa percepção, pois, conforme aponta Belisário (2002), a constituição da ABRASCO almejava a

formação de um espaço unitário, que permitisse albergar as diferentes tendências existentes naquele momento, em especial, nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social.

Após a eleição da primeira diretoria da entidade, os primeiros anos de atividades da ABRASCO foram marcados pelo processo de qualificação do ensino e da pesquisa em Saúde Coletiva. A associação organizou 14 eventos entre reuniões, encontros, seminários, fóruns e cursos, sendo 13 entre 1981 e 1984 e um em 1986. Essa série de atividades reuniram docentes das residências médicas e multiprofissionais, dos departamentos de medicina preventiva e social, dos programas de pós-graduação e dos cursos de especialização em saúde pública. Os objetivos eram realizar um diagnóstico da situação do ensino e da pesquisa em Saúde Coletiva, tanto na graduação quanto nas diferentes modalidades de pós-graduação, assim como tratar das características que as áreas disciplinares deveriam assumir, incluindo componentes curriculares.

Os encontros eram antecedidos de levantamentos sobre as concepções e práticas existentes nas diversas instituições associadas e, posteriormente, produziam-se informes que procuravam registrar a situação, os problemas encontrados e as perspectivas futuras, definindo-se o papel da ABRASCO nessa condução. Os levantamentos, os debates e as reflexões geradas nesse processo ajudaram a criar uma identidade conceitual para a nova área da Saúde Coletiva, que ainda se diluía diante da Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública (BELISÁRIO, 2002; TAMBELLINI *et al.*, 2015; VIEIRA-DA-SILVA, 2015).

De acordo com Tambellini e colaboradores (2015), como resultado dessas atividades, a ABRASCO publicou coletâneas sobre o ensino e a pesquisa da área, com os quais se procurava estabelecer uma discussão substantiva e, ao mesmo tempo, registrar a memória do processo: “Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil” (três volumes publicados em 1982, 1983 e 1984) e “Estudos de Saúde Coletiva” (1986).

Ao fazer um breve balanço da sua gestão, Benedictus Philadelpho de Siqueira indicou as diretrizes que procurou seguir durante o mandato. Dentre elas, merecem destaque: (i) a busca por conhecer as diversas modalidades de pós-graduação da área (doutorados, mestrados, residências e cursos de saúde pública), seus problemas e suas necessidades; (ii) a promoção de intercâmbio de docentes, por área de conhecimento, visando verificar seus anseios, deficiências e proporcionar a troca de experiências; (iii) a análise da situação da pesquisa na Saúde Coletiva e o apoio aos núcleos emergentes, principalmente das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; e (iv) a proposta de difundir e compartilhar todas essas experiências através de publicações periódicas (boletins e livros) que permitissem uma ampla divulgação e conseqüente troca e

circulação de ideias. Em resumo, tratava-se de um programa para consolidar a Saúde Coletiva (SIQUEIRA, 1983).

Essa percepção é reforçada pela análise de Mattos (2000). Segundo o autor, os encontros e as publicações podem ser vistos como parte de uma estratégia de consolidação de um núcleo institucional básico e de normatização das práticas de produção e reprodução de conhecimento. Contudo, Mattos acrescenta que esse processo também revela, por um lado, uma dinâmica de cooperação entre as instituições nucleares da Saúde Coletiva e, por outro, as instituições que contavam com maior capacidade analítica e propositiva e que buscavam persuadir as demais e estabelecer um consenso mínimo em torno do que caracterizaria a Saúde Coletiva e, em consequência, do que deveria ser ensinado nos cursos de pós-graduação.

Nesse sentido, Vieira-da-Silva (2018) ressalta a importância desses eventos para modificar o conteúdo programático dos cursos de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública, com destaque para a introdução do ensino das Ciências Sociais em Saúde e do Planejamento. Além disso, esse processo tratou de questões metodológicas bem como sobre problemas que envolviam a articulação entre o ensino e a prática, criando condições que favorecessem as práticas docentes em consonância com os pressupostos teóricos que emergiam.

Em relação à articulação ensino e prática, Santana (2004) considera que o movimento de criação da ABRASCO resultou da confluência entre os interesses do grupo de docentes, do grupo de sanitaristas comprometidos com uma nova proposta para a saúde pública e das expectativas de recém-graduados que buscavam inserção no mundo do trabalho naquele contexto. Para Santana, isso ajuda a explicar o envolvimento da ABRASCO na regulamentação e ampliação de vagas e programas de residência em medicina preventiva e social, paralelamente ao fortalecimento da especialização em saúde pública.

Esse envolvimento foi uma marca do momento de consolidação da ABRASCO, na primeira metade da década de 1980, e está relacionado à crise no interior do Programa de Apoio às Residências, quando duas tendências que conviviam no interior desse programa se opuseram: em um lado, a Medicina Geral e Comunitária e, no outro, a Medicina Preventiva e Social. A primeira buscava a formação de um médico generalista com conhecimentos básicos em Medicina Preventiva e Social e grande ênfase nas atividades de atenção primária. Já as residências em Medicina Preventiva e Social compreendiam os serviços de saúde em uma perspectiva coletiva, incorporando aos referenciais do pensamento social em saúde (BELISÁRIO, 2002).

Diante da tentativa de extinção dos programas de Medicina Preventiva e Social, transformando-os em programas de Medicina Geral e Comunitária, o maior desafio da primeira

gestão da ABRASCO foi manter as residências de Medicina Preventiva e Social com as características de formação de sanitaristas (GOLDBAUM; BARATA, 2006). Cabe acrescentar que o convite para integrar o comitê técnico assessor da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação pode ser considerado um dos primeiros reconhecimentos institucionais da ABRASCO, assumido com afinco por seu presidente fundador, Frederico Simões Barbosa (SANTANA, 2004).

Entretanto, a partir do início da década de 1990, as residências em Medicina Preventiva e Social foram atingidas não por uma crise, mas por uma mudança estrutural, conforme já mencionado neste trabalho. Se os programas de *lato sensu* contribuíram para definir a identidade da Saúde Coletiva na sua emergência e na sua fase de consolidação, o seu declínio também representou uma reconfiguração da Saúde Coletiva e, em consequência, da ABRASCO.

A paulatina redução do interesse por parte dos profissionais da saúde, em especial médicos, na formação básica em Saúde Pública e nas residências de Medicina Preventiva e Social, paradoxalmente, em virtude de sua história de origem, coincide com a mudança de enfoque da própria ABRASCO. Progressivamente, a associação deixou de ter a pós-graduação *lato sensu* como prioridade, que foi posta à margem das discussões centrais da entidade (FONSECA, 2006; MINAYO, 2006).

Essas mudanças, contudo, não deixaram de ser notadas e criticadas. Em seu trabalho, Belisário (2002) destaca que, para Paulo Buss, na década de 1990, as diretorias da ABRASCO foram omissas, pouco agressivas em temas como a regulação do *lato sensu*. Já Péricles da Costa considerava que uma avaliação aprofundada sobre o *lato sensu* não tinha lugar na ABRASCO há, no mínimo, oito anos, ou seja, desde o início da década de 1990.

Retornando ao período inicial da ABRASCO, considerando a estratégia do período inicial da Associação e enfatizando a realização de encontros e a edição de publicações, pode-se dizer que o processo de consolidação da entidade ocorreu *pari passu* ao desenvolvimento da própria Saúde Coletiva ou, mais precisamente, que a atuação da ABRASCO foi central nesse desenvolvimento, o que ficou evidente nas entrevistas realizadas, apesar de os participantes valorizarem diferentes aspectos.

Se em um estágio inicial a atuação ficou centrada na articulação das áreas disciplinares e se afirmou como uma entidade do campo de formação, com o movimento de expansão da pós-graduação, em especial os programas *stricto sensu*, observaremos que a ABRASCO passou a ser o espaço de encontro para o fortalecimento político da Saúde Coletiva para lutar por financiamento junto às agências de fomento à pesquisa, tratar com Ministério e Secretarias de Saúde a oferta de cursos para o SUS ou reivindicar a criação da área de Saúde Coletiva na

CAPES. Adicionalmente, a ABRASCO contribuiu para a expansão da Saúde Coletiva tanto pela interlocução com as instituições quanto pelas oportunidades de encontros e intercâmbio criadas pelos congressos da entidade (COSTA, 2021; FACCHINI, 2021; SILVA, 2021). Como afirma Campos (2021), não se trata de uma associação corporativa, mas ela é a grande coordenadora e representante da Saúde Coletiva.

O protagonismo da entidade na formação do campo e a vinculação estreita entre ABRASCO e Saúde Coletiva levam a um entendimento, conforme sinaliza Gerhardt (2021), que reduz o campo à Associação. Compreende-se que, durante o período de formação do campo, a atuação da entidade e o número reduzido de agentes induziam a essa percepção. Entretanto, por maior que seja a importância e a centralidade da ABRASCO, tanto no passado quanto no presente, a Associação faz parte de um conjunto de instituições que compõem o campo da Saúde Coletiva. De modo semelhante, pode-se acrescentar um tipo de redução vinculada à trajetória recente da Saúde Coletiva: tomar a área da Saúde Coletiva na CAPES, isto é, o conjunto de programas de pós-graduação *stricto sensu*, como se fosse a totalidade do campo, ignorando os demais agentes que o compõem, como os programas *lato sensu*, cursos de graduação e associações.

A partir da consolidação da Saúde Coletiva, se é verdade que a ABRASCO continuou a influenciar os rumos do campo, ao mesmo tempo, é inegável que a entidade passou a absorver e, em consequência, expressar tendências do próprio campo. Um debate sobre o funcionamento da ABRASCO, ocorrido na reunião da Diretoria da entidade em abril de 2016, aponta nessa direção ao questionar o quanto a Associação tem refletido a fragmentação do campo por valorizar o processo de especialização das áreas disciplinares (ABRASCO, 2016a). Gerhardt (2021), por exemplo, sinaliza que no caso dos Grupos Temáticos da Associação, há pouca interlocução com outros GTs e com as Comissões que também fazem parte da entidade, pois cada grupo está centrado na sua especificidade.

Ademais, tendo em vista a diversificação temática e a expansão da pós-graduação *stricto sensu* e da graduação, interrogou-se na mesma reunião da Diretoria o quanto a pluralidade do campo está presente nas estruturas que compõem a Associação e em iniciativas como os congressos promovidos pela entidade (ABRASCO, 2016a).

5.2 A ABRASCO E A RELAÇÃO ENTRE AS TRÊS ÁREAS DISCIPLINARES

Em paralelo à consolidação do campo da Saúde Coletiva – e principalmente a partir do seu amadurecimento –, observa-se o processo de especialização na produção do conhecimento.

Essa dinâmica introduziu uma tensão que se relaciona desde as disputas por recursos até a perspectiva de uma eventual fragmentação ou descaracterização da Saúde Coletiva, marcando as relações entre os agentes e as áreas que constituem o campo.

A constituição do campo produziu e, simultaneamente, foi produzida pelas ressignificações das três áreas disciplinares. Os estudos de sociologia da saúde, epidemiologia e, até mesmo, a presença da administração e do planejamento na saúde antecederam a formação da Saúde Coletiva. No entanto, o campo não se constitui enquanto tal a partir do simples somatório dessas disciplinas e saberes, mas pelo encontro e pela combinação entre elas naquilo que Souza (2021) define como compromisso de origem da Saúde Coletiva, pois a ideia de ter essas áreas atuando conjuntamente é um projeto, um desejo que mobiliza grande parte dos agentes do campo e algo caro às três áreas.

A existência de uma Associação unitária que congrega o conjunto da Saúde Coletiva é considerada, pelos entrevistados, um fator que provoca o diálogo entre as três áreas e o reconhecimento da diversidade do campo da Saúde Coletiva, como acontece no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (“Abrascão”) e nas composições da Diretoria e dos GTs. De modo semelhante, também há a percepção de que a ABRASCO contribui na articulação entre as áreas disciplinares, atua contra a tendência endógena de cada área (colocando em contato diferentes grupos, referências metodológicas e perspectivas que, juntas, potencializam-se) e realiza mediações entre os interesses e expectativas das áreas. Com esse tipo de atuação, a ABRASCO atende à expectativa de agentes do campo, como Boing (2021), Bosi (2021), Gerhardt (2021), Souza (2021) e Veras (2021), de preservar a unidade da saúde coletiva.

Todavia, para Levcovitz (2021), a unidade da Saúde Coletiva que a ABRASCO expressa possui um caráter simbólico, político e, também, afetivo. Do ponto de vista objetivo, a importância dessa unidade reside na representação política exercida pela ABRASCO junto a instituições como CAPES, CNPq e MS. Entretanto, no aspecto acadêmico, ele considera a ideia da integração das três áreas como algo superado, pois, diante da especialização de cada área, não há espaço atualmente para o desenvolvimento de trabalhos em conjunto.

Tendo em vista essa percepção, cabe refletir o quanto ela retrata a realidade da Saúde Coletiva e, além disso, questionar se há outro projeto em curso e, havendo, para onde ele conduz o campo, tanto em termos de produção de conhecimento quanto de construção de novas práticas em saúde.

O cuidado em alternar os presidentes pelas áreas da Saúde Coletiva, o funcionamento das Comissões e o apoio da Diretoria e Secretaria Executiva à realização dos três congressos temáticos demonstram como a ABRASCO tem cumprido um papel importante para a

manutenção da unidade da Saúde Coletiva. O que não assegura a real articulação das três áreas, que é reconhecida como um grande desafio. Um exemplo dessa dificuldade se manifesta nos três congressos das áreas, onde o diálogo entre elas é considerado baixo. Contudo, a discussão aberta dessas questões, conforme Gerhardt (2021) e Souza (2021), cria condições melhores para essa integração.

A relação entre as áreas no interior da ABRASCO apresenta tensões e disputas, mas a forma que cada agente lida com essas questões possui diferenças significativas. Souza (2021) considera normal essas disputas, semelhantes às existentes em outros campos, por exemplo. Ademais, Facchini (2021) entende que existe – e valoriza a existência – de espaços na ABRASCO para que cada área disciplinar possa se expressar. No entanto, Boing (2021) considera essas tensões como anacrônicas e contraproducentes, sendo algo que contamina a ABRASCO e as demais instituições que compõem o campo da Saúde Coletiva, como departamentos e programas de pós-graduação. Assim, como informam Costa (2021) e Facchini (2021), percebe-se o reconhecimento de que, no passado, em momentos de exacerbação dessas tensões, surgiram ideias como a criação de uma associação de epidemiologistas, mas que não frutificaram e não se transformaram em projeto com iniciativas concretas e, ademais, verifica-se uma busca pela superação dessas tensões.

Conforme exposto anteriormente, a alternância dos presidentes pelas áreas da Saúde Coletiva é considerada um cuidado no sentido de favorecer a unidade do campo. Porém, esse revezamento recebe ressalvas. Ao ser o critério que baliza a sucessão da Diretoria, em vez de estimular a superação das diferenças entre as áreas, para Boing (2021), a alternância contribui para cristalizá-las e, de certa maneira, desconectarem-se dos motivos que fundamentam as distinções existentes, pois o que é objeto de debate é a alternância em si em vez das questões substanciais. Além disso, a discussão sobre o revezamento entre as áreas se sobrepõe aos demais aspectos que também poderiam ser considerados em um processo sucessório.

Também foi possível identificar uma percepção mais crítica sobre como as relações entre as áreas são tratadas na ABRASCO. De acordo com Miranda (2021), várias diretorias da entidade tentaram lidar na perspectiva de evitar o conflito e o desgaste e de encontrar formas de mitigação, mesmo que essa postura resultasse em desgastes crônicos e desconfortos. Assim, ao mesmo tempo que evita o desgaste, a contemporização evita uma discussão sobre os aspectos fundamentais, como os aspectos epistemológicos que baseiam a distinção das áreas, não para redefinir as áreas, mas para lidar com essas diferenças de uma forma melhor.

5.3 ARTICULAÇÃO DO CAMPO E CONTRIBUIÇÕES PARA O *HABITUS* DA SAÚDE COLETIVA

Uma característica da ABRASCO sobressaiu durante a análise das entrevistas e dos documentos levantados durante a pesquisa: o papel de articuladora da Saúde Coletiva. A Associação foi apontada por entrevistados, como Boing (2021), Bosi (2021) e Costa (2021), como instrumento para a articulação do campo de formação, de projeto de estudo sobre a Saúde Coletiva ou de diferentes grupos de pesquisa em uma área específica, como vigilância epigenômica. Durante o período de formação do campo, a própria entidade assumiu que esta deveria ser uma das suas atribuições, como o estabelecimento de uma rede de intercâmbio entre os diversos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, com o objetivo de consolidá-los e suprir necessidades em áreas carentes (ABRASCO, 1982).

Contudo, para este estudo, tão importante quanto constatar a atuação da ABRASCO como articuladora da Saúde Coletiva é compreender o que a faz desempenhar esse papel. Ao ser reconhecida pelos diferentes agentes individuais e institucionais do campo como uma entidade que representa o conjunto da Saúde Coletiva e que está acima de tensões que envolvem alguns desses agentes, de acordo com Boing (2021), a ABRASCO se posiciona em condições de catalisar diferentes forças atuantes na Saúde Coletiva e, dessa maneira, superar disputas pessoais, entre grupos ou instituições. Tendo em vista que não se trata de algo natural, a entidade precisa atuar nessa direção. Assim, quanto mais a ABRASCO exerce esse papel, maior é a legitimidade atribuída pelos agentes do campo para que ela continue a exercê-lo. Cabe destacar que essa ação não é no sentido de coordenar, mas de aproximar, estimular o diálogo, articular diferentes agentes.

Outra forma de desempenhar este papel de articuladora da Saúde Coletiva pode ser observado na circulação de informações e ideias. Conforme já mencionado, ao realizar um balanço da sua gestão na Presidência da entidade, Benedictus Philadelpho de Siqueira (1983) ressaltou a atuação da ABRASCO na difusão e no compartilhamento de experiências por meio de publicações, como boletins e livros. De modo semelhante, em um texto que revisita a trajetória do Boletim da ABRASCO, entre 1983 e 2008, está destacado que os objetivos da publicação naqueles 25 anos foi ampliar o intercâmbio entre as instituições formadoras em Saúde Coletiva e divulgar tanto os posicionamentos quanto as atividades da Associação (ABRASCO, 2008b). Além de iniciativas da ABRASCO, essa publicação registrava fatos que envolviam instituições ou lideranças da Saúde Coletiva – como eventos, homenagens, eleições

para cargos acadêmicos e nomeações para cargos governamentais, por exemplo – e noticiava oportunidades, como chamadas para projetos, bolsas e concursos.

Quando o Boletim teve a circulação interrompida, em 2010, a ABRASCO já possuía uma página na internet e um boletim eletrônico por e-mail. Assim, a partir deste momento, as mídias digitais – primeiro o site da Associação e, posteriormente, também as mídias sociais – passaram a ser os canais da entidade para veiculação e disseminação de informações e ideias. Portanto, ainda que por outros meios e com outra linguagem, a ABRASCO permaneceu compartilhando sentidos, construindo significados comuns e, com isso, estabelecendo laços na comunidade, criando e reforçando uma determinada identidade da Saúde Coletiva.

Na perspectiva para a construção de um campo, essa atuação não pode ser considerada secundária, pois, cabe lembrar, a conformação de um campo pressupõe a existência de *habitus* em comum, que estrutura tanto a percepção do que é esse espaço social como a ação dos agentes no seu interior. Afinal, como já dito, os *habitus* são diferenciados e, ao mesmo tempo, produtores de distinções.

Evidentemente, não seria correto atribuir o estabelecimento de um *habitus* da Saúde Coletiva exclusivamente à ação dos meios de comunicação da ABRASCO. Contudo, se no passado, por um lado, a Saúde Coletiva reunia um conjunto relativamente pequeno de agentes, por outro, o acesso à informação era mais restrito, especialmente para quem estava fora do eixo Rio-São Paulo. Dessa maneira, não parece exagero compreender o Boletim, antigamente, e as mídias digitais, atualmente, como exemplos da ação articuladora e integradora do campo empreendida pela ABRASCO. Ao lado dos congressos e dos periódicos editados pela entidade, estas parecem ser contribuições relevantes da Associação para a formação de um *habitus* da Saúde Coletiva.

Tendo em vista essa contribuição para o desenvolvimento de uma identidade da Saúde Coletiva, a ABRASCO também é reconhecida, de diferentes maneiras, como uma referência da identidade do campo. Por meio dos seus canais de comunicação e eventos, principalmente, ela acaba sendo uma espécie de “porta de entrada” para aqueles que se aproximam do campo, como estudantes, jovens pesquisadores ou profissionais das diversas formações da saúde (ou de fora dela) que desejam trilhar um caminho na Saúde Coletiva, como relatado por Boing (2021) a respeito da sua própria trajetória. Ao mesmo tempo, Levcovitz (2021) destaca que a Associação foi muito relevante para a interlocução com instituições externas ao campo, como a CAPES e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (LEVCOVITZ, 2021). A atuação da ABRASCO junto a instituições como essas ainda será examinada mais detalhadamente ainda nesta seção.

Contudo, este reconhecimento da ABRASCO como representante da identidade da Saúde Coletiva, por parte de sujeitos externos ao campo, somente se sustenta pela legitimidade que é atribuída pelos diferentes agentes que atuam na Saúde Coletiva e se implicam nas lutas específicas e nos demais jogos sociais característicos do campo.

Entre os agentes do campo, também se observa a existência de uma percepção da ABRASCO como uma referência e, mais do que isso, uma liderança. Para Bosi (2021), espera-se que a Associação seja capaz de expor com clareza o que caracteriza e quais são os limites do campo, assim como protagonize reflexões que abordem as diferentes dimensões da Saúde Coletiva e elabore uma agenda para orientar o desenvolvimento do campo.

Essa visão é convergente com movimentos realizados pela própria Associação ao longo da sua história, como pode-se observar no “Documento preliminar de princípios básicos da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva” (ABRASCO, 1982). Nele, consta que um dos objetivos estabelecidos pela entidade era a definição do objetivo, da prática e dos requisitos da formação em Saúde Coletiva, compreendendo os diferentes tipos de formação pós-graduada. O documento também anuncia que a Associação poderia suprir lacunas existentes na Saúde Coletiva, permitindo a consolidação de instituições e programas. Adicionalmente, em termos de conteúdo programático da formação na área, a ABRASCO reconhecia a necessidade de equilíbrio entre os conteúdos técnicos e os teórico-conceituais, entre o biológico e o social, entre o operacional e o crítico, como forma de evitar o tecnicismo e o biologicismo. Desse modo, a Associação pautava reflexões acerca da identidade e das características para uma área que ainda se consolidava e estabelecia uma agenda para orientar o seu desenvolvimento posterior.

Entretanto, como expressa Levcovitz (2021), esta capacidade de liderar o campo também é alvo de questionamentos. Essa percepção crítica distingue a liderança política da liderança intelectual. Enquanto referência política, o reconhecimento da Associação é destacado, apesar de, geralmente, seus posicionamentos serem reativos. No entanto, como liderança intelectual, atualmente, a ABRASCO não exerce (nem outra instituição) esse papel no campo, pois não se observa a existência de um movimento estratégico de liderança, do ponto de vista acadêmico.

Ainda de acordo com essa visão, durante o período de formação e consolidação da Saúde Coletiva, a ABRASCO conseguiu exercer essa liderança por meio de duas estratégias principais. Uma foi congregar as principais lideranças da época nos encontros, comissões e grupos de trabalho que marcaram o período. A outra estratégia foi a realização de congressos

cujas programações continham menos atividades e, do ponto de vista de escopo temático, eram mais delimitadas, o que não deixava de ser um reflexo do próprio campo.

Para Levcovitz (2021), a expressão da liderança intelectual contemporânea significaria, por exemplo, ter a capacidade de pautar as prioridades de pesquisa, indicando a necessidade de editais específicos para as instituições financiadoras, especialmente o Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT), e ser mais estratégico nos debates sobre os rumos da pós-graduação, não se limitando a reagir as propostas apresentadas pela CAPES, principalmente no que diz respeito aos critérios de avaliação dos programas.

Por sua vez, Facchini (2021) valoriza a liderança da ABRASCO, mas no sentido do protagonismo político da entidade. Para ele, o reconhecimento da liderança da Associação tem crescido e contribuído para manter a Saúde Coletiva unida, principalmente após o golpe de 2016.

Antes de examinar a questão do posicionamento da ABRASCO no debate público, outra atuação da entidade merece atenção. Com base na análise de materiais da Associação, verifica-se que determinadas participações são recorrentemente destacadas: a atuação no CNS e nas Comissões de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde, a articulação com entidades do Movimento da Reforma Sanitária (especialmente o CEBES), a contribuição na redefinição do papel do Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (CENEPI) e na criação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS), o protagonismo do debate sobre a política de Ciência & Tecnologia em Saúde, as colaborações diversas com o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a presença na SBPC, a interlocução com órgãos de fomento (CAPES, CNPq, DECIT, FINEP e Fundações de Amparo à Pesquisa – FAP) (ABRASCO, 2003c; FACCHINI, 2021; NORONHA, 2003).

De acordo com Barata (2021), essa atuação política diversificada ocorre em, no mínimo, três espaços: da política de saúde, da política científica e da política de ensino superior, sendo que neste último espaço, durante muitos anos, o foco esteve exclusivamente na pós-graduação *stricto sensu*, mas isso mudou a partir da criação do bacharelado em Saúde Coletiva. De forma complementar, Boing (2021) avalia que a ABRASCO obteve um papel maior fora da saúde, de participar e protagonizar ações intersetoriais.

Por sua vez, Goldbaum (2004) dividiu a atuação da entidade em três planos: político-científico, que se expressa na teorização do processo saúde-doença; político-ideológico, nesse plano se desenvolve a constante atividade contra as iniquidades em saúde; e político-institucional, traduzida no engajamento da Associação no estabelecimento do SUS.

Dessa maneira, constata-se que a ABRASCO possui um leque de atuação amplo e diverso, diferenciando-a de outras entidades presentes no campo, que se ocupam de parcelas desse conjunto. Para Veras (2021), com uma atuação tão abrangente, é difícil dar conta dessas responsabilidades de modo eficiente durante todo o tempo e, ainda, agradar todos os agentes implicados.

Nas últimas gestões da entidade, tem-se observado o seu envolvimento em causas mais abrangentes, situadas fora dos limites estritos da Saúde Coletiva. No programa da chapa candidata à eleição da Diretoria de 2015, por exemplo, assume-se como responsabilidade da Associação a disputa da formação tanto da opinião pública quanto do discurso científico e a manifestação contra agressões aos direitos dos grupos dominados, a oposição às medidas discriminatórias e de desmonte de direitos (UM PROJETO, 2015).

Seja nos espaços apontados por Barata, nos planos indicados por Goldbaum ou no debate público sobre temas da vida social, uma forma de incidência da ABRASCO é por meio da manifestação de posicionamentos oficiais próprios ou em conjunto com outras instituições. Nessas circunstâncias, a Associação assume o papel de porta-voz do campo e, como tal, mobiliza uma série de capitais simbólicos, sobretudo capital científico e capital político, para legitimar socialmente a sua intervenção.

Esta atuação como porta-voz apresenta uma predisposição para a exposição e ao debate público, que fazem parte do processo de produção de conhecimento. O sentimento de representação produzido pelos pronunciamentos da Associação pode ser atestado, por exemplo, pelo volume de demandas apresentadas pelos Grupos Temáticos da entidade, como explica Souza (2021).

Esse tipo de atuação faz parte do repertório da ABRASCO desde o seu período inicial. Diante da necessidade de consolidar as primeiras instituições da área, intensificar os projetos de pesquisa em Saúde Coletiva e criar ou fortalecer novos grupos de pesquisa para desconcentrar a produção de conhecimento do eixo Rio-São Paulo, a Associação defendeu publicamente fontes estáveis de financiamento e apoio à pesquisa junto a agências governamentais, como FINEP e CNPq (ABRASCO, 1982). Um exemplo de mobilização do capital simbólico da entidade para uma manifestação em nome do campo foi a contribuição à 8.^a Conferência Nacional de Saúde (ABRASCO, 1985). Além de apresentar a visão da Associação, o documento “Pelo direito universal à saúde” serviu de referência para outros textos e intervenções durante o processo de debates, e muitas das análises e propostas foram incorporadas no relatório final da Conferência (PAIM, 2008).

Durante a gestão presidida por Luiz Augusto Facchini, houve um movimento no sentido de ampliar a capacidade de vocalização da entidade. Conforme afirma Silva (2021), a partir desse momento, percebe-se um processo de tornar a ABRASCO não só uma Associação que congrega pessoas, mas uma entidade que atua em defesa da vida, do direito à saúde e, inclusive, questionando outras instituições.

No entanto, a destituição da presidente Dilma Rousseff inaugura um novo momento político do país, trazendo para o centro do debate político a questão da legitimidade e da legalidade do processo de *impeachment* e, em consequência, os rumos do sistema democrático. Ademais, o governo de Michel Temer representa uma inflexão na conjuntura pela agenda de retiradas de direitos, destacadamente a Reforma da Previdência e a Reforma Trabalhista, e de desmonte de políticas sociais, incluindo a política de saúde. Dessa maneira, o contexto exigiu uma série de manifestações e movimentações políticas da ABRASCO, produzindo maior visibilidade e exposição para a entidade² (MIRANDA, 2021).

Este maior protagonismo político da ABRASCO, com posicionamentos mais frequentes, tem encontrado apoio entre associados, como indicam Barata (2021) e Bosi (2021). Porém, Campos (2021) informa que, durante o seu mandato, uma parcela de associados questionava uma participação mais intensa na vida política do país. Na sua avaliação, houve maior resistência entre uma parte significativa de agentes vinculados à Epidemiologia e de um segmento das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, mas não deixou de estar presente na área de Política, Planejamento e Gestão, ainda que de forma mais residual. Nesse sentido, uma crítica frequente se referia à falta de embasamento científico de argumentos desses pronunciamentos. Campos, por sua vez, discorda dessas contestações, pois considera que manifestações por meio de notas públicas se caracterizam, por um lado, pela rapidez de sua produção e publicação e, por outro, pela necessidade de documentos curtos e objetivos para aumentar a capacidade de repercussão junto à opinião pública.

Em relação à frequência dessas declarações, de acordo com Campos (2021), a entidade responde aos acontecimentos da vida social e política. Desse modo, se há mais posicionamentos da ABRASCO, significa a existência de mais acontecimentos negativos que devem ser respondidos. Considerando esse aspecto reativo, a demanda de representação é objetiva e, desse modo, se a ABRASCO não fizer isso, outra entidade o fará, como afirma Souza (2021), ou os veículos de imprensa buscam a opinião da Associação, conforme avalia Campos (2021).

² Apesar de não estar compreendido no período analisado pela pesquisa, a atuação da ABRASCO durante o governo de Jair Bolsonaro e, em especial, durante a pandemia de Covid-19 foi muito destacada por participantes, como Boing, Bosi, Gerhardt e Miranda.

Isso reflete duas origens distintas de expectativas quanto aos pronunciamentos da ABRASCO. A primeira se situa no interior do campo da Saúde Coletiva e é de onde surge a demanda de representação. Para Souza (2021), foi principalmente a organização dos congressos que permitiu a ABRASCO assumir essa posição de porta-voz do campo. Na mesma direção, Campos (2021) afirma que as notas e demais manifestações carregam toda a ABRASCO, isto é, os congressos, os periódicos, a sua trajetória política.

Portanto, compreende-se que, durante o período de formação e consolidação da Associação concomitante ao crescimento e desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva, ocorreu um processo de acumulação de capitais simbólicos pela ABRASCO, autorizando-a a falar em nome da Saúde Coletiva sobre diversos temas, ao menos na visão de parte dos agentes do campo.

A segunda fonte de demandas de pronunciamentos é externa ao campo e é representada pela imprensa. Conforme mencionado acima, mesmo em situações em que a entidade não possui um documento que represente a sua posição oficial, ela é convocada por jornalistas a manifestar a opinião do campo. Segundo Campos (2021), a explicação para esse fato está na segurança da imprensa de que a opinião da ABRASCO é embasada.

Esse reconhecimento externo ao campo, por sua vez, também reforça o processo de acumulação de capital político. Dessa maneira, essa atuação constante proporciona uma dinâmica de retroalimentação: quanto mais a entidade mobiliza seus capitais simbólicos e sua posição é considerada no debate público, mais capital simbólico ela acumula, o que a deixa em posição mais favorável para novos posicionamentos.

Certamente, a legitimidade que os agentes do campo atribuem à ABRASCO contribui para o reconhecimento externo da entidade como porta-voz de uma comunidade de especialistas em Saúde Coletiva. Isso faz parte da especificidade da ABRASCO, uma Associação que é socialmente reconhecida e, portanto, autorizada a se pronunciar sobre determinado conjunto de temas. Contudo, outro elemento que contribui para esse reconhecimento externo ao campo não tem a ver com algum traço particular da ABRASCO, mas com o fato de se tratar de uma entidade científica.

Barata (2021) considera que o fato de a ABRASCO atuar politicamente não a distingue de outras sociedades científicas, ao menos das associações relevantes. No entanto, a condição de entidade científica demanda que as opiniões sejam embasadas exatamente pelos conhecimentos que a área produz sobre o seu objeto. Na mesma direção, Gerhardt (2021) aponta que o ativismo político totalmente desvinculado da produção de conhecimento, muitas vezes, era malvisto, mas tem sido observado um amadurecimento nesse tipo de atuação.

Para facilitar a localização do espaço de atuação da ABRASCO, um recurso utilizado por Carvalheiro (2006), Facchini (2021) e Santana (2004) é a comparação com o CEBES. Nos primeiros anos dessas entidades, o CEBES era definido como uma entidade que trabalhava a mobilização em prol da reforma sanitária, atuando no campo político mais amplo, incluindo a articulação com partidos políticos e esferas do poder, ou seja, uma ação dirigida fortemente para o espaço social. Por sua vez, a ABRASCO destinava-se a uma atuação mais centrada no campo acadêmico e na formação profissional, embora se considerasse fundamental a projeção para fora dos limites convencionais da academia.

Conforme resgatam Carvalheiro (2006) e Barata (2021), na origem da ABRASCO, havia a ideia de que a Associação fosse diferente das demais entidades existentes à época. Dessa maneira, decidiu-se que nos espaços decisórios da Associação, os associados individuais representariam metade e os associados institucionais a outra metade. Essa composição institucional ajuda a compreender a ancoragem da entidade no meio acadêmico, pois, ao se associarem, essas instituições acadêmicas transferem parte do seu capital simbólico à ABRASCO.

Em resumo, considerando as demais instituições que compõem o campo da Saúde Coletiva, como escolas, faculdades, institutos, departamentos, programas de pós-graduação e periódicos, além de outras associações, entende-se que a singularidade da ABRASCO reside na capacidade de articular agentes individuais e institucionais, ser referência externa e interna, atuar e se posicionar politicamente como representante da Saúde Coletiva e, em alguma medida, liderar o campo.

5.4 A ABRASCO E O POLO HEGEMÔNICO DA SAÚDE COLETIVA

Em consonância com a caracterização da Saúde Coletiva, apresentada no Capítulo 4, propõe-se apontamentos preliminares acerca da participação das instituições da Saúde Coletiva em algumas posições de poder no interior da ABRASCO (presidentes, vice-presidentes e conselheiros). Do mesmo modo, será indicado como isso ocorre quando consideramos as Unidades da Federação dessas instituições. O objetivo foi verificar a participação tanto das instituições que participaram da emergência da Saúde Coletiva quanto das que compõem o chamado polo dominante da Saúde Coletiva, como propõe Vieira-da-Silva (2018).

No entanto, o exame das dinâmicas existentes no campo da Saúde Coletiva não parece apontar no sentido de relações de dominação, mas de hegemonia. Compreende-se por hegemonia a conjugação de direção e domínio, de consenso e coerção. O que difere a

hegemonia da pura dominação é o fato de direção e consenso prevalecerem sobre força e coerção. Dessa maneira, a hegemonia não se resume à dimensão de direção e nem à dimensão do domínio, pois além de não significar o abandono dos recursos coercitivos, a construção e a preservação da hegemonia presumem o seu uso. Isso se deve ao fato de, no sistema hegemônico, o grupo dirigente não conquista a adesão de todos os demais grupos e frações, ou seja, a hegemonia nunca é absoluta, ela sempre é parcial (GRAMSCI, 1999-2002).

A questão colocada para o grupo que exerce a hegemonia é minimizar o uso da coerção, possuindo como meta torná-lo desnecessário para a sua preservação no poder. Dessa maneira, a ênfase da hegemonia está na capacidade de um grupo dirigir e construir consensos e conquistar consentimentos, em vez de dominar em sentido restrito. Para tanto, o grupo hegemônico deve dirigir ética e politicamente, ou seja, fixar orientações significativas, articular ideias e soluções que indiquem um sentido para o conjunto da sociedade (no caso desta pesquisa, para o conjunto do campo da Saúde Coletiva) (NOGUEIRA, 2015).

Dito isso, cabe ainda acrescentar que uma pesquisa que vise especificamente delimitar esse polo também deve examinar outros espaços de poder no interior do campo, como as editorias dos periódicos científicos, a Coordenação da Área de Saúde Coletiva na CAPES e o Comitê de Assessoramento Saúde Coletiva e Nutrição do CNPq, assim como formas de reconhecimento, como as bolsas de produtividade em pesquisa também do CNPq. Admite-se que possivelmente existem vieses nessas seleções, mas a própria existência desse *modus operandi* é reveladora das relações de poder, de dominação e das disputas existentes na Saúde Coletiva.

Concluídos esses destaques, seguem os apontamentos anteriormente anunciados.

Conforme é possível observar no Quadro 1, quando se considera os 18 presidentes da ABRASCO, de 1979 até hoje, não há uma instituição que isoladamente sobressaia. Entretanto, cabem algumas ponderações.

Das instituições que participaram da fundação da ABRASCO, IMS/UERJ (com três presidentes), UFBA, DMP/FM/USP e ENSP/FIOCRUZ (com dois presidentes cada) se destacam e reforçam uma posição de protagonismo.

Chama a atenção os três presidentes vinculados a FIOCRUZ, aqui entendido como Vice-Presidências e outras unidades dessa instituição no Rio de Janeiro. Foram três presidentes em três mandatos seguidos. Todavia, cabem dois comentários para dimensionar adequadamente essa sequência. O primeiro presidente (2000-2003), José Noronha, além de pesquisador do Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e Tecnologia da FIOCRUZ (ICICT/FIOCRUZ), também era professor do IMS/UERJ; já o segundo presidente (2005-2006),

Paulo Gadelha, era vice-presidente de Desenvolvimento Institucional e Gestão do Trabalho da FIOCRUZ quando substituiu o presidente da ABRASCO (2003-2005), Moises Goldbaum, que se desligou da entidade para chefiar a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Em que pese essas ressalvas, essa sequência, somada à participação de pesquisadores da ENSP/FIOCRUZ e ao fato de a sede da ABRASCO estar no campus da FIOCRUZ, contribui para a formação de uma percepção de uma influência excessiva da FIOCRUZ sobre a ABRASCO.

De acordo com o recorte sugerido com base nas avaliações da CAPES, a FCMSCSP e a UNICAMP, ambas com dois presidentes, não fariam parte do núcleo dominante. Contudo, são instituições que participaram dos encontros dos DMP de São Paulo na década de 1970 e se destacaram com contribuições – teóricas e políticas – relevantes para a constituição e consolidação do campo e da própria ABRASCO.

A UFMG e a UFPEL contam com um presidente cada. O primeiro presidente eleito da ABRASCO era do DMPS/FM/UFMG. Esta participação isolada da UFMG na Presidência da entidade, em um primeiro momento, transmite a sensação de algo circunstancial. No entanto, essa percepção tende a desaparecer ao se levar em conta a trajetória do DMPS, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON) e do PPG em Saúde Pública da UFMG, que esteve no grupo de excelência nas três últimas avaliações realizadas pela CAPES.

Como já mencionado, o fato de o PPG em Epidemiologia ser um dos dois programas de Saúde Coletiva com nota máxima sinaliza uma liderança acadêmica da instituição, especialmente em Epidemiologia. Porém, a participação regular na Diretoria e no Conselho da ABRASCO, desde 2006, e a eleição de um presidente da entidade, aponta uma liderança política.

Não há nenhum presidente de duas instituições indicadas como integrantes do núcleo dominante que considera exclusivamente o desempenho nas avaliações da CAPES: FSP/USP e UFRGS. No entanto, trata-se de uma situação que a mesma informação possui significados diferentes em cada caso e, por isso, deve ser analisada separadamente. Além de possuir dois programas de excelência (Saúde Pública e Nutrição em Saúde Pública), conforme já mencionado, a FSP/USP é uma instituição fundadora da Saúde Coletiva, sendo uma das referências na formação de sanitaristas no país, e conta com uma expressiva participação na Diretoria e no Conselho da ABRASCO, como será demonstrado no Quadro 2. Já o PPG em Epidemiologia da UFRGS, apesar de figurar regularmente no grupo de excelência nas avaliações da CAPES, parece não ter priorizado ou consolidado uma atuação político-institucional marcante nos espaços da Saúde Coletiva, incluindo a ABRASCO, pois esse tipo de participação tem sido esporádico.

Dessa maneira, as trajetórias de instituições como FCMSCSP, UNICAMP E UFRGS demonstram a limitação de se indicar um polo dominante do campo da Saúde Coletiva considerando apenas os resultados das avaliações da CAPES.

Quadro 1 – Presidentes da ABRASCO por filiação institucional, 1979-2021

Instituição	1979-81	1981-83	1983-85	1985-87	1987-89	1989-91	1991-94	1994-96	1996-00	2000-03 ^b	2003-05	2005-06	2006-09 ^c	2009-12	2012-15	2015-18	2018-21	2021-24	Total
UERJ/IMS																			3
FIOCRUZ ^a																			3
UFBA																			2
USP/FM/DMP																			2
FCMSCSP																			2
FIOCRUZ/ENSP																			2
UNICAMP/FCM/DSC																			2
UnB																			1
UFMG/FM/DMPS																			1
USP/FMRP																			1
UFPEL																			1

Fonte: Elaboração própria com base em informações de Lima e Santana (2006) e ABRASCO (2020c).

^a Para esta análise, entende-se por FIOCRUZ a Presidência, as Vice-presidências e as unidades dessa instituição no Rio de Janeiro, excetuando-se a ENSP.

^b Durante o seu mandato, José Carvalho de Noronha era professor do IMS/UERJ e pesquisador do ICICT/FIOCRUZ.

^c Durante o seu mandato, José da Rocha Carneiro era vice-presidente de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da FIOCRUZ e continuava vinculado à USP/FMRP.

Ao analisar as informações de presidentes, vice-presidentes e conselheiros (Quadro 2), percebe-se uma significativa concentração (cerca de 37%) em cinco instituições (UFBA, ENSP/FIOCRUZ, DMPS/FM/UFMG, IMS/UERJ e FSP/USP). Um segundo bloco é formado por DSC/FCM/UNICAMP, DMP/FM/USP e UFRJ. Com exceção da UFRJ, todas as demais instituições já tinham sido indicadas em posições de destaque.

Já UFPEL e FCMSCSP se encontram em posições intermediárias, junto com o Instituto Aggeu Magalhães da Fiocruz (IAM/FIOCRUZ) e UnB, sendo a participação da UFPEL marcadamente recente.

No bloco inferior, encontram-se UFRGS e FMRP/USP. Nas quatro participações da UFRGS, em nenhuma o representante era do PPG em Epidemiologia ou do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina, mas do Departamento de Sociologia e, nas gestões 2015-2018, 2018-2021 e 2021-2024, do recém-criado Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem. As três participações da FMRP referem-se ao mesmo associado.

A partir da gestão 2015-2018, a Diretoria da ABRASCO, que era formada por presidente e cinco vice-presidentes, passou a ser composta por presidente e 10 vice-presidentes, e o Conselho deixou de ter cinco membros para ter 11 conselheiros. Com essa ampliação, verifica-se um processo de ingresso de instituições que nunca tinham sido representadas nesses

UEA																		1	1	
UFPB																			1	1
UFRB																			1	1
UFVJM																			1	1
Total	3	4	4	4	4	4	5	4	11	11	11	12	11	11	22	23	22	166		

Quadro 2 – Presidentes, vice-presidentes e conselheiros da ABRASCO por filiação institucional, 1979-2021.

(conclusão)

Fonte: Elaboração própria com base em informações de Lima e Santana (2006) e ABRASCO (2020c).

^a Na gestão 1991-1994, foram consideradas duas instituições como vínculos de José da Rocha Carvalho (FMRP/USP e Instituto de Saúde).

^b Em 2000-2003, considerou-se duas instituições como vínculos de José Noronha (IMS/UERJ e FIOCRUZ).

^c Em 2006-2009, considerou-se duas instituições como vínculos de José da Rocha Carvalho (FMRP/USP e FIOCRUZ).

^d Em 2018-2021, considerou-se duas instituições como vínculos de Guilherme Werneck (IMS/UERJ e UFRJ).

A distribuição de presidentes pelos estados das instituições de origem (Quadro 3) revela pouca diversidade e uma evidente concentração em Rio de Janeiro e São Paulo: 13 dos 18 presidentes são de um desses dois estados. Uma demonstração desse predomínio foi a alternância entre presidente de Rio e São Paulo por oito gestões consecutivas, entre 1987-1989 e 2006-2009.

Enquanto Distrito Federal e Minas Gerais ofereceram, respectivamente, o primeiro e o segundo presidentes, Rio Grande do Sul teve o 14.º Presidente, na gestão 2009-2012. O grupo é completado pela Bahia, com dois representantes, nas gestões 1985-1987 e 2012-2015.

Quadro 3 – Presidentes da ABRASCO por Unidade da Federação, 1979-2021

Estado	1979-81	1981-83	1983-85	1985-87	1987-89	1989-91	1991-94	1994-96	1996-00	2000-03	2003-05	2005-06	2006-09 ^a	2009-12	2012-15	2015-18	2018-21	2021-24	Total
Rio de Janeiro			■				■	■		■		■	■				■		7
São Paulo					■	■			■		■		■			■		■	7
Bahia				■											■				2
Distrito Federal	■																		1
Minas Gerais		■																	1
Rio Grande do Sul														■					1

Fonte: Elaboração própria com base em informações de Lima e Santana (2006) e ABRASCO (2020c).

^a Em 2006-2009, considerou-se duas instituições como vínculos de José da Rocha Carvalho, sendo uma de São Paulo e a outra do Rio de Janeiro.

Conforme apresentado no Quadro 4, o conjunto de diretores e conselheiros reafirma essa concentração: 47% são do Rio de Janeiro ou de São Paulo. Esses dois estados concentram instituições antigas e de grande porte do campo. Também deve ser sublinhada a participação da Bahia, em grande parte devido à UFBA e, nas últimas três gestões, contou com representantes de outras instituições do estado. Na sequência do grupo formado por Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia estão Minas Gerais, Pernambuco e Rio Grande do Sul.

A ampliação das vagas na Diretoria e no Conselho também permitiu a participação de mais estados e intensificou um processo que parecia já estar em curso. Na gestão 2009-2012, houve a primeira participação de um representante de Goiás, e em 2012-2015, do Espírito Santo. Porém, em 2015-2018 foram quatro novos estados (Ceará, Piauí, Rio Grande do Norte e Santa Catarina) e mais um em 2018-2021 (Amazonas) e outro na gestão 2021-2024 (Paraíba).

Em resumo, das 17 unidades da federação que já estiveram representadas, seis tiveram a primeira participação em uma das três últimas gestões da ABRASCO. Portanto, a ampliação da diversidade regional é um movimento bastante recente na Saúde Coletiva e que parece não estar concluído, como ainda será abordado neste estudo.

Quadro 4 – Presidentes, vice-presidentes e conselheiros da ABRASCO por Unidade da Federação, 1979-2021

Unidade da Federação	1979-81	1981-83	1983-85	1985-87	1987-89	1989-91	1991-94	1994-96	1996-00	2000-03	2003-06	2006-09 ^a	2009-12	2012-15	2015-18	2018-21	2021-24	Total
Rio de Janeiro	1	1	1	1		1	1	2	2	3	3	5	3	2	4	5	4	39
São Paulo	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	3	3	3	3	3	4	3	38
Bahia		1		1		1			1	1	1	1	1	1	3	4	3	19
Minas Gerais		1	1		1		1			1	1		1	1	3	1	2	14
Pernambuco			1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Rio Grande do Sul									1	1	1	1	1	1	2	2	2	12
Distrito Federal	1				1	1			1	1		1		1	1		1	9
Mato Grosso							1				1					1	1	4
Paraná					1											1	1	3
Santa Catarina															1	1	1	3
Goiás													1		1			2
Piauí															1	1		2
Ceará															1		1	2
Amazonas																1	1	2
Espírito Santo														1				1
Rio Grande do Norte															1			1
Paraíba																	1	1
Total	3	4	4	4	4	4	4	4	11	11	11	12	11	11	22	22	22	164

Fonte: Elaboração própria com base em informações de Lima e Santana (2006) e ABRASCO (2020c).

^a Em 2006-2009, considerou-se duas instituições como vínculos de José da Rocha Carvalheiro, sendo uma de São Paulo e a outra do Rio de Janeiro.

Finalmente, apesar de não fazer parte dos objetivos do estudo, não é possível ignorar a disparidade na presença de homens e mulheres tanto na Presidência quanto no conjunto da Diretoria e do Conselho da entidade. Mesmo com as mulheres representando cerca de 75% do corpo de associados da ABRASCO, apenas quatro presidiram a entidade até hoje, contra 14 homens. Quando considerada a soma de presidentes, vice-presidentes e conselheiros, são 39%

de mulheres (64) contra 61% de homens (100), sendo que das 64 participações femininas na história, 33 se referem às três últimas gestões da Associação, quando também houve 33 participações masculinas.

Além de examinar a participação de instituições e regiões na Presidência, na Diretoria e no Conselho da ABRASCO, também se observou os locais onde foram realizados os congressos promovidos pela entidade. Nesse sentido, considerou-se as edições dos congressos que compõem o calendário regular da ABRASCO, isto é: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde e Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde.

Cabe ressaltar que, na sistematização, as edições de 2021 do Congresso de PP&G e do Congresso de Epidemiologia, realizados virtualmente, foram indicadas as cidades que abrigariam os dois eventos, São Paulo e Fortaleza, respectivamente.

Não foram incluídas as edições do Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária e do Simpósio Brasileiro de Saúde e Ambiente, pois esses eventos obedecem a critérios próprios das áreas temáticas que não estão presentes nas definições dos locais dos congressos. Da mesma maneira, também não foram incorporados os congressos internacionais organizados pela ABRASCO, mas que não foram realizados em paralelo aos congressos regulares, como o Congresso Mundial de Nutrição em Saúde Pública (Rio de Janeiro, 2012), a Conferência da Sociedade Internacional de Epidemiologia Ambiental (São Paulo, 2015) e a Conferência Mundial de Promoção da Saúde (Curitiba, 2016).

Alguns aspectos se destacam imediatamente nos dados apresentados na Tabela 8. Por um lado, a concentração de eventos em São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia. Juntos, os três estados receberam 16 das 35 edições dos eventos da ABRASCO, que aconteceram em 14 estados e no Distrito Federal. Por outro, São Paulo e Bahia são os únicos estados que abrigaram todos os congressos da entidade, sendo que São Paulo é o único a realizar duas edições dos Congressos de Epidemiologia e de CSHS. Além disso, em relação ao Rio de Janeiro, cabe mencionar que ele ainda não recebeu o Congresso de PP&G, mas trata-se do único estado a realizar o “Abrascão” em três oportunidades.

No levantamento, também sobressaem os estados de Pernambuco e Rio Grande do Sul. Cada estado foi anfitrião de duas edições do “Abrascão” e de uma edição do Congresso de Epidemiologia.

Tabela 8 – Número de edições dos congressos da ABRASCO por Unidade da Federação

Unidade da Federação	Saúde Coletiva	Epidemiologia	CSHS	PP&G	Total
São Paulo	2	2	2	1	7
Rio de Janeiro	3	1	1		5
Bahia	1	1	1	1	4
Pernambuco	2	1			3
Rio Grande do Sul	2	1			3
Minas Gerais		1		1	2
Paraná		1	1		2
Santa Catarina		1	1		2
Distrito Federal	1				1
Goiás	1				1
Espírito Santo		1			1
Ceará		1			1
Mato Grosso			1		1
Paraíba			1		1
Rio Grande do Norte				1	1
Total	12	11	8	4	35

Fonte: Elaboração própria com base em informações de ABRASCO (2019, 2020a, 2021a, 2021b).

Esses números reforçam a percepção sobre o protagonismo desempenhado por instituições sediadas no Rio de Janeiro, em São Paulo e na Bahia no campo da Saúde Coletiva, pois a organização de um congresso em seu estado significa maior facilidade para os agentes daquele local participarem; possibilidade de apresentar sua produção para o restante do país, inclusive em atividades como oficinas ou em programação paralela; e, sobretudo, maior capacidade de influenciar a definição da programação do evento, o que pode repercutir não só naquela edição do congresso, mas ecoar pelo campo posteriormente.

Com base na cronologia dos congressos (Quadro 5), constata-se três ciclos em sua realização: 1986-1995, 1997-2013 e 2014-2021.

No primeiro ciclo, entre 1986 e 1995, foram realizados oito eventos em sete estados. Somente o estado de São Paulo recebeu duas edições, mesmo assim de congressos diferentes (“Abrascão” e Epidemiologia) e em cidades diferentes (São Paulo e Campinas). Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Pernambuco, Bahia e Paraná também foram sedes dos eventos. Assim, identifica-se que os eventos circularam pelos estados onde havia núcleos mais consolidados da Saúde Coletiva naquele momento. Talvez a exceção seja o Paraná, que possuía uma referência importante em Londrina, mas não em Curitiba.

Depois, no período entre 1997 e 2013, foram 18 eventos que aconteceram em nove estados. Esse segundo ciclo pode ser caracterizado pelo retorno a estados do primeiro, com quatro eventos em São Paulo, três na Bahia e no Rio de Janeiro, dois no Rio Grande do Sul e em Pernambuco e um em Minas Gerais e no Paraná. Dessa maneira, somente Distrito Federal

(“Abrascão”, em 2003) e Santa Catarina (CSHS, em 2005) abrigaram algum evento da ABRASCO pela primeira vez nesse intervalo.

Já o terceiro ciclo se caracteriza pelo oposto, isto é, pela diversidade de sedes e por novos estados. Durante esse período, que compreende nove eventos, cada estado sediou um evento, e em seis ocasiões foi a primeira vez que um congresso da ABRASCO ocorreu no estado: Espírito Santo (Epidemiologia, 2014), Goiás (“Abrascão”, 2015), Mato Grosso (CSHS, 2016), Rio Grande do Norte (PP&G, 2017), Paraíba (CSHS, 2019) e Ceará (Epidemiologia, 2021). Merece destaque que foram três eventos no Nordeste e dois na região Centro-Oeste.

Quadro 5 – Cronologia dos congressos da ABRASCO, 1986-2021

Ano	Congresso	Estado	Cidade
1986	Saúde Coletiva	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
1989	Saúde Coletiva	São Paulo	São Paulo
1990	Epidemiologia	São Paulo	Campinas
1992	Saúde Coletiva Epidemiologia	Rio Grande do Sul Minas Gerais	Porto Alegre Belo Horizonte
1994	Saúde Coletiva	Pernambuco	Recife/Olinda
1995	CSHS Epidemiologia	Paraná Bahia	Curitiba Salvador
1997	Saúde Coletiva	São Paulo	Águas de Lindóia
1998	Epidemiologia	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
1999	CSHS	São Paulo	São Paulo
2000	Saúde Coletiva	Bahia	Salvador
2002	Epidemiologia	Paraná	Curitiba
2003	Saúde Coletiva	Distrito Federal	Brasília
2004	Epidemiologia	Pernambuco	Recife/Olinda
2005	CSHS	Santa Catarina	Florianópolis
2006	Saúde Coletiva	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
2007	CSHS	Bahia	Salvador
2008	Epidemiologia	Rio Grande do Sul	Porto Alegre
2009	Saúde Coletiva	Pernambuco	Recife/Olinda
2010	PP&G	Bahia	Salvador
2011	CSHS Epidemiologia	São Paulo São Paulo	São Paulo São Paulo
2012	Saúde Coletiva	Rio Grande do Sul	Porto Alegre
2013	PP&G CSHS	Minas Gerais Rio de Janeiro	Belo Horizonte Rio de Janeiro
2014	Epidemiologia	Espírito Santo	Vitória
2015	Saúde Coletiva	Goiás	Goiânia
2016	CSHS	Mato Grosso	Cuiabá
2017	PP&G Epidemiologia	Rio Grande do Norte Santa Catarina	Natal Florianópolis
2018	Saúde Coletiva	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
2019	CSHS	Paraíba	João Pessoa
2021	PP&G Epidemiologia	São Paulo Ceará	São Paulo Fortaleza

Fonte: Elaboração própria com base em informações de ABRASCO (2019, 2020a, 2021a, 2021b).

Esse exame da cronologia dos congressos da ABRASCO parece indicar a existência de um movimento em curso de expansão da Saúde Coletiva pelo país. Nele, os eventos podem ser considerados como algo que proporciona visibilidade e atribui prestígio a quem atua como anfitrião.

Acredita-se que esse movimento sucede o anterior, o de consolidação do campo. No período de consolidação, reafirmou-se as bases apresentadas no período inicial, de formação, ao mesmo tempo que propiciou as condições para o movimento de expansão. Assim, não parece ser ocasional que no segundo ciclo da cronologia dos eventos houve, basicamente, a repetição de estados do primeiro ciclo.

Tendo em vista as informações e as análises presentes no capítulo anterior e no atual, especialmente nesta seção, avalia-se que é possível apontar um polo hegemônico ou de referência do campo da Saúde Coletiva. No entanto, não se pode fazê-lo apenas com base no desempenho dos programas de pós-graduação nas avaliações realizadas pela CAPES, ainda que ela seja um elemento a ser considerado, como indicativo de liderança acadêmica de uma determinada instituição.

Além desse critério, sugere-se considerar os aspectos históricos, isto é, as instituições fundadoras do campo e a liderança política, demonstrada pela inserção na Presidência, na Diretoria e no Conselho da ABRASCO. Considerando esse conjunto, avalia-se que esse polo é formado por nove instituições de cinco estados.

Inicialmente, cinco instituições fundadoras (ou suas sucedâneas): DMP/FM/USP, ENSP/FIOCRUZ, FSP/USP, IMS/UERJ e ISC/UFBA. Além do reconhecimento no processo de formação e consolidação do campo, as instituições desse grupo também se destacam com contribuições para a teorização do campo da Saúde Coletiva, elaborações conceituais e epistêmicas, pela excelência acadêmica e pela liderança política.

FCMSCSP e DSC/FCM/UNICAMP são instituições com contribuições na história do campo, apesar de não integrarem o grupo de instituições fundadoras. Possuem reconhecimento acadêmico, inclusive com contribuições para a teorização do campo da Saúde Coletiva e elaborações conceituais e epistêmicas, mas não têm se destacado nas avaliações realizadas pela CAPES. No entanto, elas sobressaem pela liderança política. A UFMG possui um perfil semelhante, porém com menor liderança política e maior destaque acadêmico.

Já a UFPEL caracteriza-se, sobretudo, pela excelência acadêmica, com diversas contribuições para o desenvolvimento teórico e metodológico da epidemiologia. Por ser uma instituição que se destacou posteriormente, ela não figura entre aquelas que lideraram o período

de formação e consolidação do campo, todavia seu protagonismo político se afirmou nos últimos 15 anos.

Como pode ser verificado, não se trata de um grupo homogêneo quanto às características das instituições, e, evidentemente, o peso de cada uma no interior do polo hegemônico também é diferente. Infelizmente, a verificação e a análise dessas características não cabem nesta pesquisa, pois representaria a abertura de um novo veio de investigações. Dessa maneira, este estudo pretende contribuir para o debate acerca da existência e das características de um polo dominante ou hegemônico no campo da Saúde Coletiva, conforme iniciado por Vieira-da-Silva (2018).

5.5 CONSTRUÇÃO DE CONSENSOS, CONFLITOS E DESAFIOS INSTITUCIONAIS

Antes de prosseguir com as questões identificadas nas análises de entrevistas e de documentos, cabe recuperar algumas ideias centrais da perspectiva agonística acerca do conflito na democracia moderna.

Essa abordagem, apresentada por Chantal Mouffe, não atribui uma negatividade do conflito, ao contrário. Como considera que a construção de todo consenso está baseada em atos de exclusão, ela admite a impossibilidade de consensos racionais e plenamente inclusivos e, dessa maneira, reconhece a natureza conflituosa da política.

Além de colocar em evidência a inexistência de soluções racionais para todos os conflitos, outro aspecto que caracteriza a perspectiva agonística é o reconhecimento da legitimidade das partes envolvidas no conflito. Dessa maneira, o conflito não representa necessariamente um enfrentamento entre inimigos que buscam a eliminação do outro. Porém, conforme Mouffe (2015), o reconhecimento da legitimidade advém da existência de vínculo comum, ou seja, embora em conflito, as partes se consideram adversárias, mas pertencentes ao mesmo ente político.

Ainda de acordo com Mouffe (2015), diferentemente do antagonismo, que representa o conflito entre inimigos, o confronto entre adversários, além de não colocar em risco a democracia, é considerado uma condição para a sua existência. A contribuição do conflito adversarial está na atuação como uma válvula de escape para a expressão dos afetos políticos e de formas de identificação coletiva. A existência de canais que dão vazão a essas manifestações evita o confronto entre formas de identificação ou entre valores não negociáveis, isto é, a oposição entre inimigos do conflito antagonista.

Dessa maneira, segundo a perspectiva agonística, cabe à democracia moderna reconhecer o papel integrativo do conflito – fornecendo as instituições que permitam a sua expressão adversarial – e, adicionalmente, admitir a característica conflitiva do pluralismo, recusando a supressão do conflito por meio de uma ordem autoritária. Como resume a autora, “não há dúvida de que o consenso é necessário, mas ele precisa estar acompanhado do dissenso” (MOUFFE, 2015, p. 29-30).

A análise presente nesta seção pretende dialogar com essa perspectiva, considerando como ente político a ABRASCO, em vez da democracia moderna, como na obra de Mouffe.

De acordo com Campos (2021), a ABRASCO possui grande responsabilidade pela estabilidade na Saúde Coletiva, que é um campo plural e, portanto, com muitas diferenças. Assim, a Associação acaba sendo o canal para o estabelecimento de acordos que garantem o equilíbrio, por exemplo, entre as áreas disciplinares na Presidência e na Diretoria da entidade. Para ele, a unidade da Saúde Coletiva representada na ABRASCO é uma demonstração de que a construção desses acordos tem funcionado e, em consequência, tem predominado o consenso, como nas eleições da entidade, que sempre contou com apenas uma chapa candidata. A explicação, segundo Campos, reside na unidade existente acerca do que é essencial e na maturidade para preservar uma pluralidade dentro de um projeto político comum.

No entanto, Miranda (2021) critica a forma de produção de consensos no campo. Para ele, trata-se de uma tradição de se evitar confrontos e disputas, que está presente não somente na ABRASCO, mas também no CEBES. Essa maneira de lidar com o dissenso não tem resultado em consensos, mas em mediações e temporizações que buscam evitar disputas mais abertas, como, por exemplo, as divergências existentes sobre a exposição de críticas aos governos Lula e Dilma.

Assim, de modo preliminar e limitado, pois considera apenas as falas desses dois entrevistados, pode-se identificar tanto traços de pertencimento ao ente político quanto uma visão que sinaliza a carência de canais para a expressão adversarial.

Gerhardt (2021) ressalta a existência das diferenças no interior da ABRASCO e da Saúde Coletiva, mas não entende que estas impedem a construção de consensos e considera que é possível respeitá-las. No entanto, há de se ter disponibilidade, ou seja, os agentes envolvidos nas disputas necessitam realizar tal investimento. Dessa maneira, as tensões e os conflitos podem assentar e, até mesmo, ocupar um lugar secundário diante de um objetivo comum.

Gerhardt acrescenta, ainda, que considera a existência de diversidade e diferenças como algo positivo e entende que é possível a construção de consensos, a partir de um processo de diálogo e concessões. Também se identificou uma proposta pluralista para o tratamento de

divergências no interior da Associação, em discussão durante reunião da Diretoria da entidade, em abril de 2016 (ABRASCO, 2016a). Nessa ocasião, foi valorizado o contraditório como parte da democracia e, dessa maneira, a ABRASCO deveria estabelecer uma rotina de debates sobre temas em que inexiste uma posição consensual, mas que a entidade necessita se posicionar. Destaca-se que essa reunião ocorreu dois dias antes da votação da admissibilidade do processo de *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, na Câmara dos Deputados.

Verifica-se, ainda, a valorização do pluralismo em outras ocasiões. Barata (2021) avalia que na ABRASCO há espaço para debates e divergências, inclusive por ser uma característica que não é exclusiva da Associação, mas comum do espaço acadêmico, onde diferentes visões de mundo devem coexistir. Já Facchini (2009) sublinha a pluralidade teórica e política como um traço distintivo do campo, abrigando concepções, abordagens e posicionamentos científicos e ideológicos contraditórios, que se expressam plenamente na ABRASCO. Uma demonstração dessa diversidade, segundo Facchini, está nas Comissões e nos Grupos Temáticos da Associação.

Com base nas entrevistas, fica evidente uma especificidade desse pluralismo: a filiação partidária de agentes do campo. Campos (2021), por exemplo, registra que nos processos de composição de chapa para a Diretoria da Associação sempre há a tentativa de fazer prevalecer uma determinada orientação partidária. Porém, apesar dessas tentativas, de acordo com Campos, a ABRASCO não tem sido dominada por nenhuma organização política. Barata (2021), por sua vez, lembra que a existência de posições partidárias diversas é algo presente desde a origem da ABRASCO e do próprio movimento sanitarista. No entanto, para ela, houve um acirramento quando agentes do campo passaram a assumir posições em governos, nas gestões das Secretarias de Saúde e no MS. De acordo com Barata, a participação em gestões governamentais produziu esse atravessamento por dois motivos. Por um lado, em grande parte das nomeações as relações políticas de natureza partidária estão presentes e, por outro, em comparação com outras sociedades científicas, a participação de associados da ABRASCO nesse tipo de cargo público é significativamente maior, produzindo, portanto, um impacto mais significativo na vida associativa.

Apesar de reconhecer as identidades que se conformam em torno das três áreas disciplinares, Silva (2021) acrescenta que, no interior da ABRASCO, pode-se observar outras formas de identificação que mobilizam os afetos políticos dos agentes do campo. Para ele, são diferentes facções, cisões e coalizões que estão presentes e ultrapassam as áreas, como as disputas entre instituições do campo.

Além das áreas disciplinares, das diferentes visões de mundo, das filiações partidárias e das identidades institucionais, deve-se considerar os Grupos Temáticos da entidade. Costa (2021) sinaliza que os GTs, assim como as Comissões, em geral, apenas consideram elementos de um determinado setor ou de parte reduzida do campo. Por sua vez, Boing (2021) valoriza as tentativas de uma maior aproximação entre a Diretoria e os GTs, mas considera que isso deve ser intensificado para diminuir tensões provocadas por GTs específicos. Também para Costa (2021), Presidência, Diretoria e Secretaria Executiva devem exercer uma espécie de papel moderador, que preserve o equilíbrio da Associação.

Cabe recuperar a constituição não apenas dos Grupos Temáticos, mas também de Comissões, Fóruns e Comitês. Inicialmente, é pertinente apontar que essas estruturas decorrem e revelam o crescimento tanto da entidade quanto da Saúde Coletiva. Ao mesmo tempo, a formação desses organismos intensificou e diversificou as atividades acadêmicas, políticas e organizativas da ABRASCO. Dessa maneira, esses órgãos internos afetaram a identidade da Associação e se tornaram essenciais para a entidade. Segundo Nunes (2006), esses organismos se formaram e se estabeleceram na medida em que se tornaram imprescindíveis e, sendo assim, nem sempre foram definidos estatutariamente ou regulamentados pelo Regimento Interno da ABRASCO.

De acordo com Costa (ABRASCO, 2011a), as Comissões, que são estruturadas pelas grandes áreas da Saúde Coletiva, foram criadas na esteira do processo de formação da ABRASCO. Enquanto isso, os GTs são temáticos, em vez de disciplinares. Além dessa diferenciação, as Comissões eram permanentes, e os GTs, transitórios, que tratariam de temas específicos, conjunturais, mas esses grupos se consolidaram com o passar do tempo.

As Comissões fazem parte da ABRASCO desde os seus primeiros anos. Em 1983, foram criadas as chamadas Comissões Editoriais, que seriam sucedidas no ano seguinte pelas Comissões. São desse período as Comissões de CSHS (à época, Ciências Sociais em Saúde) e Epidemiologia. Além delas, a Associação também contava com a Comissão de Administração e Planejamento, e, em 1986, foi criada a Comissão de Políticas de Saúde. Após um período de desmobilização, a partir de 1996 se inicia um processo para rearticular essas duas Comissões, que resultaria na refundação da Comissão de Política, Planejamento e Gestão da Saúde, em 2001, abrangendo o escopo de atuação das antigas Comissões de Política de Saúde e Administração e Planejamento (ABRASCO, 2003d, 2020b; TEIXEIRA; SÁ, 1996). Além das Comissões estabelecidas a partir das áreas disciplinares, a ABRASCO também já contou com Comissões dedicadas a temas como Saúde Ocupacional, Nutrição e Ensino de Graduação, como pode ser observado no Quadro 6.

Quadro 6 – Cronologia da criação das comissões, grupos temáticos, comitês de assessoramento, fóruns e periódicos da ABRASCO (1983-2019)

Criação de comissões	1983	Comissão Editorial de Ciências Sociais
		Comissão Editorial de Administração e Planejamento
	1984	Comissão de Epidemiologia
		Comissão de Saúde Ocupacional
	1986	Comissão de Políticas de Saúde
		Comissão de Saúde Ocupacional passa a ser Comissão de Saúde e Trabalho
Comissão de Nutrição		
1987	Comissão de Administração e Planejamento passa a ser Comissão de Planejamento e Organização de Serviços	
	Comissão de Ensino de Graduação	
Criação de grupos temáticos, fóruns, comitês e periódicos	1992	GT Saúde Mental
		GT Informações em Saúde e População
	1993	GT Comunicação e Saúde
	1994	GT Saúde do Trabalhador
		GT Recursos Humanos e Profissões
	1995	Comissão de Ciência e Tecnologia em Saúde
		GT Gênero e Saúde
	1996	Periódico “Ciência & Saúde Coletiva”
	1997	Fórum de Coordenadores de Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva
	1998	Periódico “Revista Brasileira de Epidemiologia”
	2000	GT Saúde Indígena
		GT Educação Popular e Saúde
	2001	Reorganização da Comissão de Política, Planejamento e Gestão da Saúde
		GT Vigilância Sanitária
		GT Saúde e Ambiente
	2002	GT Promoção da Saúde
	2006	GT Monitoramento e Avaliação de Programas e Políticas de Saúde
	2007	GT Saúde Bucal Coletiva
		GT Recursos Humanos e Profissões passa a se chamar GT Trabalho e Educação na Saúde
	2008	GT Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva
	2010	Fórum de Graduação em Saúde Coletiva
		Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde
		GT Bioética
	2013	Comissão de Ciência & Tecnologia em Saúde passa a ser Comitê de Ciência & Tecnologia em Saúde.
		GT Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas Complementares
	2014	Fórum de Editores de Saúde Coletiva
	2016	Comitê de Assessoramento de Relações Internacionais.
	2017	GT Racismo e Saúde
		GT Deficiência e Acessibilidade
		GT Violência e Saúde
2019	GT Saúde da População LGBTI+	
	GT Envelhecimento e Saúde Coletiva	

Fonte: Elaboração própria com base em informações de Nunes (2006), Lima, Santana e Paiva (2015) e ABRASCO (2020d, 2020e).

As Comissões surgiram com o objetivo de elaborar diagnóstico e subsidiar as discussões sobre ensino e pesquisa, contribuindo para a definição de uma abordagem comum nas áreas disciplinares que estruturam a Saúde Coletiva. Em 1994, as comissões foram definidas dentro de suas competências e como grupo assessor para as reflexões e tomada de decisões da diretoria.

Esse papel mudou com o tempo e se ampliou, levando a ações e intervenções, diferenciadas de uma comissão para a outra e, também, de acordo com os momentos vivenciados por cada uma. (BELISÁRIO, 2002; NUNES, 2006).

A partir da aprovação do novo regimento interno da ABRASCO, em 2013, as composições das três Comissões passaram a ser definidas pelas instituições associadas à ABRASCO, que possuem o direito de indicar representantes para compor essas instâncias. Esse processo de mudança merecerá maior atenção nesta pesquisa. Entretanto, pode-se destacar que a observância da representação e do equilíbrio institucional já era um aspecto valorizado na definição das composições das Comissões.

No processo de recriação da Comissão de Política, Planejamento e Gestão, buscou-se mesclar instituições mais antigas e mais recentes, com abrangência regional e produção acadêmica na área que deveriam estar contempladas (ABRASCO, 2003d; NUNES, 2006). Em 2003, durante a discussão sobre a sua nova composição, a Comissão de Ciências Sociais em Saúde também previa a inclusão de membros que representassem as instituições do país. Contudo, tratava-se de uma comissão executiva composta por instituições do Rio de Janeiro e uma comissão ampliada com instituições distribuídas regionalmente e que tivessem reconhecimento na área. Ainda que a adoção da noção de reconhecimento como critério fosse compreensível para preservar a identidade da área, evitando a presença de agentes sem trajetória na área disciplinar, possivelmente ela também significou uma barreira para a presença de instituições mais jovens e que, portanto, ainda não possuíam reconhecimento (ABRASCO, 2003a). Visando obter maior representatividade nacional, a orientação de induzir o processo de ampliação e diversificação da composição da Comissão, desde que com produção reconhecida na área, foi reiterada nas renovações seguintes da Comissão de CSHS, em 2007 e em 2011 (ABRASCO, 2007c, 2011e).

Não é possível saber se estes foram os primeiros movimentos que buscaram compor as Comissões com base na representação de associados institucionais. Todavia, a reiterada valorização desse aspecto e por comissões de diferentes áreas parece indicar a existência de um traço relevante da cultura institucional, que influencia a conformação do campo e é por ele influenciado. Afinal, quando se fala em reconhecimento não se trata de algo que é atribuído exclusivamente pela ABRASCO, mas pelo conjunto de instituições do campo.

Além de buscar representatividade junto às instituições, essa prática também parece ter como fundamento a ideia de as Comissões serem espaços para a expressão de dissensos e a construção de consensos, ao menos entre as instituições do polo hegemônico do campo, pois, é bom lembrar, as Comissões são as responsáveis pela organização dos Congressos temáticos e

com legitimidade, por exemplo, de apresentar planos diretores para as respectivas áreas. Adicionalmente, como essa cultura institucional não estava formalizada em termos regimentais, avalia-se que a busca de representatividade institucional tendia a priorizar as instituições mais antigas, mais consolidadas ou de maior prestígio na área disciplinar ou na Saúde Coletiva.

Em relação aos Grupos Temáticos, há registros que indicam a criação de GTs em 1983 e em 1984. No entanto, tendo em vista os temas desses grupos (Ensino da Medicina Preventiva e Social nos Cursos Médicos, Multiprofissionalidade nas Residências em Medicina Preventiva e Social e Avaliação e Propostas para os Cursos de Saúde Pública), acredita-se que, na prática, atuaram como grupos de trabalho. Houve, ainda, casos de descontinuidade, e não existe necessariamente um elo que ligue os organismos atuais com seus antecessores. Criada em 1984, por exemplo, a Comissão de Saúde Ocupacional passou a ser Comissão de Saúde e Trabalho, em 1986, e possivelmente foi sucedida pelo GT Saúde do Trabalhador, em 1994, quando houve a redefinição das Comissões. De modo semelhante, em 1986, estabeleceu-se uma Comissão de Nutrição e o GT Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva foi formado apenas em 2008, havendo um período de hiato que não foi possível delimitar. A proposta do GT Bioética começou a ser debatida em 2003, mas o GT só foi instituído em 2010.

Dessa maneira, considera-se que o primeiro Grupo Temático instituído pela ABRASCO foi o GT Saúde Mental, em 1992. Atualmente, são 21 GTs, sendo os dois mais recentes de 2019. Ao contrário das Comissões, os GTs são compostos por integrantes tanto da academia como da gestão do sistema de saúde, refletindo e promovendo a dupla inserção da ABRASCO. Não por acaso, vários GTs influenciaram – em maior ou menor grau – a formulação de políticas de saúde, obtendo forte expressão em determinados momentos da vida da Associação. Contudo, cabe destacar que a manutenção de tal dinamismo não é estável em todos os GTs (BELISÁRIO, 2002).

Além de marcar o desenvolvimento da ABRASCO, diversificando a sua atuação e ampliando o seu raio de ação, Comissões e GTs promovem articulações tanto com organizações da sociedade civil quanto com áreas técnicas da burocracia do Estado que favorecem a ampliação da agenda da Associação. Assim, entende-se que esses organismos atuam na interface do campo científico com o campo burocrático, que este estudo considera como uma das características principais do campo da Saúde Coletiva. Adicionalmente, percebe-se que os movimentos desencadeados por Comissões e GTs evitam o risco de isolamento que cerca as instituições cuja principal base de sustentação está nos espaços acadêmicos. Entretanto, de acordo com Péricles Costa (ABRASCO, 2011a), essa diversidade não deve significar a perda da unicidade da Saúde Coletiva, resultando em um processo de fragmentação do campo.

De modo semelhante, a interlocução da entidade com programas de pós-graduação, cursos de graduação e periódicos de Saúde Coletiva estaria mais restrita sem a existência do Fórum de Coordenadores de Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva, criado em 1996, do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva, de 2010, e do Fórum de Editores de Saúde Coletiva, de 2014. São espaços com características bastante distintas, mas pode-se indicar duas semelhanças entre eles: apenas os Fóruns admitem a participação de não associados da ABRASCO, e o momento de constituição de cada Fórum reflete tanto o crescimento do segmento em questão quanto a necessidade do estabelecimento de um espaço de articulação política.

Como será observado na sequência, a figura do Comitê de Assessoramento é a mais recentes na ABRASCO e resulta do processo de reforma institucional, iniciado em 2010 e concluído em 2014. Foi nesse processo que a Comissão de Ciência & Tecnologia em Saúde, criada em 1995, passou a ser Comitê de Assessoramento. Posteriormente, em 2016, a Diretoria da Associação aprovou o estabelecimento de um Comitê de Assessoramento em Relações Internacionais.

Comissões, GTs, Fóruns e Comitês também podem ser considerados como canais de expressão de tensões, da manifestação de conflitos existentes e de construção de consensos na Saúde Coletiva. Trata-se de um papel que não é oficial, mas que contribui para a permeabilidade e dinamismo da entidade.

Em que pese o reconhecimento – ou justamente devido à visibilidade que ele acarreta – do papel de Comissões e GTs, principalmente, a inexistência de normatização provocava questionamentos ao modo de funcionamento dessas estruturas: como fazer para ingressar em GT ou Comissão? Como criar um GT? Como se define a coordenação dos GTs ou das Comissões?

A recorrência dessas questões motivou o desencadeamento de um processo de reforma institucional cuja principal expressão foram os chamados “Minicongressos de Comissões, Grupos Temáticos e Fóruns da ABRASCO”. Entre 2011 e 2014, foram realizados quatro minicongressos e cinco assembleias da Associação. No final desse processo, a ABRASCO, fundada como Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, passou a ser Associação Brasileira de Saúde Coletiva, revisou totalmente o seu estatuto e elaborou um novo regimento interno, que normatiza o funcionamento de Comissões, Comitês, GTs, Fóruns, assim como a renovação das editorias dos periódicos publicados pela Associação (SOUZA *et al.*, 2015).

5.6 REFORMA INSTITUCIONAL

A intenção de reformar o estatuto da Associação tinha sido anunciada na primeira reunião da gestão presidida por Luiz Augusto Facchini, em fevereiro de 2010, e reiterada nos dois encontros seguintes da Diretoria (ABRASCO, 2010e). Na reunião realizada no início de agosto daquele ano, durante a discussão sobre integração de Comissões, Grupos Temáticos e Fóruns, foi proposta a realização de uma reunião da Diretoria com representantes de Comissões, GTs e Fóruns durante o 1.º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde com o objetivo de organizar um evento com os membros dessas estruturas da Associação (ABRASCO, 2010f).

Na reunião realizada em Salvador, em 25 de agosto, participaram 14 dos 21 organismos que faziam parte da estrutura da ABRASCO. Naquele momento, a Associação possuía quatro Comissões, 15 GTs e dois Fóruns. Após a apresentação dos resultados de levantamento realizado com as coordenações dos Grupos Temáticos, houve amplo debate sobre a identidade da Associação e dos seus grupos, os caminhos para interação e integração desses coletivos em suas diferentes frentes e representações, seus critérios de participação e renovação, o planejamento e financiamento de atividades, a realização e compartilhamento de eventos e as representações da ABRASCO em diversos fóruns. Esse debate produziu como encaminhamento a “Agenda de Transformação da ABRASCO”, que tinha como objetivo promover uma reforma orgânica e política da entidade (ABRASCO, 2010c).

De acordo com as deliberações da reunião, os pontos dessa agenda seriam debatidos em um minicongresso da Associação, que reuniria os integrantes de Comissões, GT e Fóruns com a finalidade de repensar estrutura, dinâmica de funcionamento, organicidade e perspectivas da ABRASCO. O processo foi dividido em dois momentos. No 1.º Minicongresso, em abril de 2011, em São Paulo, na véspera do 5.º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, haveria uma rodada inicial de debates. Caberia a uma comissão, coordenada por José da Rocha Carvalheiro, sistematizar as contribuições e apresentá-las como proposta de reforma do estatuto e de mudança organizacional da Associação. A apreciação das propostas estava prevista para novembro do mesmo ano, no 2.º Minicongresso, por oportunidade do 8.º Congresso Brasileiro de Epidemiologia (ABRASCO, 2010c).

Durante a preparação do 1.º Minicongresso, a Diretoria da ABRASCO relacionou alguns pontos que deveriam ser debatidos no encontro. Pode-se considerá-los como as questões que motivavam a agenda reformadora. Os temas para discussão incluíam: (i) a identidade da ABRASCO como associação de Saúde Coletiva, de caráter científico e não corporativo; (ii) a

inserção da graduação em Saúde Coletiva na ABRASCO; (iii) o nome da entidade; (iv) a preservação tanto da diversidade da Saúde Coletiva quanto da unidade da ABRASCO; (v) o desenvolvimento de diretrizes para a constituição e normas para o funcionamento de Comissões, GTs e Fóruns; (vi) o fortalecimento científico e financeiro dos periódicos da Associação; e (vii) representações em colegiados, comissões, conselhos e fóruns diversos (ABRASCO, 2011a, 2011e).

No documento que reúne as contribuições de três comissões, 14 GTs e um fórum no 1.º Minicongresso, destacam-se os seguintes consensos: (i) o caráter científico e não corporativo da entidade, apesar de a ABRASCO se interessar, academicamente, pela discussão da formação de sanitaristas e demais profissões de saúde; e (ii) definição das especificidades de Comissões, GTs e Fóruns, sendo as Comissões espaços de representação das áreas disciplinares, os GTs abrigam os temas que estão presentes nessas áreas e os Fóruns são destinados aos programas de pós-graduação e cursos de graduação (ABRASCO, 2011d).

Com base no documento de sistematização, não é possível dimensionar o tamanho do dissenso provocado pela proposta de retirar pós-graduação do nome da Associação. No entanto, a sistematização indica que foram considerados aspectos positivos e negativos.

No material, o item que trata das articulações esperadas da ABRASCO indica a abrangência da atuação da entidade. São mencionados temas e interlocutores institucionais diversos: formação; CAPES e CNPq; Movimento da Reforma Sanitária; gestores federais, estaduais e municipais e com o SUS, MS; CONASS e CONASEMS; Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério das Cidades, Ministério do Planejamento, Programa de Aceleração do Crescimento; políticas sociais; planejamento urbano; campo das culturas, direitos humanos, trabalho e economia; movimentos sociais (ABRASCO, 2011d).

Observa-se uma divergência relevante a respeito do que seria a missão da ABRASCO. Por um lado, foi apresentada uma visão que enfatizava a contribuição para a construção de um sistema público de saúde, baseado nos princípios da universalidade, da igualdade e da integralidade, através do fortalecimento da formação de pessoal, da produção e da disseminação do conhecimento científico do campo da Saúde Coletiva. No entanto, por outro lado, essa perspectiva foi criticada pois a missão da entidade não se resumiria ao sistema e ao setor saúde (ABRASCO, 2011d).

Contudo, com base no volume de contribuições registradas no documento, conclui-se que o centro do debate do 1.º Minicongresso foi o ponto sobre a organização de Comissões, GTs e Fóruns. O conteúdo desse tópico está subdividido em cinco temas: (a) definição de critérios para a estruturação de Comissões e GTs; (b) composição de Comissões, GTs e Fóruns; (c)

atuação de Comissões, GTs e Fóruns; (d) novos GTs; e (e) articulação e integração entre Comissões, GTs e Fóruns. Considerando que é uma sistematização e o documento não contextualiza as propostas, esse registro não permite dimensionar em quais temas houve maior tensão. Porém, tendo em vista que o 1.º Minicongresso era um momento de debate inicial, possivelmente as propostas e considerações foram compartilhadas, mas pouco debatidas, ficando as divergências para as etapas seguintes do processo (ABRASCO, 2011d).

No boletim de gestão 2009-2012, a experiência dos minicongressos foi considerada como espaços internos da ABRASCO, que contribuíram para estimular e ampliar os debates e reflexões sobre a estruturação da ABRASCO, com destaque para o funcionamento e definição de suas Comissões, Grupos Temáticos e Fóruns. O texto do boletim destaca que as Assembleias realizadas como parte dos minicongressos permitiram revisar o estatuto da Associação. Além disso, localiza o embrião desses eventos no encontro com os representantes de Grupos Temáticos, Comissões e Fóruns da ABRASCO, realizado em Salvador, durante o 1.º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde. Ainda de acordo com o boletim, foram realizados encontros com as coordenações e membros de Comissões, GTs e Fóruns, inclusive em reuniões de diretoria, com a intenção de avançar nas decisões e definições sobre como se constituem e como funcionam esses coletivos que compõem a ABRASCO (ABRASCO, 2012).

A aprovação de um novo estatuto, incluindo a mudança no nome da ABRASCO, ocorreu no 2.º Minicongresso, realizado em novembro de 2011, na Faculdade de Saúde Pública da USP, na véspera do 8.º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Todavia, como não foi concluída a reforma estatutária no 2.º Minicongresso, em novembro de 2012, no bojo do 10.º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, aconteceu o 3.º Minicongresso (ABRASCO, 2012). Em verdade, a reforma estatutária e a aprovação de um novo regimento interno demandaram assembleias extraordinárias em 2013 e em 2014, quando esse processo foi concluído.

Contudo, as duas etapas realizadas em 2011 foram as que forneceram os principais insumos, aprovando os temas consensuais e reservando as polêmicas para momentos posteriores. Na Assembleia de 2014, Luis Eugênio de Souza sintetizou em um determinado momento o processo de debate e amadurecimento. Enquanto conduzia a Assembleia, Souza recordava que a proposta não era algo recente, mas que estava em análise desde 2011. No entanto, mesmo assim, ele sinalizava que, na ausência de um consenso, a decisão poderia ser adiada para uma Assembleia no ano seguinte, pois se tratava de uma decisão de mérito e não era um tema que inviabilizaria o funcionamento da entidade (ABRASCO, 2014a).

Considerando a centralidade na configuração institucional da Associação e o reconhecimento de Comissões, GTs e Fóruns como espaços valorizados pelos membros da

entidade, serão analisadas de forma mais detalhada os pontos referentes a essas estruturas no processo de reforma da ABRASCO, além da mudança na composição da Diretoria e do Conselho e a alteração do nome da entidade.

5.6.1 Normatização dos Grupos Temáticos e das Comissões

A necessidade de algum tipo de regulamentação sobre Comissões e Grupos Temáticos já vinha sendo apontada. Em 1996, na Assembleia da ABRASCO, por exemplo, há o registro de uma recomendação no sentido de se avaliar e acompanhar com cuidado a expansão e criação de Comissões e GTs na Associação, mesmo reconhecendo que esses coletivos representavam uma estratégia aglutinadora e que revitalizava a Associação. Naquele momento, a Associação possuía, além das três comissões formadas na década de 1980, seis Grupos Temáticos (criados entre 1992 e 1995) e a Comissão de Ciência & Tecnologia em Saúde. Pode-se identificar duas preocupações no registro da Assembleia. Uma era evitar a sobreposição de áreas de atuação, enquanto a outra dizia respeito à necessidade de cooperação entre os grupos para evitar a pulverização e fortalecer o projeto da Saúde Coletiva (ABRASCO, 1996).

Nas contribuições apresentadas no 1.º Minicongresso, especificamente sobre os Grupos Temáticos, observam-se pontos que comporiam posteriormente o regimento interno da ABRASCO. As propostas tratavam de diversos aspectos, tais como: necessidade de se apresentar um termo de referência para postular a criação de um GT; obrigatoriedade de os membros dos GTs serem associados à ABRASCO; estabelecimento de mandato de três anos para as coordenações dos GTs; sugestão de recomposição dos GTs; introdução de critérios de diversidade regional, disciplinar e institucional nas composições dos GTs; definição de prioridades, agenda e plano de trabalho para cada Grupo; apresentação de relatório ao final da gestão; recomendação de trabalho com eixos transversais, como produção e disseminação do conhecimento, formação de recursos humanos e ação política (ABRASCO, 2011d).

Entretanto, esses aspectos não foram introduzidos no estatuto da entidade, objeto de análise das assembleias de 2011 e 2012, mas no regimento interno, que somente foi debatido em novembro de 2013, na véspera do 6.º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, no Rio de Janeiro.

Na primeira reunião da gestão presidida por Luis Eugênio de Souza, no final de fevereiro de 2013, foram recuperados os encaminhamentos da Assembleia realizada em novembro de 2012, no 10.º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Porto Alegre. De acordo com as deliberações da Assembleia, a Diretoria deveria preparar e apresentar uma proposta de

regimento interno, incorporando os principais pontos consensuais dos minicongressos sobre funcionamento, papel e coordenação de Comissões, GTs e Fóruns da ABRASCO, além do processo de criação de novos GTs. Portanto, percebe-se que a regulamentação dessas estruturas constituía o objeto central do novo regimento da Associação (ABRASCO, 2013c).

Durante os debates na Assembleia, a principal controvérsia girou em torno da obrigatoriedade de renovação de 1/3 dos membros a cada triênio. Por um lado, Ary Miranda, membro do GT Saúde e Ambiente, avaliou que era difícil padronizar critérios para grupos tão heterogêneos. Argumentando sobre a necessidade de se respeitar a natureza, a lógica, a dinâmica e os desafios do funcionamento dos GTs, defendeu a exclusão do item que previa a renovação compulsória. Contudo, Rosana Onocko-Campos, à época conselheira da Associação, se contrapôs e sublinhou que esse mecanismo busca estabelecer uma garantia mínima de arejamento, ao mesmo tempo que preservava a continuidade. Diante da inexistência de consenso, os participantes aprovaram encaminhamento adiando a deliberação para a assembleia seguinte (ABRASCO, 2013b).

Em setembro de 2014, durante as atividades pré-congresso do 9.º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em Vitória, foi realizada a Assembleia que tratou dos últimos pendentes da reforma institucional concebida em 2010 e desencadeada em 2011.

Conforme informado na Assembleia (ABRASCO, 2014a), com o objetivo de preparar a discussão sobre os pontos que diziam respeito ao funcionamento dos Grupos Temáticos, na véspera da Assembleia, a Presidência e a Secretaria Executiva da Associação se reuniram com alguns associados que possuíam atuação destacada em alguns GTs por coordenarem ou terem coordenado esses grupos: Ary Miranda (GT Saúde e Ambiente), Carlos Coimbra (GT Saúde Indígena), Inês Rugani (GT Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva), Marco Akerman (GT Promoção da Saúde), Nelson Gouveia (vice-presidente e GT Saúde e Ambiente) e Paulo Goes (GT Saúde Bucal Coletiva).

O consenso produzido na reunião foi sustentado na avaliação de se assumir como pressuposto a heterogeneidade dos GTs da Associação, tendo em vista a diversidade no perfil institucional dos membros, forma de ingresso, a trajetória de cada GT, o que se expressa em dinâmicas de funcionamento distintas. Com base nessa avaliação, a proposta apresentada à Assembleia buscou estabelecer uma regulamentação com flexibilidade e, desse modo, previa: (i) autonomia para cada GT definir os critérios de ingresso e procedimentos de solicitação, condicionando em torná-los públicos e transparentes, além disso, as respostas às solicitações de ingresso deveriam ser justificadas com base nos critérios definidos pelo próprio GT; e (ii) a

renovação não seria obrigatória, dada a impossibilidade de essa regra ser cumprida por todos os GTs da Associação.

Para Luis Eugênio de Souza (ABRASCO, 2014a), essa proposta atendia as grandes demandas que a ABRASCO tinha naquele momento, que eram informar um novo associado sobre como ingressar em um GT e garantir certa organicidade dos GTs, assegurando que eles fazem parte de um todo, e não de uma federação de Grupos Temáticos.

Entretanto, na visão de Lígia Bahia (ABRASCO, 2014a), a proposta apresentada representava uma confirmação do *modus operandi* anterior, sendo um contrassenso quando comparada à normatização estabelecida para as Comissões, com indicações institucionais e renovação regular. Desse modo, de acordo com Bahia, a Associação caminhava para um híbrido institucional e que era preciso pensar sobre ele, mesmo não havendo uma solução imediata.

Essa manifestação provocou reações, em especial, entre os participantes da reunião da véspera. Nesse sentido, cabe destacar duas falas consideradas representativas para os fins deste estudo.

Na avaliação de Inês Rugani (ABRASCO, 2014a), tratava-se de um processo de acúmulo de discussões, onde tanto era possível se construir consensos quanto identificar dissensos. Especificamente sobre os Grupos Temáticos da ABRASCO, para Rugani, foi muito importante reconhecer e assumir a diversidade dos GTs como uma riqueza da Associação. Ela ainda concordou com Ary Miranda sobre a importância de se distinguir as questões que são de ordem regimental daquelas que são de ordem política.

Por sua vez, Ary Miranda (ABRASCO, 2014a) recordou que o objetivo da reforma institucional iniciada na gestão de Luiz Augusto Facchini era construir uma expressão regimental da relação política dos GTs com a estrutura da ABRASCO. Assim, buscou-se reforçar a organicidade dos GTs, evitando que se constituíssem como instâncias autônomas, inclusive se manifestando publicamente sem sintonia com a Diretoria da entidade, o que era agravado pelo fato de muitos membros de GTs não se sentirem parte da Associação e gerava uma série de conflitos. Miranda ainda destacou que na gestão Facchini começou a haver um processo de aproximação dos GTs com a Diretoria, inclusive participando das suas reuniões. Ao mesmo tempo, o crescimento da ABRASCO gerava uma série de demandas e apresentava questões novas que não tinham respostas prontas. No entanto, a incorporação de novos membros não poderia significar colocar o associado como mero expectador do GT. Então, caberia à ABRASCO ter uma postura transparente e assumir que existem contradições em como alguns GTs se estruturam e estabelecem a relação com os associados.

Ao encerrar a discussão sobre o tema, Luis Eugênio de Souza valorizou a contribuição de Ligia Bahia, no sentido de garantir, no funcionamento da ABRASCO, uma maior organicidade dos Grupos Temáticos. Contudo, pontuou a necessidade de se ter muito cuidado no encaminhamento de decisões organizativas e, dessa maneira, avaliava que era fundamental a construção de consensos, mesmo sendo lento, trabalhoso e, em alguns momentos, arriscado. Souza defendeu que ficasse estabelecida a transparência no funcionamento dos GTs, permitindo aos associados institucionais e individuais terem conhecimento sobre como cada GT se organiza, e eventualmente os pontos fortes e as fragilidades seriam expostos. Dessa maneira, para ele, isso ofereceria acúmulo e amadureceria decisões futuras para corrigir as fragilidades identificadas (ABRASCO, 2014a).

A aprovação por consenso das propostas apresentadas para a regulamentação do funcionamento dos GTs não esconde o dissenso nem o reconhecimento de limitações, como ficou exposto na Assembleia de 2014. Todavia, ao se examinar a trajetória construída desde 2010 (com o anúncio da intenção de reformar o desenho institucional da Associação, na primeira reunião da gestão de Luiz Augusto Facchini), passando pelos minicongressos de 2011, percebe-se um processo que valorizou os aspectos consensuais e buscou tratar os dissensos com paciência, não hesitando em adiar decisões para momentos seguintes. Se, por um lado, essa forma de lidar com as tensões permite a leitura de uma tendência a buscar acomodações, como afirma Miranda (2021), por outro, pode-se interpretá-la como uma construção de consensos que minimize os silenciamentos e os atos de exclusão, como diz Mouffe (2015).

Em relação às Comissões, a proposta de regimento apresentada em 2013 previa uma normatização cuja principal mudança no funcionamento das Comissões era a definição dos membros com base nas indicações de representantes pelos associados institucionais. Anteriormente, os próprios membros das Comissões estabeleciam critérios para a renovação dos membros, como os Grupos Temáticos, porém, com regularidade maior. Por esse motivo, pode-se dizer que representou uma maior institucionalização ou formalização das Comissões. Talvez por ser um critério que vinha sendo considerado, ainda que parcialmente, conforme já apontado, não houve maiores resistências, excetuando estranhamentos sobre o número de membros. Entretanto, isso não significa a inexistência de controvérsias no debate sobre a regulamentação das Comissões.

Durante o debate sobre o regimento interno, em 2013, Roseni Pinheiro (ABRASCO, 2013b), integrante da Comissão de CSHS, questionou o fato de a ABRASCO contar com uma Comissão de Ciência & Tecnologia em Saúde, ao lado das três Comissões que representam as

áreas disciplinares da Saúde Coletiva. Por não ser uma área disciplinar do campo, Pinheiro propôs que fossem apenas três Comissões e C&T passasse a ser um GT.

Em resposta, Luis Eugênio de Souza (ABRASCO, 2013b) lembrou o histórico e a contribuição da Comissão de C&T para a Saúde Coletiva, sendo a principal responsável pela Política Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde, além de atuar na formulação da agenda de prioridades de pesquisa em saúde. Souza ainda destacou o fato de dois membros da Comissão terem ocupado a posição de secretário de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, e outros dois, a de diretor de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. Com isso, tornou C&T um objeto de pesquisa, de reflexão e formulação na Saúde Coletiva dentro dos programas de pós-graduação e dos cursos de graduação.

Essa argumentação, todavia, foi questionada por Rosana Onocko-Campos, conselheira da Associação, que lembrou as contribuições dos GTs na elaboração de políticas. Por sua vez, Janine Miranda Cardoso, integrante do GT Comunicação e Saúde, ressaltou a importância de haver uma solução que preservasse um critério capaz de realizar a distinção entre Comissões e GTs, que, para ela, era justamente as áreas disciplinares (ABRASCO, 2013b).

Diante dos questionamentos sobre a adequação de uma Comissão de C&T, foram apresentadas propostas de mediação por José da Rocha Carvalheiro, ex-presidente, e Ligia Bahia, conselheira da Associação, que alterariam a redação original e preservaria a Comissão de C&T. Já Roseni Pinheiro sugeriu que essa Comissão fosse transformada em Câmara Técnica. No entanto, Luis Eugênio de Souza sugeriu adiar a decisão para a Assembleia seguinte, permitindo que a própria Comissão de C&T avaliasse o tema, o que foi aprovado pela Assembleia (ABRASCO, 2013b).

No ano seguinte, na véspera da Assembleia realizada em Vitória, nos marcos do 9.º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, a Comissão de Ciência & Tecnologia se reuniu para analisar o tema e formulou uma proposta, que foi apresentada na Assembleia por Reinaldo Guimarães.

De acordo com o relato, houve consenso entre os membros da Comissão de C&T sobre o critério estabelecido pelo regimento de organizar as Comissões com base nas áreas disciplinares da Saúde Coletiva. Considerando, ainda, o crescimento do número de membros das Comissões em função das indicações dos associados institucionais, os membros da Comissão de Ciência & Tecnologia consideraram que o espaço de uma Comissão tinha deixado de ser adequado para promover o debate sobre Ciência & Tecnologia no âmbito da ABRASCO. Da mesma maneira, entenderam que não era o caso de transformar a Comissão de Ciência & Tecnologia em um Grupo Temático, pois, para os membros da Comissão de C&T, os GTs se

caracterizavam por reunir pessoas que fazem pesquisa no mesmo campo temático, enquanto Ciência & Tecnologia é um tema mais transversal do que temático. Ademais, considerando a atuação decisiva da ABRASCO no sentido de aproximar a política de pesquisa de saúde da política de saúde, entendiam que a Comissão não deveria ser simplesmente extinta ou diluída nas outras Comissões. Ainda de acordo com esses membros, a extinção teria um significado simbólico de retrocesso em termos de aproximação da política de ciência, tecnologia e inovação em saúde da política de saúde. Dessa maneira, a proposta apresentada previa a transformação da Comissão em um Comitê Assessor de C&T em Saúde, que estaria vinculado à Diretoria da ABRASCO. Como resumiu Guimarães, esse organismo não continuaria como Comissão, não passaria a ser GT e nem seria extinto (ABRASCO, 2014a).

Participantes da Assembleia, como Luiz Augusto Facchini, concordaram com os argumentos apresentados. Entretanto, a proposta de se criar uma nova figura na estrutura da entidade provocou algumas considerações. Facchini e Luis Eugênio de Souza entenderam que a criação de novas formas faz parte da dinâmica da vida associativa e as experiências levam ao desenvolvimento da própria Associação (ABRASCO, 2014a).

Sem se opor à proposta de criação da figura do Comitê, mas ponderando a necessidade de se prezar pela transparência da entidade, Inês Rugani propôs que o regimento explicitasse a natureza do Comitê, o nome, os critérios para composição e quem cabe nomear. Por sua vez, Ricardo Ceccin valorizou a criação da nova figura como tentativa de chegar a algum encaminhamento mais próximo do consensual (ABRASCO, 2014a).

A Assembleia aprovou por unanimidade a criação do Comitê de Assessoramento na estrutura da Associação e a transformação da Comissão em Comitê de Assessoramento em Ciência & Tecnologia em Saúde. Com essas mudanças, as Comissões ficaram limitadas às Comissões das áreas disciplinares e a Diretoria da ABRASCO passou a contar com mais essa figura institucional. Posteriormente, em 2016, a Diretoria aprovou a criação do segundo Comitê da entidade, o Comitê de Assessoramento em Relações Internacionais.

Esse debate e a regulamentação dos GTs parecem apontar para uma disposição de estabelecer um ordenamento institucional, porém, priorizando soluções consensuais ou, no mínimo, que fossem confortáveis para as partes envolvidas nos debates. Ele mostra, ainda, como se desenvolve uma articulação para defesa e proteção de uma área temática. Percebendo o esforço de diálogo para a criação de uma saída a partir da crítica recebida, mais uma vez, cabe refletir o quanto essa tendência revelaria uma predisposição às acomodações que silenciam os dissensos.

Talvez caiba recuperar aqui alguns elementos da teoria geral dos campos. Nesse sentido, o conceito de *habitus* poderia contribuir para a compreensão dessa predisposição às acomodações. No entanto, se por um lado o campo é objeto e fruto de disputas, pois tanto há agentes sociais que almejam a conservação da sua estrutura quanto há aqueles que buscam a sua transformação; por outro, as lutas específicas que integram as dinâmicas do campo possuem como pressuposto não negar a existência do próprio campo.

Desse modo, para compreender o que se busca com a produção de consensos na ABRASCO, um caminho possível é a distinção entre um ato conservador e um ato de conservação do campo da Saúde Coletiva (ou da ABRASCO como corpo político, nos termos de Mouffe), isto é, de preservação do campo ou do corpo político. A linha que separa uma da outra é tênue, contudo, acredita-se que examinar os objetivos e as intenções, explícitas ou veladas, pode contribuir. Neste estudo, considera-se como ato conservador um movimento que possui o objetivo de preservar determinadas características por resistência a mudanças ou por apego ao que está estabelecido. Já o ato de conservação é aquele que visa a preservação de elementos fundamentais da identidade ou das dinâmicas essenciais do campo ou do corpo político.

Conforme mencionado anteriormente, a diferença entre o confronto agonístico e o conflito antagonista está no fato de as partes pertencerem ao mesmo ente político ou não. Para Mouffe (2015), não se pode compreender o pertencimento sem considerar o papel fundamental das identificações coletivas e os laços afetivos que elas estabelecem entre os membros de um corpo político. Ou seja, sem identificação e laços afetivos, o confronto adversarial é substituído pelo conflito entre inimigos.

Dessa maneira, mesmo com as limitações que o material disponível estabelece, a presente pesquisa tende a considerar as mediações analisadas mais como atos de conservação/preservação do que como atos conservadores, ainda que tais atos não sejam necessariamente excludentes, podendo coexistirem.

5.6.2 Nome, Diretoria e Conselho

Além de regulamentar Comissões e Grupos Temáticos e criar a figura do Comitê de Assessoramento, o processo de reforma institucional também mudou o nome da Associação, impactando na sua identidade, e alterou as composições da Diretoria e do Conselho da entidade, ampliando o número de membros dessas instâncias deliberativas.

De acordo com Costa (2021), a proposta de retirar “pós-graduação” do nome da ABRASCO era algo antigo e antecedia o surgimento do bacharelado em Saúde Coletiva. Assim, houve questionamentos no 1.º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em 1986, e foram retomados no início da década de 1990, na gestão presidida por Arlindo Fábio Gómez de Sousa. Contudo, ainda segundo Costa, a resistência em realizar essa mudança se baseava em uma avaliação de que a pós-graduação dava identidade à Associação, pois, sem isso, a ABRASCO se tornaria uma associação corporativa, de interesses, ou coisa parecida.

Assim, ao colocar na agenda da Associação esse tema, a gestão de Luiz Augusto Facchini reconheceu a demanda expressa pela graduação em Saúde Coletiva, que começava a se expandir, e ao mesmo tempo provocou uma discussão sobre o perfil da entidade, como pode ser observado na sistematização de propostas e sugestões apresentadas no 1.º Minicongresso (ABRASCO, 2011d). Infelizmente, o documento não informa os autores dos comentários e das propostas (Comissão, GT ou associado).

De todo modo, pode-se observar como indicação geral que a ABRASCO deveria se manter como uma sociedade científica. No entanto, não uma entidade científica de atuação restrita, mas que deveria representar a área em fóruns da comunidade científica nacional e internacional, além de dialogar com órgãos e instâncias governamentais e não governamentais, academia, sistema de saúde e sociedade civil.

A partir da discussão sobre o bacharelado em Saúde Coletiva, também ficou explícita a posição de que a ABRASCO não era uma entidade corporativa nem deveria assumir a posição de conselho ou associação profissional. Entretanto, isso não significava total distanciamento do tema, ao contrário. Dessa maneira, a Associação deveria mediar o processo de reconhecimento do curso de graduação e da profissão, continuar se dedicando academicamente à formação na graduação em Saúde Coletiva (e demais ocupações da saúde) e na pós-graduação (*lato e stricto sensu*), além de propor diretrizes para a formação de profissionais e pesquisadores da área e estudar o trabalho em saúde. Como sintetiza uma indicação, a ABRASCO deveria articular produção científica, formação e políticas.

Para Souza (2021), a mudança do nome teve o objetivo de contemplar a graduação em Saúde Coletiva, mas também o da existência de um campo científico da Saúde Coletiva, que vai além da reunião de programas, de instituições de pós-graduação. Na mesma direção, ao considerar a ampliação do campo, Costa (2021) avalia que a manutenção da pós-graduação no nome da entidade era algo ultrapassado e, portanto, não tinha mais sentido. Souza (2021) acrescenta que, durante esse debate, foi muito importante a reafirmação de que a mudança do

nome não significava uma mudança de caráter, pois a ABRASCO não passaria a ser uma entidade corporativa, de representação dos interesses particulares legítimos dos sanitaristas.

Em relação à alteração do número de membros da Diretoria e do Conselho, na Assembleia de novembro de 2013, Luiz Augusto Facchini argumentou que a dimensão continental do país e a diversidade da Saúde Coletiva vinham provocando enormes dificuldades para a construção de chapas consensuais e que expressassem essa diversidade nos processos eleitorais da Associação. Assim, com a ampliação do número de membros na Diretoria e no Conselho, seria possível compatibilizar representações de todas as regiões do país com a maior presença de instituições mais consolidadas e de maior relevância para o campo. Adicionalmente, Luis Eugênio de Souza destacou que, com uma Diretoria maior, o Conselho poderia se dedicar às suas atividades específicas, em vez de se envolver no cotidiano da Diretoria (ABRASCO, 2013b).

Assim como a criação da figura do Comitê de Assessoramento, entende-se que essa mudança também pode ser considerada como uma adaptação da entidade à dinâmica da vida associativa, que inclui, evidentemente, sua dimensão política e a disputa pelos espaços de representação. Contudo, a ampliação do número de membros é percebida de formas distintas, variando da valorização da diversidade na Diretoria que essa alteração permitiu (GERHARDT, 2021) ao entendimento de que o número de membros é excessivo e, desse modo, prejudica o funcionamento dessas instâncias (COSTA, 2021).

Na sua avaliação do processo de reforma institucional, Facchini (2021) afirma que a finalidade foi aumentar o protagonismo da militância e dos associados da ABRASCO e valorizar os GTs, as Comissões e a participação dos membros da Diretoria e do Conselho. Além disso, mesmo ponderando que o contexto era favorável, ele reconhece que a sua gestão marcou os rumos da Associação.

5.7 DESAFIOS INSTITUCIONAIS ATUAIS

Apesar das reformas empreendidas entre 2011 e 2014, entende-se que a questão organizacional continua a ser um desafio para a ABRASCO, pois a entidade necessita de um arranjo institucional que (i) mantenha articulação adequada entre os seus organismos internos, (ii) fortaleça a atuação junto a seus associados e aos demais atores sociais relevantes no âmbito da política de formação de profissionais, na política de saúde e na política científica e (iii) atenda a crescente demanda de interação com a sociedade (BARATA, 2015; SILVA, 2015).

Adicionalmente, as questões institucionais refletem a configuração e as tensões presentes tanto no corpo político quanto no campo da Saúde Coletiva. Dessa maneira, a superação de um determinado problema institucional frequentemente representa a introdução de um novo problema, mas com características distintas.

Se antes da ampliação do número de integrantes da Diretoria e do Conselho o problema girava em torno da dificuldade de compor chapas representativas, por sua vez, esse novo cenário trouxe novas questões. De acordo com Souza (2021), por exemplo, cada instância deveria estabelecer uma dinâmica de funcionamento independente. Para ele, essa separação ajudaria tanto a Diretoria quanto o Conselho, pois uma ocuparia mais das demandas cotidianas da Associação, enquanto a outra discutiria o médio e o longo prazo, o que se perde quando os integrantes do Conselho se envolvem no dia a dia da Diretoria. Assim, a racionalidade técnico-organizacional buscada com as mudanças de 2013, conclui Souza, não se viabilizou.

Durante as reformas dos organismos que compõem a estrutura da ABRASCO, houve um que apareceu pontualmente: os periódicos da Associação. A natureza e a finalidade dos periódicos são absolutamente distintas de Comissões, Grupos Temáticos, Fóruns ou, até mesmo, dos Comitês. Adicionalmente, a publicação científica pressupõe uma autonomia para o desenvolvimento das atividades editoriais. Dessa forma, movimentos de mudanças em um periódico, de qualquer instituição, correm o risco de ultrapassar o limite da autonomia editorial e se configurar como uma interferência indevida.

Entretanto, conforme apontado por Luis Eugênio de Souza (ABRASCO, 2013b), na Assembleia de 2013, os questionamentos de associados não se limitavam ao funcionamento das Comissões e dos Grupos Temáticos, mas também incluíam as editorias da “Ciência & Saúde Coletiva” (C&SC) e da “Revista Brasileira de Epidemiologia” (RBE). Com a previsão de processos de renovação de editores-chefes abertos a todos os associados, buscava passar de um padrão de funcionamento baseado na informalidade, adequado para um momento anterior da Associação, para um padrão baseado na transparência e na permeabilidade, que seria mais apropriado para uma instituição com muitos associados individuais e institucionais.

Assim, Souza propôs (e foi aprovado pela Assembleia) que o regimento interno da entidade contemplasse o resultado de uma consulta aos associados, realizada em 2012, ainda na gestão de Luiz Augusto Facchini, sobre as editorias de C&SC e RBE. Nela, participaram 177 associados, sendo que 94% concordaram com a escolha dos editores mediante apresentação de candidaturas e avaliação por uma comissão de pesquisadores e 67% concordaram com o mandato de seis anos e recondução sem restrições (ABRASCO, 2012). Essa reforma, contudo, é considerada limitada ou parcial (LEVCOVITZ, 2021), diante da expectativa de maior

envolvimento nos rumos dos periódicos, em especial, de C&SC, por ser a publicação mais abrangente da entidade.

Outro desafio persistente é a democratização da vida institucional. Nesse sentido, se o crescimento da Saúde Coletiva, com a expansão por regiões e estados do país, estabelece maior complexidade para o cotidiano da ABRASCO, o desenvolvimento e a popularização de meios de comunicação pela internet ampliaram as possibilidades de contato e de diálogo. Na conclusão da sua gestão como presidente da Associação, Noronha (2003), por exemplo, valorizou as facilidades da comunicação eletrônica para o trabalho colegiado da Diretoria.

Entretanto, percebe-se que a principal estratégia considerada para aglutinar e potencializar contribuições coletivas de associados se refere às Comissões e aos Grupos Temáticos. No mesmo texto, Noronha destacou a criação de cinco novos GTs durante a sua gestão, passando de seis para 11 Grupos. Já Carvalheiro (2009) sublinhou a maior autonomia de Comissões e Grupos Temáticos, que estariam impulsionando a descentralização da entidade. Por sua vez, Campos (ABRASCO, 2018a) pontuou a criação de três novos GTs durante a sua gestão como parte do fortalecimento da entidade. Adicionalmente, Campos (2017) também fez movimentos para renovar a composição dos GTs, como uma mensagem enviada aos associados e publicada no site da ABRASCO que convidava à participação nos Grupos Temáticos da entidade.

Na avaliação de Campos (2021), todavia, a ABRASCO tem dificuldade de escutar o conjunto dos seus associados. Para ele, a democratização institucional depende da criação de espaços coletivos para além de Comissões e GTs. Nesse sentido, inclusive, ele avalia que os Fóruns são necessários, mas não são suficientes. Campos recorda que, na sua gestão, houve a tentativa de estabelecer uma revista para debate, que não era um periódico, a “Ensaio & Diálogos em Saúde Coletiva”. Porém, ele considera que o debate não acadêmico está pulverizado nas diferentes mídias acessíveis pela internet. Na mesma direção, Miranda (2021) sugere a busca de dinâmicas de trabalho e de participação condizentes com os novos tempos. Assim, algumas formas de organização, e não apenas dinâmicas, precisariam se adaptar, como as Comissões e os GTs.

A gestão de Luiz Augusto Facchini também tentou superar essa limitação, porém, pretendia organizar a participação dos associados, individuais e institucionais, por macrorregiões do país, debatendo o desenvolvimento do SUS e da Saúde Coletiva no contexto regional. Para isso, a Diretoria realizou reuniões itinerantes durante a gestão com o objetivo de abrir um canal de comunicação permanente com os coletivos da ABRASCO (Fóruns,

Comissões e Grupos Temáticos) e dos associados (institucionais e individuais) (ABRASCO, 2010a).

Ampliar a capilaridade da ABRASCO também é uma questão a ser tratada na opinião de Barata (2021). Na sua avaliação, uma maneira de alcançar esse objetivo seria por meio de seções estaduais. Para ela, a Associação está presente em todo o país, mas ainda necessita construir uma presença orgânica e articulada. Apesar de não ter avançado, observou-se que o tema da regionalização da entidade esteve em debate em diferentes momentos da história da entidade (ABRASCO, 1999; 2003e; 2006).

Por sua vez, Levcovitz (2021) avalia que, se o contexto nacional permitir, assim como a gestão de Facchini propôs uma reforma da Associação, a gestão eleita em 2021 possivelmente necessitará realizar algo desse tipo para evitar uma acomodação da ABRASCO ao seu papel atual. Nesse sentido, com base nas entrevistas realizadas e nos documentos analisados, entende-se que entre os desafios institucionais atuais estão a concentração regional, o equilíbrio entre as instituições do campo e a renovação da Associação.

5.7.1 Desconcentração e renovação

A preocupação com a concentração de núcleos de pesquisadores na região Sudeste, especialmente no Rio de Janeiro e em São Paulo, estava presente no “Documento preliminar de princípios básicos da Associação”, de 1982. Já naquele momento, a entidade defendia a concessão de apoio financeiro pelas agências governamentais em consonância com orientações de uma política científica comprometida com a descentralização dos recursos, com a indução e, em consequência, com a multiplicação dos centros de pesquisa pelo país (ABRASCO, 1982). A desconcentração da produção científica e das instituições formadoras em Saúde Coletiva pelos diversos estados e regiões do país era determinante para a expansão e consolidação do campo. Afinal, a estratégia expansionista pode ser interpretada como uma forma de ampliar a relevância de uma nova área que, nunca é demais lembrar, nascia com críticas ao modelo biomédico.

Esse tema também estava presente, por exemplo, nos compromissos da gestão que tomou posse em 2003, presidida por Moises Goldbaum, quando foi reivindicada a valorização das especificidades do campo e suas diversidades regionais, em contraposição ao modelo concentrador hegemônico (ABRASCO, 2003c). Em 2003, havia quase 30 PPGs *stricto sensu*, e nos anos seguintes se observaria uma grande expansão de programas, incluindo os mestrados profissionais, conforme tratado na seção 4.2.2. Considera-se necessário resgatar como, duas

décadas depois da publicação do documento de princípios, esse tema permanecia na agenda da ABRASCO, dado que a menor diversidade do campo limitava a possibilidade de maior diversidade no interior da própria Associação.

De acordo com uma avaliação realizada pela Comissão de CSHS, em 2009, naquele momento se verificavam avanços na desconcentração da produção de conhecimento na área disciplinar fora do eixo Rio-São Paulo (ABRASCO, 2009). Comparando a sua formação na graduação (Psicologia, UnB, 1995-1999) com o que dispõe atualmente, Silva (2021) reafirma essa percepção. Segundo ele, houve a passagem de um cenário onde toda ou praticamente toda a produção relevante da área estava em instituições do eixo Rio-São Paulo para uma realidade mais heterogênea, ainda que a produção do Sudeste continue muito presente.

Considerando o cenário atual, onde se observa uma presença mais diversificada em termos regionais, e o histórico apresentado na discussão sobre o polo hegemônico da Saúde Coletiva, na seção 5.4, cabe analisar como a questão da concentração regional é percebida por agentes que participaram da pesquisa.

Para Boing (2021) e Silva (2021), ainda é necessário tornar a ABRASCO uma entidade efetivamente brasileira, no sentido de ser representativa de todas as regiões do país, pois continua a ser uma instituição muito concentrada na região Sudeste, especialmente os espaços decisórios da entidade. Essa percepção é compartilhada por Campos (2021). No entanto, ele acrescenta que essas limitações não têm impedido a ABRASCO de estabelecer uma relação com o conjunto de instituições do campo.

Duas medidas são ressaltadas por Campos para a desconcentração regional, as ações de comunicação desempenhadas pela entidade e a possibilidade de todos os associados institucionais indicarem representantes para as três Comissões da Associação. Entretanto, na sua avaliação, o envolvimento dos associados institucionais é relativamente pequeno nas Comissões, pois apenas uma parte indica representantes e, além disso, o engajamento dos representantes indicados tem sido baixo.

De modo semelhante, Boing (2021) também destacou positivamente a mudança na composição das Comissões. Para ele, com uma composição reduzida, a Comissão seguiria sendo formada prioritariamente por pesquisadores de instituições como FIOCRUZ, USP, UFBA e UFPEL, que são mais conhecidos, mais articulados e possuem melhores condições para se dedicarem às atividades da Comissão. Por outro lado, as indicações de todos os associados institucionais permitem a outras instituições construir suas histórias de participação na ABRASCO, tornando a entidade mais plural, ao mesmo tempo.

Mesmo reconhecendo como um movimento importante as indicações para as Comissões, Boing considera que a Associação precisa ir além e cuidar para qualificar essas representações. Nesse sentido e com objetivo de formar novas lideranças, ele sugere um equilíbrio nas indicações realizadas pela ABRASCO para colegiados, comissões e fóruns nacionais e internacionais. Avaliando que o processo de desconcentração não acontecerá naturalmente, Boing sugere que a Associação induza o equilíbrio entre estados e regiões do país, estimulando a participação de agentes de fora do polo hegemônico do campo.

Por sua vez, Facchini (2021) sublinha que a preocupação de uma representação regional nas chapas não é recente, podendo ser observada na constituição histórica das Diretorias da ABRASCO. Contudo, a composição reduzida da Diretoria e do Conselho dificultava essa representação à medida que o campo se expandiu. Com a ampliação do número de diretores e conselheiros, segundo Facchini, foi possível contemplar de modo mais equânime regiões, instituições, áreas disciplinares e perfis das lideranças, de características sociais (mulheres, lideranças negras).

Vinculada à questão da concentração regional – porém, com algumas particularidades – encontra-se a concentração institucional, que também remete à discussão do polo hegemônico da Saúde Coletiva.

De acordo com Costa (2021), a expansão da Saúde Coletiva pode ser considerada como um processo que foi alvo de interesses convergentes. Assim, as instituições mais antigas acolheram as mais novas, que buscavam reconhecimento no campo, pois o crescimento da Saúde Coletiva também era positivo e, indiretamente, fortalecia as instituições mais antigas. Adicionalmente, esse processo fortaleceu a ABRASCO, permitindo que ela deixasse de ser uma Associação constituída por agentes do Rio de Janeiro, de São Paulo e da Bahia para se tornar, efetivamente, uma entidade nacional (BARATA, 2021; BOSI, 2021). Desse modo, conforme Barata (2021), o desafio para a ABRASCO passa a ser a compatibilização da diversidade, que advém das instituições mais jovens no campo, sem se fragmentar, pois uma entidade que pretende exercer o papel de porta-voz em diversos espaços necessita de uma certa unidade como corpo político.

No entanto, para Costa (2021), a disputa entre as instituições sempre teve como cenário a disputa por espaços e por recursos escassos. Empregando as categorias de Bourdieu, pode-se dizer que, de acordo com essa percepção, as disputas giram em torno de dois tipos de capital simbólico: capital político e capital financeiro. Contudo, como o capital político permite a acumulação de capital financeiro, e o inverso também ocorre, apesar de suas dinâmicas próprias, elas se atravessam e se alimentam.

Nesse sentido, Campos (2021) e Facchini (2021) alertam para os desequilíbrios entre os diferentes agentes institucionais. Segundo os dois ex-presidentes da Associação, as instituições de maior prestígio devem ser valorizadas pelo seu histórico. Todavia, isto não pode significar que os espaços institucionais do campo, incluindo as representações na ABRASCO, devam ser ocupados apenas pelas instituições já consolidadas, impedindo a participação de instituições mais jovens ou emergentes.

Souza (2021) também reconhece a existência de instituições com maior poder, com maior capacidade de influenciar as decisões da ABRASCO. Porém, para ele, essa hierarquia não tem impedido a expressão de instituições mais novas ou com menos reconhecimento no campo. Na sua avaliação, as gestões da entidade se esforçaram para receber essas instituições, sair do eixo Rio-São Paulo, incluir representações da região Norte e acolher os cursos de graduação em Saúde Coletiva.

Na opinião de Silva (2021), o equilíbrio entre as instituições e seus respectivos departamentos, pós-graduações, institutos, faculdades e escolas tem determinado a dinâmica do campo, mais do que a disputa entre as três áreas. A esse respeito, inclusive, ele acrescenta que a redução da concentração regional não ocorre de modo aleatório e, de certa maneira, tende a reiterar a posição hegemônica de determinadas instituições. Segundo Silva, com frequência, a maior presença da região Nordeste em espaços da ABRASCO e da Saúde Coletiva tem sido por meio da participação do ISC/UFBA, reforçando seu protagonismo e sua liderança no campo.

Analisando a área de PP&G, Levcovitz (2021) identifica movimentos de rearranjos ao longo da história da ABRASCO. Por um lado, ele destaca a mudança do ISC/UFBA para uma posição de destaque, mas, por outro, considera que instituições que foram protagonistas na formação do campo perderam relevância ao longo do tempo, como a FMRP/USP e a FCMSCSP, que permanece com presença marcante na Epidemiologia. Em outros casos, como o DMP/FM/USP e o IMS/UERJ, houve pouca renovação de quadros. No DSC/FCM/UNICAMP, houve renovação de lideranças, apesar da perda de figuras de destaque. Ainda segundo Levcovitz, a FSP/USP foi mudando de perfil e, com isso, deixou de ser dominada pelos antigos sanitaristas e se aproximou da ABRASCO. Com o tempo, outras instituições também se destacaram, como o IESC/UFRJ e a EPM/UNIFESP.

Entretanto, as disputas entre as instituições não são percebidas de forma negativa, mas como algo que faz parte da dinâmica do campo. Assim, essas tensões existem e continuarão existindo, como sinalizam Facchini (2021), Miranda (2021), Souza (2021) e Veras (2021). As disputas de visões, para Veras (2021), desde que se assegure espaço de debate franco e aberto,

não são consideradas motivos de preocupação. Todavia, na opinião de Miranda (2021), às vezes, os conflitos não se dão a partir de divergências mais substanciais. Desse modo, aponta-se a importância de analisar e ter atenção com os rumos dessas disputas.

Há, ainda, ponderações do quanto as disputas são entre instituições ou de caráter pessoal. Gerhardt (2021) ressalta que as instituições estão representadas por pessoas nos espaços da ABRASCO, assim, são esses representantes que carregam as instituições. De modo complementar, para ela, também há uma diferença geracional que, às vezes, é interpretada como questão institucional, pois agentes institucionais mais jovens no campo são, frequentemente, representados por pessoas mais jovens, enquanto instituições consolidadas e mais reconhecidas tendem a ter representantes mais experientes. Levcovitz (2021) também acredita que as tensões são mais pessoais do que institucionais, especialmente nas Comissões, pois a representatividade institucional desses indicados, em geral, é baixa. Contudo, ele avalia que na composição da Diretoria os conflitos institucionais podem ser sentidos de forma mais explícita.

Para reverter a tendência concentradora de capital político nas instituições de maior prestígio, a formação de espaços que incluam o conjunto de instituições do campo, como o Fórum de Coordenadores dos PPGs em Saúde Coletiva, é percebida como uma estratégia bem sucedida. Na avaliação de Costa (2021), esse Fórum conseguiu se estabelecer como um espaço de diálogo, debate e intercâmbio, permitindo o amadurecimento de uma estratégia que, progressivamente, reduziu a participação relativa das instituições das regiões Sul e Sudeste na pós-graduação *stricto sensu*, ainda que isso não tenha ocorrido de forma homogênea nos programas acadêmicos e nos cursos de Doutorado, como apontado na seção 4.2.2.

Conforme já mencionado na seção 5.5, tanto no processo de reorganização da Comissão de Política, Planejamento e Gestão quanto em debates sobre a composição da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, percebia-se a busca de representatividade, com base em uma composição que garantisse a presença de instituições de referência para cada área. Ademais, especialmente na Comissão de CSHS, levava-se em consideração o reconhecimento dos novos membros na área, o que limitava o universo de “elegíveis, principalmente de instituições emergentes. Esse padrão de renovação viria a ser quebrado em 2013, como também já foi tratado nesta pesquisa.

A regulamentação dos organismos que compõem a estrutura da ABRASCO, introduzida na reforma institucional, buscou institucionalizar mecanismos de renovação de Comissões e Grupos Temáticos. Para além desse aspecto mais perceptível, tratava-se de assegurar uma renovação regular da Associação que acompanhasse o crescimento do campo e enfrentasse a perpetuação de quadros (COSTA, 2021; SOUZA, 2021). De acordo com Facchini (2021), o

objetivo era promover renovação, mas preservando a história e a memória. Para isso, ainda segundo Facchini, foi necessário enfrentar resistências, mas conforme o processo foi avançando, a aceitação aumentou.

Para Souza (2021), ainda que a mudança das composições das Comissões tenha trazido prejuízos ao seu dinamismo, a representação institucional fortalece as bases da ABRASCO, pois amplia a sua legitimidade ao envolver as instituições que constituem o campo. Segundo ele, esse ganho compensa, pois a rapidez para se chegar ao consenso na composição anterior não refletia a pluralidade da Associação.

No entanto, o processo de renovação não ocorre sem obstáculos. Por um lado, o fato de um novo membro não ter a memória de determinadas tensões e disputas em uma Comissão ou em um GT pode favorecer a superação dessas dinâmicas instituídas, mas, por outro, conforme relata Gerhardt (2021), esse ingresso pode ser acompanhado de desconfiança em vez de acolhimento.

De modo semelhante, Miranda (2021) percebe que novos agentes, individuais ou institucionais, enfrentam uma dificuldade adicional, pois quando chegam no campo, o território está ocupado. Dessa maneira, ele considera que uma renovação substantiva necessita promover uma mediação entre quem já está naquele organismo e quem está chegando.

Entretanto, a renovação nas composições da Diretoria, do Conselho, das Comissões e dos Grupos Temático da ABRASCO é uma parte, ainda que relevante, de um desafio maior: a renovação do próprio campo. Referindo-se à área de PP&G, Levcovitz (2021) avalia que essa área disciplinar forma muitas pessoas, mas são poucas as que se incorporam ao núcleo de referência da área, no núcleo que forma pensamento. Para ele, atualmente, esse grupo contaria com cerca de 50 pessoas. No entanto, trata-se de um núcleo que envelheceu, pois houve uma baixa renovação ao longo dos anos.

Evidentemente, não é possível chegar a conclusões com base em apenas uma percepção. Todavia, esse apontamento parece abordar um problema que é frequentemente mencionado, mas ao analisar a questão por outro ângulo, indica a existência de outros aspectos que não costumam ser considerados. Miranda (2021) sinaliza que agentes mais jovens podem ser sugeridos para compor uma Comissão, mas, dificilmente, estarão na programação de um congresso. Dessa maneira, a baixa renovação nas programações dos congressos pode ser uma expressão da questão levantada por Levcovitz, em vez de ser única e exclusivamente sinal de uma dinâmica pouco permeável e avessa à renovação.

Compreendendo a complexidade do processo de renovação na produção de pensamento e os possíveis impactos que podem advir da sua ausência, entende-se que a oxigenação das

estruturas da ABRASCO deve estar inserida e contribuir para a renovação mais ampla do campo. Desse modo, entende-se que a superação de eventuais dificuldades sobre esse tema, caso ainda persistam no interior da entidade, devem estar entre os desafios institucionais da ABRASCO.

5.8 ESPAÇOS DE TENSÕES, CONFLITOS E CONSTRUÇÕES DE CONSENSOS

Com o desenvolvimento da pesquisa, foi possível perceber a relevância que os Congressos, os Fóruns e as Comissões da ABRASCO ocupam na produção de tensões, conflitos e consensos no interior da Associação, inclusive, com repercussões para o conjunto do campo. Dessa maneira, nesta seção, serão abordados cada um desses espaços, buscando compreender suas especificidades e as contribuições específicas para a dinâmica da entidade.

Com base nos depoimentos de diferentes participantes da pesquisa (BOING, 2021; GERHARDT, 2021; SILVA, 2021; SOUZA, 2021), pode-se dizer que os congressos da ABRASCO têm sido um importante espaço para entrar em contato com a Associação e, até mesmo, com o campo da Saúde Coletiva. Em alguns casos (BOING, 2021; GERHARDT, 2021; SILVA, 2021), o processo de organização dos congressos provocou uma maior proximidade com a entidade e, em seguida, uma atuação mais orgânica.

Além dessas marcas de iniciação, a organização desses eventos também é associada a disputas, tensões e conflitos. Miranda (2021) considera que nesses processos todas as contradições do campo se manifestam, inclusive, entre lideranças do campo. Silva (2021) relata estranhamento ao perceber os diferentes perfis que compõem as comissões de um congresso e, principalmente, as disputas por vaidades. Boing (2021), por sua vez, entende que o congresso é um espaço de disputa, inclusive de disputa de vaidades e de egos, mas o trabalho da Comissão Científica minimizou esse tipo de conflito.

Todavia, os conflitos não se restringem ao âmbito da Comissão Científica. Também foram sinalizadas tensões referentes à organização de congressos tanto com a Secretaria Executiva (MIRANDA, 2021) quanto com a Presidência da ABRASCO (VERAS, 2021).

Entende-se que todas essas expressões ocorrem pela visibilidade que esses eventos foram adquirindo ao longo do tempo, tornando-se um espaço de reconhecimento no campo e, portanto, de acumulação de capital simbólico. Assim, a importância não é somente porque os congressos reúnem grandes audiências, mas principalmente pelo significado que esses eventos possuem tanto para os agentes individualmente quanto para o campo em seu conjunto. Para compreender esses significados, deve-se levar em consideração os investimentos que os diferentes agentes do campo realizam nesse processo, participando como membro de Comissão

Científica, convidado, autor e apresentador de trabalho ou congressista. Em cada posição, há um tipo de investimento específico e, conseqüentemente, expectativas de retornos igualmente distintas.

Percebendo quais agentes estão envolvidos e os investimentos em jogo, é possível atribuir outros significados para essas disputas, para além de uma percepção imediata de vaidades, ainda que elas estejam presentes e sejam relevantes. É nessa chave de interpretação que este trabalho percebe os diferentes conflitos produzidos durante a organização de um congresso, como as disputas por espaço na programação, tanto em termos de nomes, como de instituições ou de temas. Ademais, se há conflitos durante a preparação de um evento, a realização de um congresso pode ser interpretada como expressão de um determinado equilíbrio entre as partes envolvidas com mais ou menos dissensos e consensos.

Antes de passar à análise dos Fóruns da ABRASCO, cabe um comentário preliminar. Inicialmente, a pesquisa não pretendia se ocupar dos Fóruns, entretanto, durante as entrevistas, o Fórum de Coordenadores dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva foi muito valorizado. Os comentários sobre o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC) foram mais pontuais, e o Fórum de Editores de Saúde Coletiva não foi mencionado, apesar das referências à política editorial e ao lugar dos periódicos no campo. Dessa maneira, o Fórum de Editores não será analisado, sendo uma lacuna deste trabalho, pois a pesquisa não dispunha do tempo necessário para supri-la adequadamente.

Em 1997, quando Cecília Minayo presidia a ABRASCO e Maurício Barreto representava a área da Saúde Coletiva na CAPES, foi criado o Fórum de Coordenadores de Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva, no âmbito da Associação. Naquele momento, a área contava com 21 programas reconhecidos e atravessava um momento de expansão.

De acordo com Costa (2021), na fase inicial, o Fórum foi importante não somente pela discussão da avaliação dos PPGs pela CAPES, mas principalmente pela situação dos programas, incluindo aspectos como perfil do corpo docente e recursos financeiros. Ademais, constituiu-se como um espaço para articulações em situações de embate junto à CAPES e ao CNPq, assim como para interlocuções com o Comitê de Assessoramento da área no CNPq e a Coordenação da CAPES. Com isso, na opinião de Barata (2021), a Saúde Coletiva construiu uma tradição de reunir os coordenadores dos programas, debater e fazer mediações entre a agência e a área.

Até 2007, quando a área já tinha 34 programas acadêmicos e oito profissionais, era o próprio representante da área na CAPES que mobilizava as reuniões com os programas. Na gestão de José da Rocha Carvalheiro na Presidência da ABRASCO, o Fórum passou a contar

com uma coordenação própria, eleita entre os coordenadores dos PPGs. As primeiras coordenadoras foram Maria Lúcia Bosi, da UFC (Universidade Federal do Ceará), e Hillegonda Maria Dutilh Novaes, do DMP/FM/USP.

Segundo Barata (2021), essa mudança solucionou um problema, pois o coordenador da área precisa fazer a mediação entre os PPGs e a CAPES e, dessa maneira, ele não deveria coordenar o Fórum também. Com a instituição da coordenação do Fórum, o coordenador da área na CAPES passou a participar do Fórum na condição de convidado. Na avaliação de Barata (2021), essa forma de organização facilitou a articulação, a partir do espaço do Fórum, de iniciativas cooperativas.

Essa é uma avaliação compartilhada por Bosi (2021), que pontua uma inflexão na dinâmica do Fórum. Para ela, antes da instituição da coordenação do Fórum, tratava-se de um espaço muito conflitivo, e o diálogo entre a representação na CAPES e o Fórum era marcado pela tensão. Adicionalmente, havia pouca solidariedade entre os programas. A partir da gestão de Rita Barradas Barata, na coordenação de área da CAPES, teve início uma aliança para tratar das dificuldades do programa, das especificidades do programa e da articulação para aprovar o Qualis Livros. Bosi lembra que no espaço do Fórum foram realizadas pactuações muito importantes sobre abertura de novos programas e critérios de avaliação. Ela ressalta que não eram consensos, mas mediações definidas por ela como “consensos possíveis”.

Com o passar do tempo, foi se consolidando uma caracterização do Fórum como, sobretudo, espaço de construção de consensos e, ainda, de socialização, de vocalização, de diálogo com a coordenação da área na CAPES e de reflexão sobre a Saúde Coletiva (ABRASCO, 2008a; BOSI, 2021; GOLDBAUM, 2003). Ele foi ganhando destaque na atuação da Associação por essas características, mas também pela sua representatividade e capilaridade, que estão associadas, em primeiro lugar, ao fato de todos os PPGs em Saúde Coletiva participarem do Fórum e, em segundo lugar, ao papel desempenhado pelos coordenadores dos PPGs como porta-vozes institucionais (BOSI, 2021; FACCHINI, 2021; LEVCOVITZ, 2021).

De acordo com Veras (2021), o Fórum tem permitido à ABRASCO estar em sintonia com o crescimento da pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva e a expansão do campo que ela proporciona. Ao mesmo tempo, ainda segundo Veras, o Fórum possibilita tanto a revelação da diversidade que compõe o campo quanto a construção de uma identidade do que constitui um programa da área, nesse caso, reforçados pelos processos de avaliação dos PPGs.

Durante a sua gestão na Presidência da Associação, Campos (2021) considera que, no primeiro ano do seu mandato, a agenda do Fórum estava concentrada nos temas relacionados à avaliação dos PPGs, como ficha de avaliação e indicadores, sem se ocupar da discussão sobre

Ciência & Tecnologia, formação docente e pedagógica. Para Campos, a agenda foi mudando nesse período, mas como resultado de debates com a Coordenação do Fórum, inclusive com a sua participação direta.

Referindo-se ao mesmo período, Bosi (2021) pondera que a discussão macropolítica, com frequência, conduz à uma idealidade que leva o Fórum a se perder. Enquanto isso, na sua opinião, existem mecanismos na micropolítica do campo que talvez atendam de forma mais adequada as demandas da área do que as discussões sobre os temas mais gerais.

Durante o debate sobre o regimento interno da ABRASCO, na Assembleia realizada em 2013, no Rio de Janeiro, ficou evidente diferenças sobre a relação do Fórum com a Associação. Na ocasião, a proposta apresentada pela Diretoria da entidade indicava que os programas participantes do Fórum deveriam ser associados institucionais da ABRASCO.

Barata (2021) concorda com essa obrigatoriedade e não vê motivos para um PPG que faz parte do Fórum não se associar à entidade, pois o seu desenvolvimento se beneficia dessa participação. Ademais, ela compreende que o Fórum é um mecanismo de participação da ABRASCO, que abriga debates sobre políticas da Associação, por exemplo, sobre formação de novos pesquisadores e docentes. Facchini (2021) compartilha dessa visão e avalia que o momento de afastamento foi superado, pois as coordenações dos PPGs reconhecem que o Fórum se privilegia por estar no interior da ABRASCO.

Veras (2021) considera que atualmente essa relação se encontra mais bem resolvida, entretanto, foi objeto de alguma tensão. Ela reconhece o pertencimento do Fórum à ABRASCO, mas defende o acolhimento amplo e irrestrito e questiona a obrigatoriedade da associação dos PPGs. Assim, na sua opinião, a adesão dos PPGs à entidade deve ser conquistada no processo, em vez de resultar de uma limitação. Veras destaca que se trata de uma visão e entende que ambas pretendem fortalecer a Saúde Coletiva, mas por caminhos distintos. Dessa maneira, ela não percebe a existência de um antagonismo, pois inexistente a percepção de que a outra visão é para destruir a ABRASCO.

Quando houve a discussão sobre o regimento interno, em 2013, essa tensão não se limitou ao Fórum de Coordenadores de Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva e incluiu o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva. Na Assembleia, Laura Macruz Feuerwerker, referindo-se ao FGSC, argumentou que a obrigatoriedade de ser associado adimplente seria contraproducente, pois era um espaço aberto. Essa posição, também defendida por Maria Amélia Veras, prevaleceu, e a obrigatoriedade não foi incluída no regimento interno da entidade (ABRASCO, 2013b).

O FGSC foi constituído em 2010 e lançado durante o 1.º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde, em Salvador. Conforme já exposto, tratava-se de um momento de expansão dos bacharelados em Saúde Coletiva, que passou de um curso, em 2007, para 13, em 2010, e 20, em 2013. A primeira coordenação do FGSC foi composta por Eduardo Mota (ISC/UFBA), Ricardo Ceccim (UFRGS) e Roberto Medronho (IESC/UFRJ), além de representantes discentes.

Na avaliação da Diretoria da ABRASCO, o FGSC necessitaria enfrentar desafios pedagógicos (abordagens pedagógicas inovadoras, propostas curriculares, Diretrizes Curriculares Nacionais, ênfases, denominações, terminalidades dos cursos), institucionais (infraestrutura: área física, equipamentos e insumos; corpo docente e administrativo; campo de estágio) e a questão da profissionalização (ABRASCO, 2010f).

Bosi (2021) considera que a pós-graduação tem muito amparo na ABRASCO, assim como as questões das áreas disciplinares, representadas pelas Comissões, e as pautas temáticas, protagonizadas pelos GTs. Contudo, ela não percebe esse mesmo amparo para a graduação.

Talvez, essa fragilidade seja explicada, ao menos parcialmente, por dificuldades como a identificada na memória da reunião da Diretoria da ABRASCO, de agosto de 2013. Três anos após a sua constituição, relatava-se a existência de tensões entre o FGSC e o GT Trabalho e Educação na Saúde, sendo necessária a mediação da Diretoria da entidade. Conforme consta no registro da reunião, tratava-se de tensões produzidas pela concorrência entre FGSC e GT (ABRASCO, 2013d). Deve-se registrar, ainda, que em 2007, três anos antes da formação do FGSC, alguns agentes que estiveram envolvidos na constituição desse Fórum propuseram a criação do GT Ensino e Formação da ABRASCO (ABRASCO, 2007a). Como a Associação já contava com o GT Recursos Humanos e Profissões, caminhou-se para o alargamento do escopo deste, passando a se chamar GT Trabalho e Educação na Saúde e incorporando em sua composição proponentes do GT Ensino e Formação.

Portanto, a graduação em Saúde Coletiva era alvo de uma disputa por ser objeto de interesse de diferentes organismos da ABRASCO e, também, de grupos de associados com diferentes visões e concepções sobre o tema da formação em Saúde Coletiva.

A respeito das Comissões da ABRASCO, inicialmente, serão apresentadas observações sobre a relação entre elas e, em seguida, comentários acerca de cada Comissão.

O diálogo cotidiano entre as Comissões é considerado muito baixo ou, até mesmo, inexistente, como explicitam Levcovitz (2021) e Veras (2021). Essa interação tão fraca pode ser explicada, segundo Levcovitz (2021), pelas diferenças de caminhos epistemológicos, de métodos e temas de interesses de cada área disciplinar.

Além de alguma situação pontual, a exceção, para Veras (2021), estaria no processo de organização do “Abrascão”, conforme mencionado na seção 5.2. De modo convergente, Miranda (2021) considera que a relação da Comissão de PP&G com a Comissão de Epidemiologia não foi marcada por tensões ou divergências, mas por um distanciamento que não é recente.

A percepção de Veras também é reforçada por Gerhardt (2021) e Silva (2021), mas a partir de outras perspectivas. Gerhardt relata não ter sentido dificuldade com a Comissão de Epidemiologia, mas um contato limitado e que não teve continuidade. Silva também faz referência a ocasiões específicas de diálogo com a Comissão de Epidemiologia: a demanda da Comissão de CSHS de realizar uma atividade no Congresso de Epidemiologia e o debate sobre a graduação em Saúde Coletiva.

Na avaliação de Gerhardt (2021), cada Comissão, como representante de uma área, vai estabelecendo argumentos que evidenciam os erros ou as limitações da outra área, o que cria obstáculos para o diálogo. Para ela, muitas vezes, são apontamentos unilaterais, pois não se observa a mesma reflexão crítica sobre as limitações da sua própria área.

Gerhardt (2021) e Miranda (2021) concordam sobre uma relação mais estreita entre as Comissões de CSHS e PPGS. Para Gerhardt, isso se deve ao fato de as duas áreas trabalharem com referenciais teóricos e metodológicos semelhantes e, na sua opinião, as áreas não deveriam ser separadas. Tanto Gerhardt quanto Miranda valorizaram a proximidade e a boa relação pessoal como elemento facilitador de diálogos e articulações. Cabe destacar que eles coordenaram as Comissões de CSHS e PP&G no mesmo período e pertencem à mesma instituição, o DSC/EE/UFRGS.

Por sua vez, Silva (2021) indicou um padrão de relação com a Comissão de PP&G semelhante ao estabelecido com a Comissão de Epidemiologia, isto é, algo mais circunstancial, a partir de uma agenda comum. De acordo com ele, as Comissões de CSHS e PP&G organizaram em conjunto um evento para discutir questões relacionadas à avaliação da produção científica, tendo em vista as críticas das duas áreas ao padrão hegemônico de avaliação.

No entanto, a relação entre CSHS e PP&G também é marcada por afastamentos. De acordo com o registro de uma oficina da Comissão de CSHS, realizada em 2009, a Comissão de PP&G propôs a organização do primeiro congresso da área em conjunto com o 6.º Congresso de CSHS, que estava previsto para acontecer em 2010, em Belo Horizonte. Todavia, a Comissão de CSHS decidiu recusar a proposta, ressaltando a importância de realização de um

evento exclusivo da área e, como alternativa, sugeriu à Comissão de PP&G a apresentação de uma proposta de GT para o Congresso de CSHS (ABRASCO, 2009).

Conforme já abordado, o 1.º Congresso de PP&G ocorreu em 2010, em Salvador, motivado pela possibilidade de debater a política de saúde brasileira no contexto da campanha para as eleições presidenciais de 2010 (ABRASCO, 2010d). Por sua vez, o 6.º Congresso de CSHS aconteceu em 2011, em São Paulo.

Mesmo considerando as identidades teóricas e metodológicas das áreas de CSHS e PPGS, assim como a convergência em disputas do campo, acredita-se que, no período em questão, a proximidade pessoal acabou sendo mais determinante para o desenvolvimento de ações conjuntas. Avalia-se, ainda, que a inexistência de uma agenda clara das áreas de CSHS e PP&G limita o estabelecimento de diálogos e aproximações mais densas e duradouras, inclusive destas com a Epidemiologia.

Essa lacuna tem ficado evidente nas discussões sobre os planos diretores de cada área disciplinar. Considerando os planos analisados (ABRASCO, 1995, 1997, 2000, 2005, 2013e, 2017), avalia-se que o plano diretor sintetiza e registra um conjunto de reflexões sobre uma série de temas e questões relevantes para o desenvolvimento da área disciplinar e do próprio campo. Adicionalmente, ele comunica para o conjunto dos agentes do campo tanto as análises que fundamentam o documento quanto os objetivos estabelecidos para um determinado período de tempo. Portanto, é possível afirmar que a capacidade de elaborar (e atualizar) um plano diretor, assim como sua consistência, representatividade e seu grau de implementação, revela, por um lado, a maturidade epistêmica, política e institucional de uma área disciplinar e, por outro, a aptidão de uma Comissão em refletir sobre os desafios que se colocam para o desenvolvimento da área disciplinar, pactuar com os agentes envolvidos nas disputas específicas da área e ser reconhecida como uma referência acadêmica e política por esses agentes.

A elaboração do Primeiro Plano Diretor das Ciências Sociais em Saúde foi uma iniciativa da Comissão de Ciências Sociais em Saúde dessa área, em resposta à solicitação da Diretoria da Associação, que tinha o objetivo de proporcionar o desenvolvimento da área disciplinar. Para tanto, o Plano continha um diagnóstico sobre o que considerava os principais problemas e um conjunto de recomendações para enfrentá-los (ABRASCO, 1997). Entretanto, observa-se que as recomendações do documento, em geral, eram pouco específicas e não sinalizavam qual seria o tipo de atuação da Comissão. Não por acaso, em 2011, no debate sobre o Plano Diretor da área durante a Oficina da Comissão de CSHS, apontando a baixa implementação das recomendações, foi destacado o caráter virtual dos planos diretores da área

(ABRASCO, 2011e). Nas demais edições do Plano Diretor de CSHS analisadas (ABRASCO, 2013e, 2017), identifica-se mudanças na estrutura de apresentação do diagnóstico e contextualização, contudo, as ações previstas permaneceram com as mesmas características do Plano de 1997.

Contudo, ao mesmo tempo, a avaliação da Comissão de CSHS apontava alguns avanços em relação às metas e objetivos traçados no último Plano da área. Naquele momento, considerava-se que as perspectivas para a avaliação da produção da área de CSHS eram mais favoráveis, a Comissão agregava maior diversidade disciplinar e regional, além de registrar a realização de eventos exitosos em São Paulo e Fortaleza (ABRASCO, 2011e).

Também merece destaque a avaliação de dificuldades no funcionamento da Comissão de CSHS durante a década de 2000, mas a realização do 4.º Congresso de CSHS, em 2007, conseguiu renovar a dinâmica da Comissão. Nesse momento de renovação, de acordo com a avaliação da coordenação da Comissão, a sua composição passou a ser mais representativa e diversa, tanto do ponto de vista institucional quanto regional. Todavia, a mobilização da Comissão continuava a acontecer, basicamente, em função da preparação dos congressos da área (ABRASCO, 2010d).

De acordo com o Plano Diretor 2017-2019, a Comissão se tornou mais inclusiva na passagem dos anos 2000, quando deixou de se restringir à Sociologia, Ciência Política e Antropologia, as chamadas Ciências Sociais (ABRASCO, 2017). Para Silva (2021), a mudança de nome de Comissão de Ciências Sociais em Saúde para Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde significou um marco no reconhecimento interdisciplinar da Comissão e da área.

Gerhardt (2021) também destaca a ampliação da diversidade na Comissão, mas do ponto de vista regional. A sua gestão como coordenadora da Comissão de CSHS, entre 2013 e 2016, foi a primeira a contar com a composição ampliada, com representantes indicados pelos associados institucionais da ABRASCO. Além disso, a própria Comissão optou por um núcleo de coordenação também expandido, formado por um integrante de cada uma das quatro regiões do país presentes na Comissão. Ainda segundo Gerhardt, esse alargamento também permitiu diversificar os perfis em termos de formação e de atuação e, com isso, o perfil da coordenação ficou mais próximo ao perfil do conjunto da área.

Um aspecto destacado por Silva (2021) foi a tensão presente na Comissão. No período em que esteve na coordenação da Comissão, entre 2016 e 2019, ele observou dificuldade de estabelecer nas atividades do grupo uma dinâmica agregadora, atestando a dificuldade de concatenar tantos interesses diferentes em um grupo tão diverso. No entanto, apoiando-se no

pensamento do sociólogo alemão Georg Simmel sobre o conflito, Silva afirma ter aprendido na Comissão de CSHS que o conflito gera vida social.

Sem precisar o momento, Costa (2021) destaca um movimento discreto de se constituir uma associação de epidemiologia, independente da ABRASCO. Segundo ele, essa iniciativa era discutida por um grupo de epidemiologistas que trabalhavam com metodologias mais validadas, objetos mais circunscritos e eram mais reconhecidos pelas agências de fomento, por exemplo, e, ao mesmo tempo, não reconheciam um estatuto de cientificidade em trabalhos das áreas de Ciências Sociais, Planejamento e, particularmente, Políticas. Então, de acordo com Costa, avaliavam que as fragilidades teórico-conceitual e metodológica da Saúde Coletiva limitavam o desenvolvimento acadêmico da Epidemiologia. Esse movimento, conforme Costa, não foi público, mas algo que aconteceu de maneira discreta nos bastidores do campo. Ele atribui a desmobilização precoce da ideia à atuação de lideranças da área, como José da Rocha Carneiro, Rita Barradas Barata, Moises Goldbaum, Paulo Sabrosa e Maurício Barreto, entre outros.

A análise das versões do Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil (ABRASCO, 1995, 2000, 2005) permite identificar tanto as análises que embasaram uma série de proposições a serem levadas a cabo pela Comissão de Epidemiologia quanto uma agenda clara e objetiva para a área, que inevitavelmente repercutiu na configuração da ABRASCO e do próprio campo da Saúde Coletiva. Nesse sentido, cabe mencionar duas ações previstas no II Plano Diretor. Primeiro, no bojo da discussão sobre ausência de política de Ciência & Tecnologia em Saúde e, em particular, em Saúde Coletiva, o plano sugere a criação da Comissão de C&T da ABRASCO e, ainda, defendia a criação de uma revista de epidemiologia diante da necessidade de ampliar a divulgação dos artigos produzidos pela área (ABRASCO, 1995).

Apesar do significado de ações como essas, entende-se que a continuidade do processo de elaboração, revisão, atualização e implementação do Plano Diretor da área criou as condições que favoreceram a articulação entre grupos de ensino e pesquisa e, ao mesmo tempo, a apresentação ao MS de uma proposta de atribuições de um órgão central de epidemiologia no SUS (ABRASCO, 2003b). A experiência acumulada institucionalmente pela Comissão de Epidemiologia contribuiu para o desenvolvimento do ensino e pesquisa tanto nas instituições acadêmicas quanto nas ações no sistema de saúde e, mais do que isso, promoveu uma articulação em que o desenvolvimento de uma parte contribuía para o desenvolvimento da outra.

Na mesma direção, Barata (2021) compreende que a Comissão de Epidemiologia foi o principal ator institucional no diálogo com a burocracia do Estado para a constituição das estruturas e institucionalização da Epidemiologia no MS e no SUS, portanto. Reforçando essa leitura, Costa (2021) considera emblemática a concepção de o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) ter surgido na Comissão de Epidemiologia. Ele identifica esse momento como o início de uma grande organização das instituições acadêmicas, de ofertas de cursos de atualização e especialização para os serviços de saúde.

Barata (2021) e Veras (2021) avaliam negativamente a dinâmica da Comissão de Epidemiologia a partir das indicações dos associados institucionais. Barata e Veras julgam que a Comissão perdeu agilidade e se tornou inoperante, pois não é possível reunir todos os membros com a ampliação da composição. Veras ainda acrescenta que o número de membros que efetivamente acompanham as atividades da Comissão acaba sendo bem reduzido.

Dessa maneira, Barata (2021) avalia que, atualmente, a Comissão de Epidemiologia não conseguiria desempenhar esse papel. Assim, Barata considera ser necessário identificar formas de funcionamento que preservem o princípio democrático, mas sejam operativas. Se isso não ocorrer, ainda segundo Barata, a tendência é sobrecarregar a Diretoria da entidade, não alcançando o objetivo buscado de um funcionamento mais inclusivo. A tendência de concentração das decisões na Diretoria, na opinião de Barata, deve-se à falta de agilidade da Comissão, por um lado, e à necessidade da Diretoria de não deixar a Associação sem posicionamentos sobre os temas da agenda política e científica do campo, por outro.

Boing (2021) e Veras (2021) concordam sobre a necessidade de uma atuação mais orgânica na Comissão de Epidemiologia. Entretanto, mesmo avaliando que a Comissão perdeu dinamismo com tantos membros, de acordo com Veras, essa carência já era identificada há mais tempo e, antes mesmo da expansão da composição, já se desejava que a atuação da Comissão não ficasse restrita à organização dos Congressos de Epidemiologia. Convergindo com essa percepção, Boing avalia que o funcionamento das Comissões da ABRASCO não deveria ser tão orientado pelos respectivos congressos, pois, apesar da sua importância, não devem ser a única forma de amalgamar as Comissões. Inclusive, Veras recorda que a necessidade de atualização do Plano Diretor da área vem sendo apontada no interior da Comissão de Epidemiologia, ao menos, desde 2013.

Ademais, Boing percebe a necessidade de construir um entendimento que estimule a autonomia e a iniciativa dos membros da Comissão, pois ele avalia que a maior parte dos integrantes assume uma postura passiva e, se não há alguém conduzindo o grupo, os membros

não se articulam e as ações não são postas em prática. Assim, ele entende que deve ser desenvolvido o protagonismo coletivo na construção da Associação e de suas Comissões.

Em relação à Comissão de Política, Planejamento e Gestão da Saúde, de acordo com Levcovitz (2021), na primeira metade da década de 1980, durante o período de consolidação da Saúde Coletiva, com os primeiros estudos sobre cursos de Saúde Coletiva e sobre as características das áreas disciplinares, pesquisadores da área de planejamento começaram a criar certa identidade e iniciaram intercâmbio de natureza acadêmica.

Nesse momento, estavam terminando os grandes projetos de pesquisa financiados pela FINEP (conforme já comentado, eram três projetos, sendo um de apoio ao PPG do IMS/UERJ e dois na ENSP/FIOCRUZ, o PESES e o PEPPE). Com o término desses projetos, houve uma “diáspora” dos grupos de pesquisa e, em consequência, os grandes grupos acabaram, pois seus integrantes conseguiram empregos em diferentes instituições (LEVCOVITZ, 2021).

Esse cenário de dispersão interrompeu uma consolidação que se iniciava na área de Planejamento e Administração. A criação da Comissão de Políticas de Saúde, em 1986, qualificou a atuação da ABRASCO durante a Assembleia Nacional Constituinte (TEIXEIRA; SÁ, 1996). No entanto, essa Comissão também se desarticulou no início da década de 1990. Como já mencionado, a partir de 1996 tem início um processo de rearticulação da área que resultaria na reorganização da Comissão, em 2001, sob a denominação Política, Planejamento e Gestão da Saúde.

Referindo-se ao período em que foi coordenador da Comissão, entre 2014 e 2017, Miranda (2021) identifica uma dificuldade de formulação política no espaço da Comissão de PP&G, restringindo-se ao debate conjuntural. Essa limitação, segundo Miranda, dirigia a Comissão para uma postura reativa, pautada nas denúncias das ações governamentais. Para ele, além da crítica, cabia à Comissão analisar com maior profundidade e apresentar alternativas para a disputa de projetos políticos na sociedade, assumindo, portanto, uma postura política proativa.

Levcovitz (2021) informa que, ao assumir a coordenação da Comissão, em 2017, a intenção original era recuperar a identidade da Política e do Planejamento. Para ele, a identidade da área vinha se diluindo muito, perdendo a ênfase na macro política. O meio pensado para isso era preparar um Plano Diretor que delimitaria os contornos da identidade da área. Como Levcovitz enfatizou, mesmo que fosse uma identidade plural, mas com especificidades dentro da pluralidade.

A inspiração para esse Plano Diretor era os Planos da área de Epidemiologia. Contudo, Levcovitz (2021) destaca que existe uma diferença fundamental entre as duas áreas. Enquanto a Epidemiologia recebeu um grande incentivo do CENEPI, pois havia uma convergência entre

os interesses do CENEPI e da Comissão de Epidemiologia da ABRASCO, na área de PP&G nunca houve esse tipo de estímulo e de apoio.

No entanto, com o passar do tempo e as manifestações das diferenças, foi ficando nítida a inviabilidade da elaboração do Plano, pois, de acordo com Levcovitz (2021), a mínima definição do escopo da pluralidade acabaria desagregando a Comissão. Como exemplo, ele cita a margem de fronteira com as Ciências Sociais e Humanas. Dessa maneira, na sua avaliação, ficou evidente a dissociação entre o que se pretendia na eleição da comissão e o caminho da área de PP&G. Diante desse cenário, Levcovitz considera que atualmente a área se caracteriza por uma pluralidade sem singularidades.

Essa percepção é reforçada pelo esvaziamento da Comissão. Levcovitz (2021) avalia que, após o 3.º Congresso de PP&G, em 2017, a Comissão ficou reduzida a cerca de 10 membros, atravessou a gestão com dificuldades e recuperou o dinamismo quando incorporou membros da Comissão Científica do 4.º Congresso de PP&G. Ainda segundo Levcovitz, essa situação foi agravada tanto pelo fato de uma parte dos associados institucionais nunca terem indicado seus representantes quanto por parte das indicações recebidas serem meramente formais. Ao mesmo tempo, Levcovitz considera que, no período que a Comissão foi coordenada por Ana Luiza d'Ávila Viana, a composição não era ampla, mas a Comissão era extremamente dinâmica.

Como esperado, ainda que com limitações, percebe-se semelhanças e, principalmente, diferenças entre as Comissões, tendo em vista que os problemas de cada estão diretamente relacionados às questões específicas das respectivas áreas disciplinares. No entanto, duas semelhanças e uma diferença merecem ser destacadas, ainda que com brevidade.

A primeira semelhança se refere ao marco que foi a ampliação das composições das Comissões. Entretanto, os impactos em cada Comissão parecem variar e, mesmo em uma Comissão específica, as avaliações das consequências são absolutamente distintas. Dessa maneira, somente se pode afirmar que nenhuma Comissão ficou indiferente.

A segunda semelhança é a centralidade que os congressos das áreas possuem na agenda das Comissões. Apesar dos poucos entrevistados e dos registros escassos, nas três Comissões, verifica-se que a organização dos eventos atrai praticamente toda a atenção do conjunto de membros das Comissões.

Por último, a diferença. Nessa análise, ficou patente a diferença na capacidade de formular Planos Diretores. Aqui, não se trata de apenas redigir o documento, mas o processo de elaboração, análise e atualização do Plano de uma área. Considera-se esse aspecto relevante, pois revela se uma Comissão está em condições ou não de expressar as questões da sua área.

Dessa forma, caberia uma investigação complementar para compreender quais fatores são determinantes para uma maior ou menor propensão de uma Comissão conduzir um processo desse tipo.

Adicionalmente, tendo em vista a centralidade que os congressos ocupam nas agendas das Comissões, uma questão a ser analisada é se os processos de organização e realização dos congressos têm concorrido e, até mesmo, impedido a elaboração de Planos Diretores pelas Comissões. Contudo, aqui não se sugere escolher entre Plano Diretor ou congresso, mas sinalizar a importância de um para outro.

5.9 SUCESSÕES, AUTONOMIA POLÍTICA E PROFISSIONALIZAÇÃO

Nesta última seção, serão abordados três temas. Inicialmente, estarão em foco os processos de transição na Presidência e nas Comissões da ABRASCO no período do estudo. Em seguida, a análise se ocupará da relação da ABRASCO com o Ministério da Saúde e a FIOCRUZ. A discussão da pesquisa será encerrada com os investimentos na profissionalização da gestão e na ampliação da visibilidade da Associação no campo da Saúde Coletiva e, principalmente, fora dele.

5.9.1 Sucessões na Presidência e nas coordenações das Comissões

A primeira gestão que compõe o período analisado pelo estudo foi a presidida por Luiz Augusto Facchini, entre 2009 e 2012. Entretanto, para compreender como se deu a escolha de Facchini para a Presidência da ABRASCO, precisa-se retroceder para o final da gestão 2006-2009, presidida por José da Rocha Carvalheiro.

De acordo com Facchini (2021), essa gestão foi muito importante para a entidade, em um momento de inflexão. Contudo, foi um período com poucas reuniões da Diretoria, até pelas restrições tecnológicas naquele momento para reuniões à distância e os custos para as reuniões presenciais. Então, a Diretoria se reunia antes ou durante os congressos da ABRASCO, mas nesses encontros também havia uma série de limitações como pouco tempo e as próprias demandas do evento. Ao mesmo tempo, Facchini reconhece que, na condição de vice-presidente, sua atuação tinha destaque e, mesmo residindo em Pelotas, estava muito presente na vida da Associação, incluindo a representação da ABRASCO no Conselho Nacional de Saúde.

Em uma reunião da Diretoria para tratar do processo sucessório, segundo Facchini (2021), Carvalheiro indicou o nome de Facchini, que recebeu o apoio imediato de Paulo

Gadelha, também vice-presidente da ABRASCO e presidente da FIOCRUZ, e Álvaro Matida, secretário executivo da entidade. Facchini considera a ABRASCO uma entidade plural e com forte atuação política e muito presidencialista. Dessa maneira, a palavra do presidente que está terminando o mandato tem a maior influência, apesar de não ser a única, na definição do próximo presidente.

Facchini (2021) relata que a indicação realizada por Carvalheiro foi surpreendente, pois naquele momento muitas lideranças do campo estavam em posições de destaque. Todavia, o fato de um vice-presidente assumir a presidência permitia uma maior continuidade das atividades. Assim, segundo Facchini, como a avaliação era positiva, fazia sentido essa continuidade. Além dessa aclamação, ele ressalta que a sua candidatura se consolidou ao longo do tempo, com manifestações de apoio de lideranças do campo e associados atuantes nas Comissões e nos GTs da ABRASCO.

Se a proposta de Carvalheiro para a Presidência foi aceita prontamente, não se pode dizer o mesmo para a formação da chapa. A discussão foi muito acirrada, com muitas idas e vindas, até se chegar na composição final, sinalizando as dificuldades mencionadas durante os debates sobre a reforma institucional da ABRASCO (FACCHINI, 2021).

Durante o seu mandato na Presidência, dois vice-presidentes se destacaram nas atividades da Diretoria da Associação, Luis Eugênio de Souza e Ligia Bahia, do IESC/UFRJ (FACCHINI, 2021). Souza (2021) considera que Facchini teve uma atuação muito destacada, com as reuniões da Diretoria itinerantes e com a participação de Comissões e GTs, resultando no crescimento da Associação. Essa liderança de Facchini foi reconhecida e resultou em um movimento pela sua reeleição, o que demandava uma mudança estatutária e acabou não sendo viável.

Para Souza (2021), a dedicação e o trabalho durante a gestão de Facchini despertaram o interesse em continuar e participar da Associação de forma ainda mais ativa. Assim, Facchini propôs o nome de Souza, que foi bem recebido na Diretoria (FACCHINI, 2021; SOUZA, 2021).

Além da atuação na gestão 2009-2012, contou a favor de Souza o fato de não ser do eixo Rio-São Paulo e, dessa maneira, reforçar a desconcentração da representação regional na entidade. Novamente, os embates e divergências se manifestaram no processo de composição da chapa (FACCHINI, 2021).

Em 2015, existia uma certa expectativa de Ligia Bahia suceder Luis Eugênio de Souza, tendo em vista que ela tinha participado, com destaque, das gestões de Facchini e Souza. No entanto, o presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha, sugeriu a Souza o nome de Gastão Wagner de

Souza Campos (ABRASCO, 2015d; SOUZA, 2021). Por outro lado, Campos (2021) relata ter sido sondado por José Carvalho de Noronha.

Souza (2021) considerava-o um nome reconhecido no campo e, portanto, seria uma demonstração positiva ter alguém como Campos disposto a assumir a Presidência da entidade, mas sinalizou a Campos a possibilidade de Ligia Bahia se candidatar. Ainda de acordo com Souza, após conversa entre os dois, Bahia decidiu apoiar Campos e, com isso, Souza também endossou a candidatura, que unificou os agentes envolvidos no processo eleitoral. Além de Ligia Bahia, conforme consta no registro da reunião da Diretoria da ABRASCO, de março de 2015, antes do nome de Campos ser apresentado, também havia menção a Ary Miranda, da ENSP/FIOCRUZ (ABRASCO, 2015e).

Campos (2021) afirma que, apesar de ter sido indicado para a Presidência, era um *outsider*, pois não conhecia todos os agentes que interferem na composição de chapa, assim como os grupos que buscam representação na Diretoria e no Conselho, como os Grupos Temáticos da Associação. Dessa maneira, Campos contou com a colaboração de Souza para compor a chapa da Diretoria e o Conselho, formada, pela primeira vez, por 11 membros em cada instância (ABRASCO, 2015e; CAMPOS, 2021).

Assim como Souza (2021), Campos (2021) avalia que o processo sucessório na ABRASCO é delicado, pois trata-se de uma busca para construir uma chapa de consenso, e nunca houve uma segunda chapa concorrente. Campos também compartilha a opinião de Facchini sobre a grande influência da Diretoria que está encerrando o mandato, principalmente o presidente, mas destaca que essas construções não têm sido sectárias e há respeito à diversidade de áreas disciplinares, regiões do país, gênero e, mais recentemente, étnico-racial.

Além da diversidade na composição das chapas, Campos (2021) observa que há uma busca por um rodízio entre uma gestão e outra, em especial, na Presidência. Desse modo, como Facchini, um epidemiologista, foi sucedido por dois pesquisadores da área de PP&G, mesmo não sendo uma regra oficial, Campos buscou ser sucedido por alguém da área de Epidemiologia e que fosse preferencialmente uma mulher.

No entanto, em setembro de 2017, Naomar Almeida Filho pediu exoneração da Reitoria da Universidade Federal do Sul da Bahia. Ainda naquele ano, Campos consultou Almeida Filho sobre a possibilidade de ser o seu sucessor na ABRASCO, mas ficaram de conversar novamente após as férias de janeiro. Contudo, nesse contato, Almeida Filho informou que não poderia ser candidato à Presidência da Associação devido a questões particulares, mas que poderia ficar na Diretoria (CAMPOS, 2021).

De acordo com Campos (2021), esse fato desequilibrou o processo, pois a eventual candidatura de Almeida Filho já era conhecida, e a formação da chapa já estava em curso. Com esse fato novo, levaram grupos diferentes a sugerirem candidatos, como membros do GT Saúde e Ambiente. Também houve, ainda segundo Campos, um movimento a favor de Sônia Fleury e outro que indicava Ligia Bahia. Entretanto, Campos preferiu manter a ideia de seu sucessor ser da área de Epidemiologia e, dessa maneira, convidou Gulnar Azevedo e Silva, do IMS/UERJ, a liderar a chapa para a gestão 2018-2021.

Antes de comentar os processos de escolha das coordenações de cada Comissão, cabe observar que esses processos possuem características sensivelmente diferentes da eleição da Diretoria da Associação. Talvez a mais evidente seja em relação aos candidatos e eleitores, pois na eleição da Diretoria todos os associados em dia com suas obrigações são eleitores e elegíveis, enquanto nas Comissões apenas os representantes dos associados institucionais podem votar e serem votados. Dadas as questões legais envolvidas, o processo eleitoral da Diretoria possui uma regulamentação maior, com uma série de obrigações formais. Ademais, a eleição das coordenações de Comissões acontece após uma renovação obrigatória dos seus membros. Dessa maneira, não é possível saber com precisão quem estará apto a ser candidato e a votar, pois não se sabe quais associados institucionais efetuarão as indicações nem quais associados individuais serão indicados para essas representações. Considerando essas características, a Comissão que termina o mandato possui muitas limitações para conduzir politicamente esse processo.

Tatiana Gerhardt (2021) explica que a Comissão de CSHS continua adotando critérios acadêmicos, como o perfil do pesquisador, sua produção na área disciplinar e sua formação, embora ela reconheça a existência de questionamentos sobre esses critérios. Adicionalmente, contudo, também se busca representatividade regional. Segundo Gerhardt, o convite para coordenar a Comissão, entre 2013 e 2016, ocorreu após a recusa de outros pesquisadores.

O processo de identificar pessoas para compor a nova coordenação, conforme Gerhardt (2021), acabou sendo atravessada pelos preparativos finais do 7.º Congresso de CSHS, em Cuiabá. Ela considera que houve semelhanças com o processo anterior. Buscou-se uma composição na coordenação regionalmente diversa e que equilibrasse renovação e continuidade. Nesse processo, foram identificadas algumas pessoas, mas muitas recusaram por falta de disponibilidade até se chegar na composição final.

Martinho Silva (2021) informa que foi indicado para representar o IMS/UERJ na Comissão de CSHS no triênio 2016-2019, e o 7.º Congresso de CSHS aconteceu poucos meses após o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff. Nesse contexto, onde a ABRASCO não

estava articulada com o Governo Federal, não havia muitas pessoas interessadas em coordenar a Comissão. Silva complementa que o convite para suceder Gerhardt foi feito por uma pessoa com a qual tinha se desentendido amplamente, mas ele aceitou por entender que, por meio da participação na Coordenação da Comissão, poderia contribuir mais ativamente para a área.

Na sua sucessão, Silva (2021) também relata dificuldades para compor a coordenação da Comissão, pois nenhum membro da coordenação gostaria de continuar nessa posição. Então, foi necessário identificar outras pessoas, mas preservando o equilíbrio regional. De acordo com Silva, os novos integrantes da Coordenação valorizaram o ambiente mais pacífico da Comissão, diferente da tensão e dos conflitos do período anterior.

Em 2014, Maria Amélia Veras foi eleita a primeira coordenadora da Comissão de Epidemiologia no formato com representantes dos associados institucionais. Ela atribui essa escolha pela participação na organização do 8.º e do 9.º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizados, respectivamente, em 2011, em São Paulo, e em 2014, em Vitória, pois essas oportunidades a permitiram conhecer outros membros da Comissão de Epidemiologia que também estiveram envolvidos nesses processos. No entanto, ela informa não ter se candidatado para coordenar a Comissão, mas durante a reunião com os novos membros da Comissão, foi indicada por José Leopoldo Antunes, representante da FSP/USP (VERAS, 2021).

Três anos depois, em 2017, houve a renovação da Comissão de Epidemiologia, que deveria ser concluída em outubro de 2017, durante o 10.º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em Florianópolis, mas um atraso no prazo para indicações dos novos membros provocou o adiamento da conclusão desse processo, e a primeira reunião da nova composição, que elegeu a nova coordenação, aconteceu apenas em maio de 2018 (ABRASCO, 2018b).

Veras (2021) considera que a eleição foi um processo natural, pois Antonio Boing teve uma atuação destacada como presidente do 10.º Congresso de Epidemiologia, consolidando-se como uma liderança. Ela comenta que os membros da Comissão já consideravam a possibilidade de Boing ser eleito o novo coordenador, mas havia uma dúvida se ele aceitaria, dado que estava na chapa candidata à Diretoria da ABRASCO, que aconteceria em julho de 2018. Contudo, como Boing aceitou, não houve nenhum questionamento, e a eleição foi consensual.

A percepção de Boing (2021) é convergente e acredita que a sua atuação no Congresso teve um papel preponderante, pois a eleição foi próxima ao evento, e a Presidência de qualquer Congresso da ABRASCO demanda uma grande exposição, pois são necessários muitos contatos para tratar de assuntos diversos. Evidentemente, o tipo de condução pode variar, mas Boing avalia que a sua atuação contribuiu para viabilizar um bom andamento e um ambiente

de trabalho harmonioso. Assim, para ele, houve um reconhecimento dessas características. Além disso, Boing ressalta que não há disputa por esse espaço, pois, na sua opinião, os membros da Comissão são pessoas mais experientes e não se dispõem a assumir mais esse tipo de responsabilidade.

O primeiro coordenador da Comissão de PP&G a ser eleito com a composição expandida da Comissão, em outubro de 2013, durante o 2.º Congresso de PP&G, em Belo Horizonte, foi Oswaldo Tanaka, da FSP/USP. Entretanto, com menos de um ano de gestão, ele necessitou se desligar da Comissão devido a problemas particulares. Diante desse cenário, Tanaka e Luis Eugênio de Souza entraram em contato com Alcides Miranda, que fazia parte da Comissão, para convidá-lo a assumir a coordenação, pois não havia condições de ampliar a discussão para uma consulta entre os membros com objetivo de definir um novo coordenador (MIRANDA, 2021).

Miranda (2021) informa que condicionou o aceite à realização de uma reunião com um mínimo de membros da Comissão, em setembro de 2014, durante o Congresso de Epidemiologia, em Vitória, com o objetivo de referendar a substituição. Essa condição teria sido aceita, mas a reunião não foi organizada. Além dele, estavam no congresso mais dois ou três integrantes da Comissão, o que gerou uma situação desgastante até o “Abrascão”, em julho de 2015, em Goiânia, quando seu nome foi referendado e ele continuou à frente da Comissão até abril de 2017.

Como estava sendo criticado por Ligia Bahia pela forma que foi escolhido coordenador da Comissão, Miranda não pretendia continuar na coordenação após o “Abrascão”. Porém, a realização do 3.º Congresso de PP&G estava acertada para acontecer em Natal, e a liderança local que estava à frente desses entendimentos, Cipriano Maia de Vasconcelos, da UFRN, ponderou com Miranda a importância de ele reconsiderar, o que acabou acontecendo.

No 3.º Congresso de PP&G, em abril de 2017, em Natal, os novos membros da Comissão assumiram e foi eleita a nova coordenação. Miranda (2021) relata que houve um movimento que apresentou o nome de Eduardo Levcovitz, do IMS/UERJ, ao qual ele não se opôs, pois apenas queria deixar a Comissão e fazer a transição com quem assumisse a coordenação. Ainda segundo Miranda, houve outra tentativa de articulação, promovida por um grupo de São Paulo, mas não foi adiante nem houve composição no momento de eleger a coordenação. O nome de Marília Louvison, da FSP/USP, chegou a ser indicado para compor a coordenação com Levcovitz, mas também houve a proposta de Rita Duarte Lima, da UFES, e Tadeu de Paula Souza, da UFMA, que foram eleitos como coordenadores adjuntos.

Segundo Levcovitz (2021), as movimentações que resultaram na sua eleição foram protagonizadas por Ligia Bahia durante o Congresso. Ao informar a existência de uma certa oposição bastante estressada, a fala de Levcovitz também confirma o ambiente de tensão nessa eleição.

O mandato de Levcovitz deveria ser concluído em maio de 2020, quando aconteceria o 4.º Congresso de PP&G. No entanto, por razões de saúde, Levcovitz deixou a coordenação da Comissão em outubro de 2019, após concluir a definição de um nome com a Presidência da ABRASCO. Segundo Levcovitz (2021), a proposta de ele ser substituído por Rosana Onocko-Campos, do DSC/FCM/UNICAMP e vice-presidente da entidade, partiu de Gulnar Azevedo e Silva. Para ele, foi uma solução positiva pelo fato de Onocko-Campos compor a Diretoria, ter vontade de assumir a responsabilidade, pela amplitude dos temas de interesse e pela forma de conduzir os assuntos.

Ademais, Levcovitz (2021) avalia, por um lado, que a Comissão não estava mobilizada o suficiente para reunir um número representativo de membros para realizar uma eleição e, por outro, havia uma divisão entre São Paulo e Rio de Janeiro, que ficou explícita no processo de escolha da sede do 4.º Congresso de PP&G, mas acabou sendo contornada com a decisão de Oswaldo Tanaka ser o presidente do evento.

Concluídas essas descrições, cabem alguns comentários sobre características das dinâmicas observadas nos processos sucessórios da Presidência e das coordenações das Comissões da ABRASCO.

De uma forma geral, como se trata de processos de natureza política, as sucessões são determinadas pelos contextos e pelos agentes envolvidos. Dessa maneira, não é possível (nem era esperado) sinalizar um padrão nesses processos. Contudo, fica explícito como os processos de indicações, algumas vezes, ocorreram de forma pouco estruturada.

Em relação aos processos sucessórios da Presidência, o primeiro traço evidente é a centralidade do presidente que encerra o mandato na condução do processo de escolha do seu sucessor. Considerando as quatro transições observadas, desde a eleição de Facchini até o término da gestão de Campos, percebe-se três percursos distintos, variando o fator preponderante.

No caso de Facchini e Souza, foram destacados o reconhecimento da atuação anterior, como vice-presidente, e a continuidade de uma gestão para outra. Enquanto isso, as indicações de Campos e Almeida Filho (que não chegou a ser candidato formal, mas seu nome foi assumido como sucessor) levaram em conta a liderança e o prestígio desses agentes não somente na ABRASCO, mas no campo da Saúde Coletiva. A terceira trajetória é a da indicação

de Gulnar Azevedo e Silva, que parece expressar a busca de um determinado perfil. Essas generalizações não significam que apenas a característica ressaltada se observava, mas sinalizam que, na avaliação deste estudo, um determinado aspecto teve maior relevância no processo.

Vinculada à escolha do presidente, está a composição da chapa da Diretoria. Nesse caso, verifica-se um grande esforço para a constituição de chapas consensuais, inclusive, com a ampliação do número de vagas na Diretoria e no Conselho. No entanto, se na indicação do próximo presidente o atual possui uma influência muito grande, na composição da chapa para a Diretoria a mobilização de agentes para interferir é significativamente maior.

Nas Comissões, em geral, também não se observou disputas, com exceção da eleição da coordenação da Comissão de PP&G, em 2017. Esse dado se combina com os comentários de Gerhardt (2021) e Boing (2021) sobre a falta de disponibilidade e, conseqüentemente, a dificuldade para identificar pessoas para coordenarem as Comissões.

Particularmente na Comissão de Epidemiologia, por coincidência ou não, Veras e Boing foram eleitos em processos sem disputas, reconhecendo as respectivas atuações na organização de Congressos de Epidemiologia. Tendo em vistas os conflitos e as disputas nas outras Comissões, assim como as recusas a convites, talvez o ambiente da Comissão de Epidemiologia seja percebido como mais acolhedor por quem está considerando a possibilidade de assumir a coordenação.

Por último, mas não menos importante, os diferentes processos realçaram a atuação de agentes que são lideranças no campo, tanto pela posição ocupada institucionalmente na ABRASCO quanto pela trajetória política e acadêmica. Nesse sentido, no período examinado, identifica-se o protagonismo de três agentes que não ocupavam a Presidência ou a coordenação de Comissão, mas incidiram sobre os rumos das decisões: José Carvalho de Noronha, Ligia Bahia e Paulo Gadelha. Esse tipo de envolvimento nos processos sucessórios revela o investimento que esses agentes realizam nestas disputas que se desenvolvem na ABRASCO.

5.9.2 Autonomia política

A primeira Diretoria eleita da ABRASCO assumiu a gestão da entidade em 1981. Ao fazer um balanço desse período, em 1983, Benedictus Philadelpho de Siqueira (1983) elencou as diretrizes que orientaram o trabalho da Associação durante o seu mandato e informou que, para concretizar essas propostas, foi necessário obter recursos financeiros. Dessa maneira, a Associação fez uma solicitação de financiamento à Fundação Kellogg, que concedeu recursos

para um projeto de três anos, até dezembro de 1984, oferecendo estabilidade à ABRASCO. Além desse financiamento, segundo Siqueira (1983), a ABRASCO também obteve recursos adicionais junto ao CNPq, MS, FINEP e CAPES.

Entretanto, considerando o valor do financiamento e o período do projeto, o apoio da Fundação Kellogg foi determinante na fase inicial da entidade. Além da já mencionada ambiguidade dos objetivos humanitários da fundação, foi decisiva a atuação de Mário Chaves, diretor da Fundação para a América Latina. Chaves foi acionado pelo seu amigo Ernani Braga, naquele momento diretor da ENSP e vice-presidente da ABRASCO, que estava empenhado em captar os recursos necessários à institucionalização e ao desenvolvimento da Associação (BELISÁRIO, 2002; FONSECA, 2006; GOLDBAUM; BARATA, 2006).

Considerando tanto o contexto da Ditadura Militar quanto a prioridade da Fundação Kellogg naquele momento de apoiar projetos na área de Saúde Pública na América Latina, além da autonomia e do perfil progressista de Chaves, compreende-se como a obtenção desse apoio não provocou quaisquer constrangimentos às atividades desempenhadas pela ABRASCO.

Conforme já mencionado no Capítulo 4 e na seção 5.1, a OPAS também figura como uma instituição central na formação e desenvolvimento da ABRASCO. Além dela, a Associação contou com apoios pontuais de diversas organizações governamentais e não governamentais, porém, circunscritas a projetos ou eventos específicos.

Compreendendo que as questões relativas ao SUS, aos serviços de saúde e às práticas de saúde estão no centro do campo da Saúde Coletiva, pode-se entender a importância política da relação da ABRASCO com o Ministério da Saúde e a FIOCRUZ.

Além de ser um agente institucional de grande relevância no campo da Saúde Coletiva, o destaque que a FIOCRUZ possui na trajetória da ABRASCO também se deve a uma estreita vinculação, construída em quatro décadas, sendo outra instituição decisiva para a estruturação da entidade, por meio da ENSP. Como já informado, Ernani Braga foi vice-presidente da Associação na Diretoria provisória e na primeira Diretoria eleita da entidade, quando também era diretor da ENSP. Ao mesmo tempo em que fez gestões junto a Mario Chaves para o apoio da Fundação Kellogg, de acordo com Santana (2004), Braga criou as condições para a consolidação institucional da ABRASCO, ao albergar a sede da entidade e constituir a primeira equipe da Secretaria Executiva da entidade, sob a coordenação de Paulo Buss, então um jovem professor da ENSP e que Braga colocou à disposição para exercer a função de secretário executivo da Associação.

Com a sede no campus da FIOCRUZ e a conseqüente proximidade, segundo Pérciles Costa (2021), demandou muito cuidado para lidar com as pressões de pesquisadores da

FIOCRUZ em busca, por exemplo, de espaços nos Grupos Temáticos. Essa atenção também buscava evitar críticas de outros agentes do campo, pois avaliavam que havia maior destaque à FIOCRUZ nos boletins e nos congressos da ABRASCO por causa dessa relação estreita.

Facchini (2021) considera que a sucessão de presidentes da Associação sem vínculo com a FIOCRUZ alargou o espaço institucional da ABRASCO, permitindo um diálogo mais nacional com os agentes institucionais do campo. Souza (2021), por sua vez, recorda o fato de os três primeiros secretários executivos da entidade (Paulo Buss, 1981-1989, Péricles Costa, 1989-2003, e Álvaro Matida, 2003-2010) estarem vinculados à FIOCRUZ. No entanto, a substituição de Matida por Carlos dos Santos Silva, em 2010, na avaliação de Souza, produziu efeitos positivos para a Associação, tanto do ponto de vista prático quanto simbólico.

Facchini (2021) e Souza (2021), de modo semelhante, percebem que, mesmo com essas inflexões, a ABRASCO permaneceu muito próxima à Fundação, o que é reforçado pelo fato de o espaço da sede da Associação ser na FIOCRUZ. Apesar de não ter sido apontado, acredita-se que a realização do 12.º “Abrascão”, em 2018, no campus da FIOCRUZ, também contribuiu para atualizar o vínculo existente entre as duas instituições.

Já a relação da ABRASCO com o MS remonta ao engajamento da entidade na formulação de propostas para a construção do SUS. Santana (2004), ao fazer um balanço dos 25 anos da entidade, sinalizava que o envolvimento nesse processo vinha sendo tão intenso que, naquele momento, muitos agentes estavam recuperando o discurso sobre a natureza e a missão da ABRASCO, como exercício para recordar a autonomia e a independência que a Associação deveria preservar na elaboração e na crítica às políticas públicas de saúde.

Barata (2021) também enfatiza a independência e a autonomia da ABRASCO. Para ela, por mais que historicamente a Associação tenha projetos financiados pelo setor público, em especial o MS, e que agentes do campo tenham ocupado cargos na administração pública (em geral, vinculados a partidos políticos), a entidade preservou o que se espera de uma associação científica, uma postura independente e crítica.

Entretanto, a análise de materiais da Associação e os depoimentos dos participantes da pesquisa indicam que, entre a posse de Humberto Costa como ministro da Saúde, em janeiro de 2003, até o término da gestão de José Gomes Temporão, em dezembro de 2010, a postura crítica diminui e se transforma em apoio. Nesse sentido, há duas situações consideradas emblemáticas nesta pesquisa.

A primeira é a entrevista realizada com Humberto Costa e publicada no Boletim da Associação, de novembro de 2002/abril de 2003. Nela, não há nenhuma pergunta que tentasse extrair um compromisso mais objetivo com temas caros para o campo da Saúde Coletiva, além

de uma abordagem muito mais compreensiva do que a observada nas edições anteriores do Boletim, referentes ao período do governo Fernando Henrique Cardoso. Dessa maneira, considera-se que mais do que comprometer o novo ministro com uma determinada agenda, a entrevista buscava uma aproximação com o novo gestor, como ficou evidente na última pergunta da entrevista, que tratava da “cooperação” entre a Associação e o MS (COSTA, 2003).

A outra situação considerada emblemática neste estudo foi na posse de outro ministro, dessa vez, José Gomes Temporão. A edição de abril de 2007 do Boletim da Associação destacou a posse do novo ministro, o que era de se esperar, ainda mais sendo um agente com trajetória no campo da Saúde Coletiva e na própria ABRASCO. Contudo, além de transcrever na íntegra o discurso de Temporão na cerimônia de posse, o editorial intitulado “Ânimo renovado” desenhava um cenário promissor com a posse de Temporão, pois fortalecia e qualificava o movimento da reforma sanitária (ABRASCO, 2007b).

A edição publicou, ainda, um texto do presidente da Associação, José da Rocha Carvalheiro, que resgatava marcos da trajetória do movimento sanitário, como os antecedentes e a fundação da ABRASCO, a 8.^a Conferência Nacional de Saúde, a Assembleia Nacional Constituinte e incluía como último marco a posse do novo ministro com respaldo da ABRASCO e outras entidades científicas e personalidades da área da Saúde. Carvalheiro também destacava a proximidade dos princípios e propostas apresentados no discurso de Temporão com a declaração final do 8.^o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/11.^o Congresso Mundial de Saúde Pública, de 2006, e a plataforma da Diretoria da ABRASCO. Para Carvalheiro, tratava-se da culminância da trajetória do movimento sanitário, iniciado 30 anos antes com um pequeno grupo de militantes sanitaristas (CARVALHEIRO, 2007). Por mais compreensível que fosse o entusiasmo com a posse do novo ministro, a criticidade parecia ter perdido espaço para o otimismo.

A nomeação de Temporão foi o ápice de um processo que já estava em curso há alguns anos, com vários agentes do campo ocupando posições relevantes no MS. Como dito por Barata, esse trânsito é uma marca da Saúde Coletiva, e pode-se lembrar, por exemplo, de Hésio Cordeiro, que presidiu a ABRASCO, entre 1983 e 1985, e o INAMPS, entre 1985 e 1988. Todavia, como afirma Souza (2021), o Governo Lula significou um momento com muitos agentes do campo e lideranças da ABRASCO em cargos do governo e, em consequência, a Associação estava numa posição de apoio ao governo. Na opinião de Souza, essa postura mudou com a gestão de Facchini e, posteriormente, com a posse de Dilma Rousseff na Presidência da República, em 2011.

Segundo Facchini (2021), durante a sua gestão na ABRASCO, a entidade recebeu apoio financeiro do MS para a realização de projetos e, principalmente, para os congressos. Todavia, isso não significou exigências de alinhamentos ou apoio às iniciativas do MS. Segundo Facchini, durante a sua gestão e depois, a ABRASCO não deixou de fazer contraponto, inclusive com embates com a gestão do Ministério.

Para Souza (2021), além da condução de Facchini, a participação de Ligia Bahia na Diretoria da entidade foi determinante para o posicionamento mais crítico da ABRASCO frente ao governo. Dessa maneira, a Associação passou de uma posição de alinhamento e de apoio ao governo para uma posição de independência e crítica. Campos (2021) avalia de modo semelhante e considera que o movimento iniciado na gestão de Facchini teve continuidade nas gestões seguintes.

As análises de Ligia Bahia eram publicadas nos Boletins da Associação e, dessa maneira, percebe-se uma acentuação da crítica com o passar do tempo. No contexto das eleições presidenciais de 2010, por exemplo, Bahia analisa o debate e as perspectivas para a política de saúde no Brasil e propõe uma “Agenda Estratégica para a Saúde do Brasil”. Ao reconhecer avanços obtidos nos Governos Lula e considerar os três principais candidatos (Dilma Rousseff, José Serra e Marina Silva) como integrantes do campo progressista, Bahia considerava positivo o cenário eleitoral. Entretanto, ela não se somava às avaliações triunfalistas e apontava algumas ressalvas, como omissões de pronunciamentos sobre os processos de mercantilização e financeirização da saúde, assim como ausências de propostas para superar fragmentações do SUS (BAHIA, 2010a).

Com a vitória de Dilma Rousseff, foi possível observar uma mudança ainda antes da sua posse. O Boletim da ABRASCO de dezembro de 2010 parece retratar o novo momento da entidade. Uma matéria tratava da reunião de Facchini com a presidente eleita, quando foi feito convite para a participação da presidente nos congressos da ABRASCO de 2011 e entregue o documento “Uma Agenda Estratégica para a Saúde do Brasil”, que teve como base a carta final do 1.º Congresso de PP&G e recebeu contribuições de outras entidades que também assinaram o documento, como a Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), CEBES, CONASEMS, Rede Unida e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) (ABRASCO, 2010b).

Na mesma edição do Boletim, havia texto assinado por Ligia Bahia e publicado no jornal “O Globo”, no qual ela alertava para a falta de clareza sobre a política de saúde do Governo Dilma. Diante da falta de respostas para o financiamento necessário à assistência à saúde da parcela da população das chamadas classes C e D, Bahia abordava caminhos possíveis, mas

que representavam opções opostas em termos de sistema de saúde. Dessa maneira, Bahia sublinhava que incluir mais brasileiros nas coberturas dos planos privados não tinha o mesmo significado que implementar e manter um sistema público universal. Além disso, ela indicava que era possível tanto criar uma nova fonte de recursos, elevando a carga tributária, quanto revisar os subsídios públicos para o setor privado (BAHIA, 2010b).

Souza assumiu a gestão da entidade em novembro de 2012, no 10.º “Abrascão”, em Porto Alegre. Alguns meses depois, em março de 2013, houve uma grande tensão entre ABRASCO e MS. Na reunião da Diretoria da Associação foi debatida e aprovada uma resposta da ABRASCO à proposta de planos privados para as camadas C e D, que, segundo a imprensa, estaria sendo objeto de tratativas entre operadoras de planos de saúde e o Governo Federal (ABRASCO, 2013c).

Um dos encaminhamentos foi a redação de um artigo de opinião, publicado no jornal Folha de São Paulo. Intitulado “Dilma vai acabar com o SUS?” e assinado por Ligia Bahia, Luis Eugênio de Souza e Mário Scheffer, o texto analisava as consequências para o SUS da autorização pelo Governo de planos de saúde com preços baratos e coberturas reduzidas, dirigidos para estratos de trabalhadores em ascensão. O texto afirmava que seria o desmonte final do SUS e considerava inaceitável a intenção do governo de abdicar da consolidação do sistema e apostar no avanço de um modelo privado, estratificado, caro e ineficiente (BAHIA; PORTELA; SCHEFFER, 2013).

Segundo Souza (2021), a repercussão foi imediata, assim como a reação do MS, que incluiu um questionamento incisivo sobre o texto feito por Odorico Monteiro, então secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Além desse episódio, outros temas provocaram manifestações contundentes da Associação, como a sanção, em dezembro de 2014, do Projeto de Lei de Conversão, que autorizou a participação de capital estrangeiro em ações e serviços de saúde (ABRASCO, 2015f). De acordo com Souza (2021), essas situações não foram totalmente superadas com Alexandre Padilha e Arthur Chioro, ministros da Saúde entre 2011 e 2014 e entre 2014 e 2015, respectivamente.

Além de confirmar essa relação mais conflituosa entre ABRASCO e MS, Campos (2021) informa que recebeu pedido de representantes do MS para interceder junto à gestão de Souza. Contudo, Campos não se viu em condições de fazer essa mediação, pois concordava com os posicionamentos da entidade e avaliava que as iniciativas do MS estavam equivocadas.

Em seu programa, a chapa liderada por Campos defendia explicitamente que entidades da sociedade civil e movimentos sociais devem resguardar sua autonomia em relação ao Estado, aos governos e aos partidos políticos, além do mercado e das religiões. Nesse sentido, a chapa

pretendia desenvolver esforços no sentido de buscar fontes de recursos para a estabilização financeira da Associação e, conseqüentemente, preservar a autonomia científica e política da entidade. (UM PROJETO, 2015)

No entanto, na gestão de Campos, a relação entre ABRASCO e MS foi influenciada pela instabilidade política em um cenário de crise marcado pela Operação Lava Jato, pelo processo de *impeachment* da presidente Dilma Rousseff e pela posse de Michel Temer, em maio de 2016, na Presidência da República. Dessa maneira, houve mudanças no MS desde o seu comando até níveis inferiores da estrutura do órgão.

Com o início do Governo Temer, o que estava em pauta não eram eventuais tensões com os gestores do MS, mas um debate no interior da Diretoria se a ABRASCO deveria manter alguma relação com um governo ilegítimo, resultado de um golpe jurídico-parlamentar. Entretanto, como se observa nos registros das reuniões da Diretoria de junho e setembro de 2016, a discussão não abrangia apenas formas de colaboração com os órgãos governamentais, mas também espaços de controle social, como os Conselhos Nacionais de Saúde, de Segurança Alimentar e Nutricional e de Direito das Mulheres, além de diálogos com áreas técnicas que compõem a burocracia estatal (ABRASCO, 2016b, 2016c).

Para Miranda, a ABRASCO não deveria manter qualquer vinculação com o governo, cooperar ou aceitar participar de qualquer diálogo. Entretanto, Campos e Cipriano Vasconcellos avaliavam que cabia distinguir fóruns da gestão com espaços do Estado, pois se tratava de um posicionamento institucional e a Associação deveria representar seus associados nos espaços estatais. Ademais, considerando os inúmeros cargos de livre provimento do Governo Federal, Eduardo Faerstein questionava a factibilidade de se distinguir cargos técnicos de cargos políticos, sendo necessária uma resolução mais clara.

A deliberação da Diretoria aprovou o posicionamento da ABRASCO como oposição ao Governo Temer, tendo em vista o seu caráter ilegítimo e que o objetivo do golpe era impor ao país uma agenda de retrocessos, composta por propostas antidemocráticas e de ataque às políticas públicas inclusivas, ao SUS, à Universidade Pública e aos direitos trabalhistas e previdenciários. Porém, a Diretoria avaliava que era necessário preservar e fortalecer a unidade interna da Associação e tratar de forma separada Estado e governo. Compreendendo a existência de eventuais dúvidas na avaliação dessas relações com instância estatal ou agente governamental, a Diretoria deveria tratar do caso específico.

5.9.3 Profissionalização e visibilidade institucional

Considerando que uma parte significativa dos entrevistados valorizou a qualificação da gestão da entidade e a ampliação da visibilidade institucional proporcionada pelas ações de comunicação, como marcas do período analisado, este estudo também buscou examinar esses elementos nos documentos institucionais.

Gerhardt (2021), por exemplo, percebe movimento de profissionalização das atividades da Secretaria Executiva, incluindo a área de Comunicação. Ela destaca a importância da melhor estruturação e organização do processo de trabalho, pois, mesmo sendo uma equipe reduzida, os encaminhamentos da Diretoria são executados e, sem essa implementação, os debates sobre os temas não fazem sentido.

A preocupação em qualificar a gestão da entidade está registrada nas reuniões da Diretoria de julho e agosto de 2011. Nessas oportunidades, Hebe Patolêa, gerente da Associação, indicava a necessidade de a ABRASCO realizar mudanças na contabilidade, além de contar com uma assessoria jurídica permanente e investir em um sistema integrado de gestão, face o crescimento e a complexidade das atividades administrativas e financeiras da entidade (ABRASCO, 2011b, 2011c).

Na gestão presidida por Campos, esse tema ganharia destaque ainda maior. Na reunião da Diretoria de outubro de 2015, consta o registro do início do trabalho de uma equipe de consultoria de gestão, coordenada por José Carlos Silva e composta ainda por uma advogada e uma equipe de auditores (ABRASCO, 2015c). Os primeiros resultados deste trabalho de reestruturação da Secretaria Executiva foram apresentados para a Diretoria, em reunião realizada em abril de 2017.

Apesar de ter publicado o Boletim da ABRASCO, entre 1982 e 2010, e o site da Associação na internet existir desde o início dos anos 2000, percebia-se que as ações da entidade de comunicação e divulgação eram insuficientes.

Nesse sentido, por exemplo, no IV Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, consta um diagnóstico sobre deficiências da atuação na comunicação científica e sugere estratégias para a popularização do conhecimento científico, como disponibilização de conteúdos direcionados para jornalistas em uma “sala de imprensa” no site da Associação e a elaboração de consensos sobre assuntos de interesse da população para veiculação também no site (ABRASCO, 2005). Já na reunião da Diretoria, realizada em abril de 2010 e que contou com a participação de representantes de Comissões, GTs e Fóruns, foi apontada a necessidade de aprimorar a Comunicação da ABRASCO, que deveria atuar para ampliar a visibilidade das ações e iniciativas do conjunto da Associação (ABRASCO, 2010d).

Essa percepção é compartilhada por Facchini (2021). Ele sublinha que durante a sua gestão a Associação não tinha um reconhecimento externo tão grande quanto o de hoje, em termos de veículos de imprensa. Percebe-se que essa área se desenvolveu durante a gestão de Souza, quando temas de Comunicação passaram a constar na pauta de reuniões da Diretoria e, ademais, a entidade investiu em novos recursos de comunicação, como em mídias sociais (ABRASCO, 2013a), no desenvolvimento de um novo site institucional (ABRASCO, 2014b) e a presença mais frequente na imprensa.

Logo no início da sua gestão, Campos (2021) anunciou o aperfeiçoamento da comunicação da ABRASCO com o conjunto da Saúde Coletiva e, principalmente, com a sociedade, por meio dos veículos de imprensa, como uma das prioridades da sua gestão. A ideia era manter um relacionamento ativo e permanente com a imprensa, com o objetivo de tornar a ABRASCO uma referência para jornalistas e veículos. As ações previstas incluíam, ainda, o fortalecimento do portal e das mídias sociais da entidade (ABRASCO, 2015a; 2015b).

Barata (2021) e Bosi (2021) consideram que, no período do estudo, a presença da Associação nos veículos de imprensa ampliou significativamente a sua visibilidade para fora do campo da Saúde Coletiva, mas também qualificou a comunicação com os agentes do campo e com seus associados. Barata ainda complementa que a entidade conta com meios para se comunicar e o tem feito com qualidade.

Para Campos (2021), merece destaque como os conteúdos produzidos pela ABRASCO são reproduzidos pelos sites institucionais de Faculdades, Institutos e PPGs. Dessa maneira, a Associação consegue se comunicar com os agentes do campo não somente pelas suas próprias mídias, mas também por essas reproduções, que contribuem para capilarizar a Associação e divulgar as suas ações e posicionamentos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Creio que o primeiro comentário destas considerações finais deve ser dedicado ao significado deste trabalho. Chegar ao final de um empreendimento como este, que teve início formalmente em março de 2019, evidentemente é motivo de satisfação, alívio e felicidade. Entretanto, quando o seu objeto de pesquisa é algo que faz parte tão intensamente do seu cotidiano, esse final de ciclo adquire outros significados.

Trabalhar na ABRASCO é uma experiência intensa, ainda mais como secretário executivo. Assim, a minha opção em ter a ABRASCO como objeto teve a intenção de entendê-la melhor, como já anunciado, mas também foi um reconhecimento das minhas limitações pessoais. Para compatibilizar o desenvolvimento de uma pesquisa com as atividades da Secretaria Executiva, no meu caso, a pesquisa necessariamente deveria estar conectada com a minha inserção profissional.

Desse modo, a imersão na pesquisa e a reflexão necessária à redação da dissertação produziram uma modificação na minha percepção sobre vários assuntos do meu cotidiano de trabalho. Algumas atividades passaram a fazer mais sentido, e novas possibilidades foram se abrindo, conforme a pesquisa avançava. No entanto, como a pesquisa não tratava do presente, apesar de ter repercutido sobre o objeto, ela não afetou o período analisado. Por sua vez, o impacto das atividades profissionais na interpretação da pesquisa foi bastante limitado, a meu ver...

Dito isso, cabe registrar que este trabalho apresenta uma leitura, uma interpretação sobre a história recente da ABRASCO, ao mesmo tempo que percorreu outros momentos da entidade e questões do campo da Saúde Coletiva. Essa leitura converge com outras que foram realizadas, distancia-se em alguns aspectos e espera acrescentar novos elementos para o debate do campo. Todavia, novas leituras podem advir de outras análises.

Como considerações finais deste trabalho, gostaria de destacar alguns pontos que dividirei em dois blocos. O primeiro sobre a Saúde Coletiva, e o segundo sobre a ABRASCO.

No que diz respeito à Saúde Coletiva, inicialmente, destaco a sua origem como resultado de um movimento de crítica tanto à Medicina Preventiva quanto à Saúde Pública, sob influência da Medicina Social Latino-americana, que foi decisiva para a influência do materialismo histórico e, desse modo, para a configuração do novo campo.

Em que pese a relevância do apoio material das fundações filantrópicas norte-americanas e da FINEP, o ator institucional central no processo de constituição do campo foi a Organização Pan-americana da Saúde. A OPAS atuou em várias frentes, indo da concessão de financiamentos a projetos até a promoção de articulação dos agentes do campo, no Brasil e na América Latina,

com destaque para a atuação de Juan César García, que também contribuiu para a formulação da crítica da Medicina Social à Medicina Preventiva. Foi nesse contexto que a OPAS organizou e abrigou a reunião que resultou na fundação da ABRASCO, em 27 de setembro de 1979.

Como foi possível observar, a trajetória do campo aponta um início mais vinculado à pós-graduação *lato sensu*, mas com uma reversão progressiva desse cenário, que se acentuou durante a década de 1990. Essa preponderância do *stricto sensu* em relação ao *lato sensu* reflete uma inflexão na pós-graduação brasileira, mas também representa mudanças no interior do campo. Nesse sentido, cabe recordar os conflitos entre as residências em Medicina Preventiva e Social e em Medicina Geral e Comunitária, que se expressavam em embates, por exemplo, no espaço da Comissão Nacional de Residência Médica. Posteriormente, também se observou tanto a demora na regulamentação das residências multiprofissionais em Saúde Coletiva quanto um reposicionamento da demanda a partir da expansão do Programa de Saúde da Família.

Em relação aos cursos de especialização, à ausência de regulação dessa modalidade se agregou, a partir da década de 2000, a criação dos mestrados profissionais. Para acabar com o vazio regulatório, desde a segunda metade da década de 1990, houve algumas tentativas de criação de um agência de acreditação no âmbito da ABRASCO, mas não chegou a se firmar em nenhuma delas.

Com base nas entrevistas, ficaram evidentes a existência de impasses significativos, ainda que com características distintas, tanto na pós-graduação quanto na graduação em Saúde Coletiva. Infelizmente, por falta de tempo, não foi possível explorar essa análise nesta dissertação. Entretanto, alguns elementos apareceram ao longo do texto, como a delimitação da identidade do campo da Saúde Coletiva, incluindo o seu objeto e a conservação da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade face, por um lado, o processo de especialização no interior da Saúde Coletiva e, por outro, a demanda de profissionalização da Saúde Coletiva a partir da criação dos bacharelados.

Nesse contexto, as posições de Campos (2000) e de Loyola (2012) são emblemáticas. Cabe lembrar que Campos, enfatizando a permeabilidade do campo a outros saberes, defende que a Saúde Coletiva se constitua como um campo sem *corpus* disciplinar, mas com um núcleo interdisciplinar e multiprofissional. Já Loyola argumenta sobre a necessidade da Saúde Coletiva se constituir como disciplina e, dessa maneira, assegurar a sua reprodução.

Todas essas questões resultam da expansão das instituições do campo, em especial, a partir da década de 2000. Dessa maneira, são problemas recentes e que não se colocavam em outras épocas.

A crítica ao saber biomédico, que está na formação do campo, parece passar por um processo de atualização e ressignificação. O entendimento de que o objeto do campo está situado no limite entre o biológico e o social foi crucial para a Saúde Coletiva adquirir uma identidade própria, à parte da Medicina, ainda que algumas de suas instituições de referência permaneçam no interior de escolas médicas. Nesse sentido, a teorização da noção de coletivo contribuiu para qualificar e fundamentar movimentos políticos e institucionais.

Entretanto, mais recentemente, a crítica à biomedicina tem sido realizada para questionar a adequação da Saúde Coletiva como parte do campo da Saúde. Loyola (2012), por exemplo, considera que a especificidade do campo é conferida pela perspectiva social, representada pela noção de coletivo. Sendo assim, a preponderância da saúde em classificações externas, como as das agências de fomento, para Loyola (2012), é inadequada e submete a Saúde Coletiva à lógica biomédica.

Na minha avaliação, trata-se de uma argumentação pautada pelas disputas decorrentes das avaliações da produção científica e não se conecta com aspectos epistêmicos. Se é um fato incontestável que o adjetivo “coletiva” qualifica, isto é, define o substantivo “saúde”, também se deve reconhecer que o adjetivo sem o substantivo carece de sentido, pois o objeto do campo tanto pode ser a saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998) quanto a doença (CAMPOS, 2000), mas está situado no campo da Saúde. Dessa maneira, um deslocamento da Saúde Coletiva para fora do campo da Saúde pode ser mais confortável para determinados agentes que compõem o campo. Entretanto, do ponto de vista epistêmico, essa escolha não parece suficientemente fundamentada.

Ademais, não se pode ignorar que o surgimento da Saúde Coletiva está vinculado a um projeto político, a Reforma Sanitária, e que esse campo se propõe a produzir mudanças no modelo assistencial e nas práticas de saúde. Portanto, trata-se de uma relação estreita com o objeto, diferente, por exemplo, de outros campos que não fazem parte do campo da Saúde, mas se dedicam à investigação de eventos relacionados a ela.

Atualmente, tendo em vista a dimensão do campo, as inflexões na Saúde Coletiva tendem a repercutir mais sobre a ABRASCO do que o inverso. No entanto, conforme pôde ser verificado na pesquisa, o cenário era bastante distinto desde a fundação da entidade até o final da década de 1990 e início da década de 2000. Desse modo, busquei examinar como essas reconfigurações da Saúde Coletiva repercutiram na ABRASCO.

Foi muito destacada a atuação da Associação na construção da identidade do campo e das áreas disciplinares, a partir de iniciativas como os encontros realizados no início da década de 1980 e a constituição das Comissões. Todavia, é possível projetar uma relevância ainda mais significativa.

Mesmo sem realizar um exame sobre a história dos campos científicos, arrisco-me a sugerir que a constituição da Saúde Coletiva foi um empreendimento cujo paralelo é difícil de encontrar na história da ciência.

A Universidade como conhecemos possui origem na Idade Média, no continente europeu, e foi fundamental para o estabelecimento das bases da Ciência Moderna. Desde então, uma das características da produção do conhecimento tem sido a sua contínua especialização. Considerando (i) os recursos necessários para o desenvolvimento da pesquisa científica e (ii) a corrida colonialista que, por um lado, impôs o pensamento, a cultura e as instituições europeias nas colônias e, por outro, pilhou as riquezas dos territórios dominados, observa-se que, desde então, os principais centros de produção do conhecimento têm sido países centrais, primeiro, do sistema colonial e, depois, do capitalismo. Possivelmente, a única exceção tenha sido a União Soviética no período pós-2.^a Guerra Mundial.

Novas áreas do conhecimento e novos campos surgiram e continuarão surgindo, mas o mais esperado é que esse processo resulte da especialização e não da crítica, ainda que uma não exclua a outra. No entanto, a Saúde Coletiva não optou em ser uma especialidade médica, ainda que crítica ao padrão hegemônico, mas buscou construir as suas instituições e seus espaços de reconhecimento no campo científico brasileiro.

Também surpreende a consolidação de um novo campo científico em um país. Apesar de ter sido inspirada pela Medicina Social Latino-americana, a partir de um determinado momento a Saúde Coletiva brasileira parece ter seguido um caminho distinto do que existe em outros países da América Latina.

Desse modo, não considero que fosse esperada a consolidação de um campo científico crítico à biomedicina, surgido em um país da periferia do capitalismo, sob influência do materialismo histórico e durante a Ditadura Militar. Com essa digressão, busco dimensionar a relevância da atuação da ABRASCO para a formação do campo da Saúde Coletiva, o que ajuda a compreender o reconhecimento da Associação como um espaço de encontro das áreas disciplinares e o seu papel de porta-voz do campo.

Analisar a existência de um polo hegemônico do campo não era algo que se buscava inicialmente. O projeto da pesquisa pretendia verificar se as instituições mais antigas e de maior prestígio tinham maior participação na Presidência, na Diretoria e no Conselho, além de ter os programas com conceito de excelência na avaliação da CAPES. Porém, a formulação de Vieira-da-Silva (2018) sobre um polo dominante estimulou essa elaboração. Apesar dos acréscimos realizados, como mencionado no trabalho, para definir com maior precisão a composição desse polo, outras informações devem ser levantadas sobre a participação das instituições em espaços

de prestígio no interior do campo, como editorias dos periódicos científicos, os membros da Coordenação da Área de Saúde Coletiva na CAPES e do Comitê de Assessoramento Saúde Coletiva e Nutrição do CNPq, assim como formas de reconhecimento, como as bolsas de produtividade em pesquisa também do CNPq e os Grupos Temáticos da ABRASCO.

Sobre o desenvolvimento de conflitos e disputas no interior da ABRASCO, o processo da reforma institucional possui um grande simbolismo. Especialmente a criação da figura do Comitê de Assessoramento e a regulamentação dos Grupos Temáticos apontaram para uma disposição em priorizar soluções consensuais ou, no mínimo, que fossem confortáveis para as partes envolvidas nos debates. Assim, com base em Bourdieu (1996, 2000, 2004, 2011) e Mouffe (2015, 2019), foi examinado os possíveis significados do esforço para a criação desse consenso. Inspirado pela distinção entre confronto agonístico e conflito antagonista, foi desenvolvida uma chave interpretativa com o binômio ato conservador e ato de conservação. Foi considerado ato conservador um movimento que possui o objetivo de preservar determinadas características por resistência a mudanças ou por apego ao que está estabelecido. Enquanto o ato de conservação é aquele que visa a preservação de elementos fundamentais da identidade ou das dinâmicas essenciais do campo ou do corpo político. Nas situações examinadas, a pesquisa interpretou as mediações mais como atos de conservação/preservação do que como atos conservadores, ainda que eles não sejam necessariamente excludentes.

Apesar do estabelecimento de novos consensos possíveis durante os Minicongressos, os entrevistados sinalizaram a existência de outros desafios institucionais que não foram superados pela entidade. Entre eles, estão a reestruturação dos periódicos científicos publicados pela Associação, a continuidade no processo de democratização da vida institucional, ampliando a capilaridade da entidade, a diversificação da participação na entidade em termos regionais e a renovação dos membros que fazem parte de espaços de reconhecimento, como Diretoria, Conselho, Comissões, GTs e Comitês.

Foram identificados três espaços institucionais que funcionam como canais de expressão das tensões e disputas na ABRASCO. Em função do interesse nos conflitos envolvendo as áreas temáticas, as Comissões já tinham sido identificadas previamente. No entanto, outros dois espaços ficaram evidentes nas entrevistas. Um se refere aos processos de organização dos congressos, onde as tensões giram em torno, principalmente, da definição das atividades que compõem as programações. O outro é o Fórum de Coordenadores dos PPGs em Saúde Coletiva, que foi indicado como um espaço relevante no debate e construção de consensos envolvendo os programas da área. Já os GTs não foram muito mencionados, possivelmente, em função do recorte da pesquisa.

Um tema que chamou a atenção nas entrevistas e na análise documental foi a relação da ABRASCO com órgãos governamentais, em especial, o Ministério da Saúde, refletindo a relação da Saúde Coletiva com o campo político. A agenda política da entidade demanda interações regulares com órgãos governamentais. Essa atividade, aliás, faz parte desde os primeiros anos de formação da entidade, como registrado no processo pela regulamentação da Residência em Medicina Preventiva e Social. Além disso, muitos agentes do campo ocuparam posições estratégicas em gestões governamentais, criando uma proximidade ainda maior.

Como este estudo se propôs a realizar um exame da ABRASCO no período entre 2009 e 2018, com o objetivo de uma breve caracterização, serão destacadas a seguir percepções sobre as três gestões do período.

Levcovitz (2021), por exemplo, destaca a sensibilidade de Facchini e a sua capacidade de perceber a necessidade de uma atualização da entidade, um *aggiornamento*.

Souza (2021) ressalta a busca da sua gestão em equilibrar a atuação da ABRASCO em três áreas: Ciência & Tecnologia, Educação e Saúde. Ele avalia que a gestão foi muito ativa e contou com uma participação destacada de Ligia Bahia. Souza também indica que, além do diálogo com os membros da Diretoria e do Conselho, ele estabeleceu um sistema de consultas a lideranças do campo. Considero que, dessa maneira, ele buscava reforçar a unidade em torno da ABRASCO e ampliar a representatividade das decisões e posicionamentos da entidade.

Na opinião de Levcovitz (2021), Souza é um estrategista, que se ocupa de elaborar grandes estratégias. Porém, foi presidente em um período muito difícil para o país, do ponto de vista político. Por sua vez, Veras (2021) avalia que, em alguns momentos, não havia muita sintonia com a Diretoria. Veras ainda acrescenta que, no período em que coordenou a Comissão de Epidemiologia, ela não fez parte da Diretoria e, dessa maneira, não se sentia completamente integrada ao debate da Diretoria.

Ao reconhecer que vários elementos do programa já vinham sendo trabalhados pelas gestões anteriores, a chapa liderada por Campos indica a intenção de realizar uma continuidade, mas buscando reconhecer impasses e imaginar novos caminhos para a ABRASCO (UM PROJETO, 2015).

Para Costa (2021), Facchini inaugura um novo momento da Associação, Souza dá continuidade e Campos representa um marco. Costa destaca como muito representativo desse período o “Abrascão” de 2018, na FIOCRUZ. Para ele, foi sinal de uma abertura maior da entidade, de uma visão da Associação que se amplia, mas não perde a sua identidade. Já Levcovitz (2021) considera que a gestão de Gastão foi mais fechada do que as anteriores.

Campos (2021) reconhece que durante a gestão houve um atrito com o GT Saúde e Ambiente, durante a epidemia de Zika, que provocou casos de microcefalia. Membros do GT afirmavam que a microcefalia era provocada por um produto químico e produziram um documento em nome da ABRASCO. No entanto, ainda segundo Campos, essa posição não era apoiada pela Diretoria nem pela Comissão de Epidemiologia e, assim, ele precisou desmentir.

Em um balanço da gestão, Campos reconhece que a sua ideia sobre a ABRASCO mudou durante a gestão e reconheceu que se trata de uma entidade mais complexa do que ele imaginava, pois é uma entidade de Saúde Coletiva, e isso significa ter que se posicionar de agrotóxicos à vacina. Além da diversidade de frentes temáticas, ele sublinha a variedade de agentes envolvidos, incluindo instituições e associados. Por ser uma entidade de natureza científica, mesmo com uma forte atuação política, ele admite que não dimensionava que a ABRASCO fosse tão afetada pelas lutas que se desenvolvem no país (ABRASCO, 2018a).

A gestão de Souza foi marcadamente uma gestão de continuidade, ainda que com marcas próprias, pois Souza foi vice-presidente na gestão de Facchini, que por sua vez foi conselheiro na gestão de seu sucessor. A gestão de Campos não foi caracterizada como de ruptura. Ao contrário, ele mesmo valorizou aspectos de continuidade com seus antecessores. Porém, junto ao elemento de continuidade coexistiram particularidades, relacionadas aos perfis dos presidentes, às composições da Diretoria e também aos diferentes contextos.

Assim, no Quadro 7, apresento uma sistematização realizada com base na análise documental e nas entrevistas. O quadro apresenta poucos marcos, mas que foram percebidos como os mais representativos para a atuação pública da entidade ou os mais regulares durante cada gestão, por exemplo, sendo temas das reuniões de Diretoria. Como pode ser observado, alguns temas aparecem em mais de uma gestão. Porém, os que não aparecem na gestão seguinte não foram retirados da agenda, mas deixaram de ter centralidade. Ademais, em algumas situações, os resultados foram percebidos plenamente na gestão seguinte, em uma dinâmica onde uma gestão abria caminho para a outra, que dava continuidade.

Quadro 7 – Marcos das gestões da ABRASCO, entre 2009 e 2018

Presidente	Luiz Augusto Facchini	Luis Eugênio de Souza	Gastão Wagner Campos
Marcos da gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Reforma institucional. - Sustentabilidade financeira, com especial preocupação com periódicos. - Elaboração da Agenda Estratégica para a Saúde do Brasil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conclusão da reforma institucional. - Investimentos para estruturar uma equipe de Comunicação e ações para ampliar a visibilidade da entidade. - Inflexão na relação com o Ministério da Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualificação da gestão da entidade. - Continuidade dos investimentos em Comunicação. - Oposição ao Governo Temer. - Criação de novos GTs.

Fonte: Elaboração própria.

Como informado na introdução, ao planejar a realização da pesquisa, pretendia entender a ABRASCO. Contudo, neste mergulho, percebi que estava em um “encontro das águas” e, portanto, não seria possível compreender a ABRASCO sem mergulhar na Saúde Coletiva também. Certamente, ainda existem questões a serem entendidas ou refinadas, mas esse passeio pelas águas da ABRASCO e da Saúde Coletiva permitiu muitas reflexões e aprendizados. Esse mergulho longo, profundo e intenso valeu a pena.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Documento preliminar de princípios básicos da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. *In*: ABRASCO. **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1982. p. 109-117.
- ABRASCO. **Pelo direito universal à saúde**: contribuição da ABRASCO para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.
- ABRASCO. **II Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil 1995-1999**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- ABRASCO. **Ata da Assembleia Geral Extraordinária da ABRASCO realizada em 24 de maio de 1996**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.
- ABRASCO. **I Plano Diretor das Ciências Sociais em Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.
- ABRASCO. **Ata da Assembleia Geral Extraordinária da ABRASCO realizada em 18 de novembro de 1999**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.
- ABRASCO. III Plano diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil 2000-2004. **Rev Bras Epidemiol**. [online], v. 3, n. 1-3, p. 70-93, dez. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2000000100007>. Acesso em: 16 jan. 2021.
- ABRASCO. Ciências Humanas e Sociais em Saúde. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 20, n. 88, p. 18-19, maio/set. 2003a. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060706103723.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2022.
- ABRASCO. Epidemiologia. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 20, n. 89, p. 10-11, out. 2003b.
- ABRASCO. Plataforma da Diretoria da ABRASCO - gestão 2003-2006. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 20, n. 89, p. 3-4, out. 2003c. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2014/05/Boletim-89_completo.pdf. Acesso em: 18 jan. 2022.
- ABRASCO. Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 20, n. 89, p. 8, 2003d. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2014/05/Boletim-89_completo.pdf. Acesso em: 18 jan. 2022.
- ABRASCO. Vigilância Sanitária. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 20, n. 89, p. 7, 2003e. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2014/05/Boletim-89_completo.pdf. Acesso em: 18 jan. 2022.

ABRASCO. **Ata da Assembleia Geral Extraordinária da ABRASCO realizada em 16 de dezembro de 2004**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

ABRASCO. IV Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil. **Rev Bras Epidemiol** [online], v. 8, supl. 1, p. 1-43, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000500001>. Acesso em: 16 jan. 2021.

ABRASCO. **Ata da Assembleia Geral Extraordinária da ABRASCO realizada em 23 de agosto de 2006**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

ABRASCO. A educação na saúde e o ensino da Saúde Coletiva. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 24, ed. esp., p. 14-15, set. 2007a. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20071205123751.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2022.

ABRASCO. Ânimo renovado. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 24, n. 98, p. 2, abr. 2007b. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20070728142449.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2022.

ABRASCO. Plano trienal para a Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 24, ed. esp., p. 7, set. 2007c. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20071205123751.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2022.

ABRASCO. Fórum dos Coordenadores de Pós-graduação em Saúde Coletiva se reúne em Recife. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 25, n. 100, p. 3, ago. 2008a. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20080819165109.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2022.

ABRASCO. Boletim da ABRASCO comemora sua centésima edição! **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 25, n. 100, p. 12-14, ago. 2008b. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20080819165109.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2022.

ABRASCO. **Relatório da Oficina da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde realizada em 31 de outubro de 2009**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

ABRASCO. Diretoria da ABRASCO encerra ciclo de reuniões itinerantes de 2010 na UFPel. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 27, n. 105, p. 3, dez. 2010a. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2014/05/BOLETIM-105_SITE.pdf. Acesso em: 18 jan. 2022.

ABRASCO. Presidente da ABRASCO entrega documento elaborado pelas entidades do Movimento da Reforma Sanitária à presidente eleita Dilma Rousseff. **Boletim ABRASCO:**

Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, ano 27, n. 105, p. 4, dez. 2010b. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2014/05/BOLETIM-105_SITE.pdf. Acesso em: 18 jan. 2022.

ABRASCO. Diretoria promoveu reunião com representantes dos GT's, Comissões e Fóruns da ABRASCO. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 27, n. 105, p. 19, dez. 2010c. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2014/05/BOLETIM-105_SITE.pdf. Acesso em: 18 jan. 2022.

ABRASCO. **Memória da 2ª reunião da Diretoria (gestão 2009-2012) realizada em 08 e 09 de abril de 2010**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010d.

ABRASCO. **Memória da 3ª reunião da Diretoria (gestão 2009-2012) realizada em 08 e 09 de junho de 2010**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010e.

ABRASCO. **Memória da 4ª reunião da Diretoria (gestão 2009-2012) realizada em 05 e 06 de agosto de 2010**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010f.

ABRASCO. **Memória da 6ª reunião da Diretoria (gestão 2009-2012) realizada em 23 e 24 de fevereiro de 2011**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011a.

ABRASCO. **Memória da 8ª reunião da Diretoria (gestão 2009-2012) realizada em 11 e 12 de julho de 2011**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011b.

ABRASCO. **Memória da 9ª reunião da Diretoria (gestão 2009-2012) realizada em 04 e 05 de agosto de 2011**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011c.

ABRASCO. **Mini-congresso de GT/Comissões/Fóruns da ABRASCO: Resumo geral das propostas de sugestões**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011d.

ABRASCO. **Relatório da Oficina da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde realizada em 16 de abril de 2011**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011e.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. **Boletim informativo de prestação de contas: gestão 2009-2012**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012.

ABRASCO. Abrasco Divulga com 8 mil likes em seis meses no Facebook. **ABRASCO**, 21 maio 2013a. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/abrasco-divulga-com-8-mil-likes-em-seis-meses-no-facebook/1019/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

ABRASCO. **Ata da Assembleia Geral Extraordinária da ABRASCO realizada em 14 de novembro de 2013**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013b.

ABRASCO. **Memória da 1ª reunião da Diretoria (gestão 2012-2015) realizada em 28 de fevereiro e 01 de março de 2013**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013c.

ABRASCO. **Memória da 4ª reunião da Diretoria (gestão 2012-2015) realizada em 12 e 13 de agosto de 2013**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013d.

ABRASCO. **Plano Diretor para a área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde – 2013-2016**. Rio de Janeiro, 2013. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013e.

ABRASCO. **Ata da Assembleia Geral Extraordinária da ABRASCO realizada em 07 de setembro de 2014**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014a.

ABRASCO. Abrasco lança novo portal da Saúde Coletiva. **ABRASCO**, 4 maio 2014b. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/abrasco-lanca-novo-portal-da-saude-coletiva/2817/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

ABRASCO. **Abrascão 2015**: Presidentes conversam sobre os novos rumos da Abrasco. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2015a. 1 vídeo (4 min). Publicado pelo canal TV ABRASCO. Disponível em: <https://youtu.be/JvQJchC-tnA>. Acesso em: 16 jan. 2021.

ABRASCO. **Memória da 1a reunião da Diretoria (gestão 2015-2018) realizada em 02 de setembro de 2015**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2015b.

ABRASCO. **Memória da 2a reunião da Diretoria (gestão 2015-2018) realizada em 02 de outubro de 2015**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2015c.

ABRASCO. **Memória da 10a reunião da Diretoria (gestão 2012-2015) realizada em 04 de fevereiro de 2015**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2015d.

ABRASCO. **Memória da 11a reunião da Diretoria (gestão 2012-2015) realizada em 11 e 12 de março de 2015**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2015e.

ABRASCO. Nota Entidades ‘Capital Estrangeiro – Veta Dilma!’. **ABRASCO**, 9 jan. 2015f. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-entidades-capital-estrangeiro-veta-dilma-2/23651/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

ABRASCO. **Memória da 4a reunião da Diretoria (gestão 2015-2018) realizada em 14 e 15 de abril de 2016**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2016a.

ABRASCO. **Memória da 5a reunião da Diretoria (gestão 2015-2018) realizada em 17 de junho de 2016**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2016b.

ABRASCO. **Memória da 6a reunião da Diretoria (gestão 2015-2018) realizada em 09 de setembro de 2016**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2016c.

ABRASCO. **Plano Diretor para a área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde – 2017-2019**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2017.

ABRASCO. **As lutas do Brasil atravessam a Abrasco**: Gastão Wagner e Gulnar Azevedo em diálogo. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2018a. 1 vídeo (11 min). Publicado pelo canal TV ABRASCO. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hVScYG92sBY>. Acesso em: 16 jan. 2021.

ABRASCO. Comissão de Epidemiologia elege nova coordenação e define local para o Epi2020. **ABRASCO**, 31 maio 2018b. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-epidemiologia/comissao-de->

epidemiologia-elege-nova-coordenacao-e-define-local-para-o-epi2020/34387/. Acesso em: 20 jul. 2021.

ABRASCO. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. **ABRASCO**, 23 jan. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/congressos-eventos/congresso-brasileiro-de-saude-coletiva/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

ABRASCO. Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. **ABRASCO**, 11 maio 2020a. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/congressos-eventos/congresso-brasileiro-de-ciencias-sociais-e-humanas-em-saude/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

ABRASCO. Comissão de Política, Planejamento e Gestão. **ABRASCO**, 2020b. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/comissaodepoliticaplanejamentoe gestao/>. Acesso em: 8 ago. 2020.

ABRASCO. Diretoria e Conselho. **ABRASCO**, 2020c. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/diretoria/>. Acesso em: 8 ago. 2020.

ABRASCO. Documentos e memória. **ABRASCO**, 2020d. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/documentos-memoria/>. Acesso em: 8 ago. 2020.

ABRASCO. Fóruns, comissões, comitês e grupos temáticos. **ABRASCO**, 2020e. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/categoria/foruns-comissoes-comites-e-grupos/>. Acesso em: 08 ago. 2020.

ABRASCO. Precisamos das Ciências Sociais e Humanas para compreender e enfrentar a pandemia de Covid-19. **ABRASCO**, 22 abr. 2020f. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/nota-precisamos-das-ciencias-sociais-e-humanas-para-compreender-e-enfrentar-a-pandemia-de-covid-19/47225/>. Acesso em: 08 ago. 2020.

ABRASCO. Congresso Brasileiro de Epidemiologia. **ABRASCO**, 12 maio 2021a. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/congressos-eventos/congresso-brasileiro-de-epidemiologia/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

ABRASCO. Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde. **ABRASCO**, 10 jun. 2021b. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/congressos-eventos/congresso-brasileiro-de-politica-planejamento-e-gestao-em-saude/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

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

BAHIA, L. Uma Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil em 2011. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 27, n. 104, p. 9-10, ago. 2010a.

BAHIA, L. Onde Pendurar a Fatura da Saúde? **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 27, n. 105, p. 6, dez. 2010b.

BAHIA, L.; PORTELA, L. E.; SCHEFFER, M. Dilma vai acabar com o SUS? **Folha de São Paulo**, 5 mar. 2013. Disponível em:

<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2013/03/1240661-tendenciasdebates-dilma-vai-acabar-com-o-sus.shtml>. Acesso em: 16 jan. 2021.

BAPTISTA, T. W. F. *et al.* **Relatório final**: Projeto Investigação sobre a produção de conhecimento no campo da saúde coletiva no Brasil e a trajetória de formulação e implementação da política de saúde. Rio de Janeiro: [s. n.], 2000.

BARATA, R. B. ABRASCO em perspectiva: olhares dos presidentes. *In*: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de.; PAIVA, C. H. A. (orgs.). **Saúde Coletiva**: a ABRASCO em 35 anos de história. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

BARATA, R. B. **Entrevista concedida a Thiago Barreto Bacellar Pereira**. [S. l.: s. n.], 18 mar. 2021.

BELISÁRIO, S. A. **Associativismo em saúde coletiva**: um estudo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

BIRMAN, J. A physis e a saúde coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 7-11, 1991.

BOING, A. F. **Entrevista concedida a Thiago Barreto Bacellar Pereira**. [S. l.: s. n.], 10 mar. 2021.

BOSI, M. L. M. **Entrevista concedida a Thiago Barreto Bacellar Pereira**. [S. l.: s. n.], 12 mar. 2021.

BOURDIEU, P. **As regras da arte**: gênese e estrutura do campo literário. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

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

BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. de S. Aos GTs da ABRASCO. **ABRASCO**, 12 abr. 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/aos-gts-da-abrasco-por-gastao-wagner/28037/>. Acesso em: 16 jan. 2021.

CAMPOS, G. W. de S. **Entrevista concedida a Thiago Barreto Bacellar Pereira**. [S. l.: s. n.], 16 mar. 2021.

- CANESQUI, A. M. As ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. *In*: CANESQUI, A. M. (org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- CARVALHEIRO, J. R. Novo presidente enfrentará os desafios da evolução. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 23, n. 97, p. 12-13, out. 2006.
- CARVALHEIRO, J. R. Parafraseando Temporão. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 24, n. 98, p. 10-11, abr. 2007.
- CARVALHEIRO, J. R. 2006-2009: Internacionalização, descentralização e interação. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 26, n. 103, p. 6-7, dez. 2009.
- CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 343-362, 2004.
- COSTA, H. Entrevista com Humberto Costa. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 87, 2003.
- COSTA, P. S. **Entrevista concedida a Thiago Barreto Bacellar Pereira**. [S. l.: s. n.], 24 fev. 2021.
- COUTINHO, C. N. **Gramsci**: Um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- DONNANGELO, M. A. C. F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70. *In*: ABRASCO. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1983.
- ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. *In*: LIMA, N. T. *et al.* (orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- FACCHINI, L. A. 2009-2012: articulação, debate e propostas em defesa da Saúde Coletiva e do SUS. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 26, n. 103, p.4-5, dez. 2009.
- FACCHINI, L. A. **Entrevista concedida a Thiago Barreto Bacellar Pereira**. [S. l.: s. n.], 11 mar. 2021.
- FLEURY, S. Reforma Sanitária: múltiplas leituras, diálogos e controvérsias. *In*: FLEURY, S. (org.). **Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018.

FM/UFMG. Departamento de Medicina Preventiva e Social. **Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais**, 2019. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/mps/>. Acesso em: 14 ago. 2020.

FONSECA, C. M. O. A história da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. *In*: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de. (orgs.). **Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 21-44.

GERHARDT, T. E. **Entrevista concedida a Thiago Barreto Bacellar Pereira**. [S. l.: s. n.], 15 fev. 2021.

GOLDBAUM, M. Reflexões sobre a pós-graduação em Saúde Coletiva. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 87, 2003.

GOLDBAUM, M. ABRASCO 25 anos. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 21, n. 92, p. 2, nov. 2004.

GOLDBAUM, M.; BARATA, R. B. O feito por fazer. *In*: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de. (orgs.). **Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 79-112.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999-2002. 6 v.

IRIART, J. A. B. *et al.* A avaliação da produção científica nas subáreas da Saúde Coletiva: limites do atual modelo e contribuições para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2137-2147, 2015.

LEVCOVITZ, E. **Entrevista concedida a Thiago Barreto Bacellar Pereira**. [S. l.: s. n.], 8 mar. 2021.

LIMA, L. D.; DIAS, H. S. ABRASCO: diversidade de atuação e trajetória do campo da saúde coletiva no Brasil. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 2, p. 595-597, 2018.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. *In*: LIMA, N. T. *et al.* (orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de. Apresentação. *In*: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de. (orgs.). **Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 9-19.

LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de.; PAIVA, C. H. A. Apresentação. *In*: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de.; PAIVA, C. H. A. (orgs.). **Saúde Coletiva: a ABRASCO em 35 anos de história**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

LOYOLA, M. A. O lugar das Ciências Sociais na Saúde Coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 9-14, 2012.

MACHADO, C. V. *et al.* Produção do conhecimento em política, planejamento e gestão na Revista Ciência & Saúde Coletiva. **Cienc. saúde coletiva**, v. 25, n. 12, 2020.

MASSUDA, A. *et al.* Uma chama que se apaga: residência de medicina preventiva e social. **Rev. bras. educ. med.**, v. 33, n. 4, p. 633-643, 2009.

MATTOS, R. A. **Parecer técnico**: Investigação sobre a produção de conhecimento no campo da saúde coletiva no Brasil e a trajetória de formulação e implementação da política de saúde. Rio de Janeiro: [s. n.], 2000.

MINAYO, M. C. S. Atuação da Abrasco em Relação ao Ensino de Pós-Graduação na Área de Saúde Coletiva. *In*: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de. (orgs.). **Saúde Coletiva como compromisso**: a trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 117-143.

MIRANDA, A. S. **Entrevista concedida a Thiago Barreto Bacellar Pereira**. [S. l.: s. n.], 1 mar. 2021.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. “Paulistanidade” e a construção da Saúde Coletiva no estado de São Paulo, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 5-11, 2017.

MOUFFE, C. **Sobre o político**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2015.

MOUFFE, C. **Por um populismo de esquerda**. São Paulo: Autonomia Literária, 2019.

NOGUEIRA, M. A. Hegemonia. *In*: DI GIOVANNI, G.; NOGUEIRA, M. A. (orgs.). **Dicionário de políticas públicas**. São Paulo: Editora UNESP; FUNDAP, 2015.

NOGUEIRA, R. P. Myrdal contra Winslow: origens e conceitos centrais de uma polêmica internacional sobre saúde e desenvolvimento. **Boletim de análise político-institucional / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, Brasília, n. 16, 2018.

NORONHA, J. C. Uma ABRASCO atuante e propositiva: um balanço da gestão 2000-2003. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 20, n. 89, p. 2-3, out. 2003.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

NUNES, E. D. Comissões e grupos temáticos. *In*: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de. (orgs.). **Saúde Coletiva como compromisso**: a trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 205-231.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. *In*: CAMPOS, G. W. S. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

- PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.
- PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Collective health: a “new public health” or field open to new paradigms? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- PINTO, I.; PAIM, J. A ABRASCO e a experiência da graduação em saúde coletiva. *In*: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de.; PAIVA, C. H. A. (orgs.). **Saúde Coletiva: a ABRASCO em 35 anos de história**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.
- PLATAFORMA SUCUPIRA. 2020. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/>. Acesso em: 9 ago. 2020.
- UM PROJETO aberto: Programa da chapa candidata à gestão 2015-2018. **ABRASCO**, 2 jul. 2015. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/um-projeto-aberto-programa-da-chapa-candidata-a-gestao-2015-2018/11715/>. Acesso em 16 jan. 2021.
- RIBEIRO, P. T. **A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil: 1975/1978**. 1991. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
- SAFATLE, V. **O circuito dos afetos**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2016.
- SANTANA, J. P. de. Fundação e trajetória da ABRASCO. **Boletim ABRASCO: Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 21, n. 92, p. 3-4, nov. 2004.
- SCHRAIBER, L. B. Prefácio. *In*: VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018.
- SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1467-1473, 2015.
- SILVA, M. B. B. **Entrevista concedida a Thiago Barreto Bacellar Pereira**. [S. l.: s. n.], 2 mar. 2021.
- SILVA, S. A. L. S. ABRASCO em perspectiva: olhares dos presidentes. *In*: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de.; PAIVA, C. H. A. (orgs.). **Saúde Coletiva: a ABRASCO em 35 anos de história**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.
- SIQUEIRA, B. P. de. Apresentação. *In*: ABRASCO. **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1983. p. 9-10. v. 2.

SISTEMA E-MEC. 2020. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/emec/nova>. Acesso em: 11 ago. 2020.

SOUZA, L. E. P. F. **Entrevista concedida a Thiago Barreto Bacellar Pereira**. [S. l.: s. n.], 9 mar. 2021.

SOUZA, L. E. P. F. *et al.* Trajetórias recentes da ABRASCO: fazendo o “por fazer”. *In*: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de.; PAIVA, C. H. A. (orgs.). **Saúde Coletiva: a ABRASCO em 35 anos de história**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

STOTZ, E. N. A saúde coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade. *In*: CANESQUI, A. M. (org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

TAMBELLINI, A. T. Questões introdutórias: razões, significados e afetos – expressões do “Dilema preventivista, então e agora. *In*: AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

TAMBELLINI, A. T. *et al.* A Abrasco e os anos de chumbo: a Comissão da Verdade no campo da saúde. *In*: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de.; PAIVA, C. H. A. (orgs.). **Saúde Coletiva: a ABRASCO em 35 anos de história**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

TEIXEIRA, C. F.; SÁ, M. C. Planejamento & gestão em saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 1, n. 1, p. 80-103, 1996.

VAITSMAN, J.; RIBEIRO, J. M.; LOBATO, L. V. C. Análise de políticas, políticas de saúde e saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 589-611, 2013.

VERAS, M. A. S. M. **Entrevista concedida a Thiago Barreto Bacellar Pereira**. [S. l.: s. n.], 6 mar. 2021.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A gênese sócio-histórica da saúde coletiva no Brasil. *In*: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de.; PAIVA, C. H. A. (orgs.). **Saúde Coletiva: a ABRASCO em 35 anos de história**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *et al.* Transformações, continuidades e rupturas (1979-2009). *In*: VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

WACQUANT, L. Poder simbólico e fabricação de grupos: como Bourdieu reformula a questão das classes. **Novos estudos CEBRAP** [online], n. 96, p. 87-103, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002013000200007>. Acesso em: 20 ago. 2021.

APÊNDICE A – Relação dos programas de pós-graduação em saúde coletiva existentes, encerrados em projeto, em agosto de 2020

Quadro 8 – Relação dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva existentes, encerrados em projeto, em agosto de 2020

(continua)

Programa	Sigla da Instituição	UF	Modalidade	Ano de início do Mestrado	Ano de início do Doutorado	Ano de término
Saúde Pública	USP/FSP	SP	Acadêmico	1970	1970	
Saúde Pública	USP/FMRP	SP	Acadêmico	1971	1971	
Saúde Coletiva	USP/FM	SP	Acadêmico	1973	1973	
Saúde Coletiva	UFBA/ISC	BA	Acadêmico	1974	1989	
Saúde Coletiva	UERJ	RJ	Acadêmico	1974	1990	
Saúde Pública	FIOCRUZ/ENSP	RJ	Acadêmico	1977	1980	
Saúde da Criança e da Mulher	FIOCRUZ/IFF	RJ	Acadêmico	1988	1996	
Epidemiologia	UNIFESP/EPM	SP	Acadêmico	1988		2012
Saúde Coletiva	UEL	PR	Acadêmico	1990	2009	
Epidemiologia	UFPEL	RS	Acadêmico	1991	1998	
Saúde Coletiva	UNICAMP	SP	Acadêmico	1991	1991	
Saúde Coletiva	UFMS	MS	Acadêmico	1992		2011
Saúde e Ambiente	UFMT	MT	Acadêmico	1993		2002
Saúde Pública	UFMG/FM	MG	Acadêmico	1994	2002	
Saúde Pública	UFC	CE	Acadêmico	1994	2015	
Saúde Coletiva	UECE	CE	Acadêmico	1994	2014	
Saúde Coletiva	UFSC	SC	Acadêmico	1996	2009	
Saúde Pública	FIOCRUZ/IAM	PE	Acadêmico	1996	2003	
Saúde Coletiva	UFRJ	RJ	Acadêmico	1997	2009	
Saúde Coletiva	UEFS	BA	Acadêmico	1997		2002
Saúde Coletiva	ULBRA	RS	Acadêmico	1997		2018
Saúde Coletiva	UNESP (Botucatu)	SP	Acadêmico	1998	2008	

Quadro 8 – Relação dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva existentes, encerrados em projeto, em agosto de 2020

(continuação)

Programa	Sigla da Instituição	UF	Modalidade	Ano de início do Mestrado	Ano de início do Doutorado	Ano de término
Saúde Coletiva	UFPE	PE	Acadêmico	1998		2008
Epidemiologia	UFRGS	RS	Acadêmico	1999	1999	
Saúde Coletiva	UFES	ES	Acadêmico	1999	2012	
Saúde Coletiva	UERJ	RJ	Profissional	2000		
Saúde Coletiva	UFBA/ISC	BA	Profissional	2001		
Saúde Pública	FIOCRUZ/ENSP	RJ	Profissional	2002		
Saúde Coletiva	UNISINOS	RS	Acadêmico	2002	2013	
Saúde Coletiva	UEFS	BA	Acadêmico	2003	2016	
Saúde Coletiva	UNIFOR	CE	Acadêmico	2003	2015	
Saúde Coletiva	UFMT	MT	Acadêmico	2003	2015	
Saúde Coletiva	FCMSCSP-TI	SP	Profissional	2004		
Saúde da Criança e da Mulher	FIOCRUZ/IFF	RJ	Profissional	2004		
Saúde Coletiva	UNISANTOS	SP	Acadêmico	2004	2013	
Vigilância sobre Saúde	UPE	PE	Profissional	2004		2012
Saúde Pública	FIOCRUZ/IAM	PE	Profissional	2005	2019	
Saúde da Família	UNESA	RJ	Profissional	2005	2019	
Saúde Pública e Meio Ambiente	FIOCRUZ/ENSP	RJ	Acadêmico	2006	2006	
Saúde Coletiva	UNIFESP/EPM	SP	Acadêmico	2006	2006	
Nutrição em Saúde Pública	USP/FSP	SP	Acadêmico	2007	2007	
Epidemiologia	UFRGS	RS	Profissional	2007		2019
Saúde Coletiva	UFMA	MA	Acadêmico	2007	2009	
Saúde Coletiva	UFJF	MG	Acadêmico	2007	2015	
Saúde, Ambiente e Trabalho	UFBA/FM	BA	Acadêmico	2007		
Vigilância em Saúde Pública	USP/FSP	SP	Profissional	2007		2012

Quadro 8 – Relação dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva existentes, encerrados em projeto, em agosto de 2020

(continuação)

Programa	Sigla da Instituição	UF	Modalidade	Ano de início do Mestrado	Ano de início do Doutorado	Ano de término
Epidemiologia em Saúde Pública	FIOCRUZ/ENSP	RJ	Acadêmico	2008	2008	
Saúde Coletiva	UFAC	AC	Acadêmico	2008	2016	
Saúde Coletiva	UFF	RJ	Acadêmico	2008		
Saúde Pública e Meio Ambiente	FIOCRUZ/ENSP	RJ	Profissional	2008		2015
Saúde Pública Baseada em Evidências	UFPEL	RS	Profissional	2008		2016
Gestão de Serviços de Saúde	UEL	PR	Profissional	2008		2019
Saúde Coletiva	UECE-UFC-UNIFOR	CE	Acadêmico		2008	2019
Saúde Pública	UEPB	PB	Acadêmico	2009		
Saúde Coletiva	UFPE	PE	Acadêmico	2009		
Epidemiologia em Saúde Pública	FIOCRUZ/ENSP	RJ	Profissional	2010		
Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva	UFRJ/UERJ/UFF/ENSP	RJ	Acadêmico	2010	2010	
Avaliação em Saúde	IMIP	PE	Profissional	2010		
Saúde da Família	UFC	CE	Acadêmico	2010		
Saúde Coletiva	UFG	GO	Profissional	2010		
Saúde Coletiva	UNB	DF	Acadêmico	2011	2013	
Promoção de Saúde e Prevenção da Violência	UFMG/EE	MG	Profissional	2011		
Saúde Coletiva	UEFS	BA	Profissional	2011		
Saúde Coletiva	CRH/SES-SP	SP	Profissional	2011		
Saúde Mental e Atenção Psicossocial	UFSC	SC	Profissional	2011		
Gestão da Clínica	UFSCAR	SP	Profissional	2011		
Ensino em Saúde	UFVJM	MG	Profissional	2011		
Saúde Coletiva	UNB	DF	Profissional	2011		
Saúde da Família	FIOCRUZ/RENASF	Em rede	Profissional	2012	Em projeto	
Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde	UNICAMP	SP	Profissional	2012		

Quadro 8 – Relação dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva existentes, encerrados em projeto, em agosto de 2020

(continuação)

Programa	Sigla da Instituição	UF	Modalidade	Ano de início do Mestrado	Ano de início do Doutorado	Ano de término
Ensino na Saúde	UFRGS	RS	Profissional	2012		
Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde	HSL/IEP	SP	Profissional	2012		
Saúde Coletiva	UFRGS	RS	Acadêmico	2012		
Saúde Coletiva	FIOCRUZ/IRR	MG	Acadêmico	2013	2013	
Gestão de Organizações de Saúde	USP/FMRP	SP	Profissional	2013		
Saúde Coletiva	FCMSCSP-TI	SP	Acadêmico	2013	2013	
Saúde Coletiva	FURB	SC	Profissional	2013		
Avaliação de Tecnologias em Saúde	INC	RJ	Profissional	2013		
Saúde no Ciclo Vital	UCPEL	RS	Profissional	2013		
Saúde da Família	UFMS	MS	Profissional	2013		
Gestão de Programas e Serviços de Saúde	UNICEUMA	MA	Profissional	2013		
Saúde Global e Sustentabilidade	USP/FSP	SP	Acadêmico		2013	
Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia	UFPA	PA	Acadêmico	2014		
Saúde Pública	FURG	RS	Acadêmico	2014		
Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde	UFRN	RN	Profissional	2014		
Saúde Coletiva	UFRN	RN	Acadêmico	2015	2015	
Condições e Vida e Situações de Saúde na Amazônia	FIOCRUZ/ILMD	AM	Acadêmico	2015		
Saúde e Comunidade	UFPI	PI	Acadêmico	2015		
Saúde Coletiva	UFPR	PR	Acadêmico	2015		
Saúde Coletiva	UFRN/FACISA	RN	Acadêmico	2015		
Avaliação de Tecnologia para o SUS	GHC	RS	Profissional	2015		
Atenção Primária à Saúde	UFRJ	RJ	Profissional	2015		
Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador	UFU	MG	Profissional	2015		
Políticas Públicas em Saúde	FIOCRUZ/DIREB/EGS	DF	Profissional	2015		

Quadro 8 – Relação dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva existentes, encerrados em projeto, em agosto de 2020
(conclusão)

Programa	Sigla da Instituição	UF	Modalidade	Ano de início do Mestrado	Ano de início do Doutorado	Ano de término
Saúde Coletiva	UNESC	SC	Profissional	2015		
Epidemiologia	USP/FSP	SP	Acadêmico		2015	
Entomologia em Saúde Pública	USP/FSP	SP	Profissional	2016		
Saúde Coletiva	UFBA/IMS	BA	Acadêmico	2016		
Epidemiologia e Vigilância em Saúde	IEC	PA	Acadêmico	2016		
Gestão em Saúde	UECE	CE	Profissional	2016		
Saúde da Família	ABRASCO/ProfSaúde	Em rede	Profissional	2017		
Vigilância e Controle de Vetores	FIUCRUZ/IOC	RJ	Profissional	2017		
Gestão de Serviços de Saúde	UFMG/EE	MG	Profissional	2018		
Saúde Coletiva	UFPB	PB	Acadêmico	2019		
Gestão, Trabalho, Educação e Saúde	UFRN	RN	Profissional	2019		
Gestão e Inovação Tecnológica em Saúde	UFS	SE	Profissional	2019		
Saúde Coletiva	UNEB	BA	Profissional	2019		
Saúde da População Negra e Indígena	UFRB	BA	Profissional	2020		
Saúde Coletiva	UEA	AM	Acadêmico	Em projeto		
Saúde Pública na Amazônia	FIUCRUZ/ILMD	AM	Acadêmico		Em projeto	
Saúde Coletiva e Controle do Câncer	INCA	RJ	Profissional	Em projeto		

Fonte: Elaboração própria com base em dados da Plataforma Sucupira (c2016).

APÊNDICE B – Relação de cursos de graduação em saúde coletiva, em agosto de 2020

Quadro 9 – Relação de cursos de graduação em Saúde Coletiva, em agosto de 2020

(continua)

Instituição	Sigla	UF	Nome do Curso	Data de início
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul	UERGS	RS	Administração em Sistemas e Serviços de Saúde	08/04/2002
Universidade Federal do Acre	UFAC	AC	Saúde Coletiva	04/06/2008
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia	UNB	DF	Gestão de Saúde	01/08/2008
Universidade de Brasília/Faculdade de Ciências da Saúde	UNB	DF	Gestão em Saúde Coletiva	04/08/2008
Centro Universitário de Saúde do ABC	CUSABC	SP	Gestão em Saúde Ambiental	04/08/2008
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	UFRN	RN	Saúde Coletiva	16/02/2009
Universidade Federal do Rio de Janeiro	UFRJ	RJ	Saúde Coletiva	01/03/2009
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	UFRGS	RS	Saúde Coletiva	01/03/2009
Universidade Federal da Bahia	UFBA	BA	Saúde Coletiva	02/03/2009
Universidade Federal de Minas Gerais	UFMG	MG	Gestão em Serviços de Saúde	02/03/2009
Universidade Federal do Paraná	UFPR	PR	Saúde Coletiva	27/07/2009
Universidade Federal de Mato Grosso	UFMT	MT	Saúde Coletiva	04/03/2010
Universidade Federal de Uberlândia	UFU	MG	Gestão em Saúde Ambiental	10/03/2010
Universidade de São Paulo	USP	SP	Saúde Pública	01/01/2012
Universidade Federal de Integração Latino-Americana	UNILA	PR	Saúde Coletiva	27/02/2012
Universidade do Estado do Amazonas	UEA	AM	Saúde Coletiva	06/08/2012
Universidade Federal de Pernambuco	UFPE	PE	Saúde Coletiva	09/05/2013
Universidade de Pernambuco	UPE	PE	Saúde Coletiva	01/08/2013
Universidade Federal de Roraima	UFRR	RR	Gestão em Saúde Coletiva Indígena	23/09/2013

Quadro 9 – Relação de cursos de graduação em Saúde Coletiva, em agosto de 2020

(conclusão)

Instituição	Sigla	UF	Nome do Curso	Data de início
Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará	UNIFESSPA	PA	Saúde Coletiva	04/12/2013
Centro Universitário Tabosa de Almeida	ASCES-UNITA	PE	Saúde Coletiva	22/01/2014
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	UFCSPA	RS	Gestão em Saúde	17/02/2014
Universidade Federal do Oeste do Pará	UFOPA	PA	Saúde Coletiva	07/05/2018
Universidade do Estado do Pará	UEPA	PA	Saúde Coletiva	Não iniciado

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Sistema e-MEC (2020).

APÊNDICE C – Roteiro para entrevista semiestruturada

Bloco I: Identificação e perfil do entrevistado

- a) Para começar, por favor, fale um pouco sobre a sua formação e trajetória profissional.
- b) Além da sua participação na ABRASCO, qual outra inserção você possui (ou já possuiu) em entidade/movimento da sociedade civil ou organização política que mereça ser destacada?
- c) Como você se aproximou da ABRASCO?
- d) Por favor, fale sobre a sua participação na entidade.
- e) Em relação a sua eleição para [presidente ou coordenador de Comissão ou Fórum], como foi esse processo eleitoral?
- f) Conte também como foi a sua sucessão. Quais os principais fatores que influenciaram o contexto dessa eleição?

Bloco II: Saúde Coletiva e ABRASCO

- a) Em diferentes estudos, com diversos recortes e abordagens, uma característica da Saúde Coletiva que costuma ser apontada é a existência de três áreas disciplinares no seu interior, ainda que os nomes variem: Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Epidemiologia e Política, Planejamento e Gestão da Saúde.

Na sua opinião, qual é o papel que a ABRASCO cumpre na relação entre essas áreas?

(Caso não seja abordado na resposta: Na constante busca de reconhecimento de saberes e da importância de cada área no interior da Saúde Coletiva, ocorrem eventuais tensões entre elas. Como você vivenciou isso durante a sua gestão?)

- b) Em 1979, seis instituições participaram da fundação da ABRASCO. Elas eram responsáveis pelos seis PPGs em Saúde Pública, Saúde Comunitária, Medicina Preventiva ou Medicina Social existentes à época. A pós-graduação era formada principalmente pelas 13 residências em Medicina Preventiva e Social e pelos cursos de especialização em Saúde Pública. Além disso, não havia bacharelado em Saúde Coletiva. Em julho de 2018, a ABRASCO contava com 75 instituições associadas, responsáveis por 53 PPGs *stricto sensu*, inúmeros cursos de especialização e 23 cursos de graduação.

Para você, como esse crescimento da Saúde Coletiva repercutiu na ABRASCO nos últimos anos?

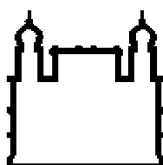
(Caso não seja abordado na resposta: Durante a sua gestão, você observou disputas entre as instituições?)

- c) Outro traço muito destacado na literatura que trata da Saúde Coletiva é a diversidade, incluindo abordagens teórico-metodológicas, temáticas e concepções políticas. Como isso tem se expressado na ABRASCO?
- (Caso não seja abordado na resposta: Você poderia apontar alguma divergência motivada por essas diferenças?)
- d) O que você acrescentaria sobre a importância da ABRASCO para a Saúde Coletiva?

Bloco III: Dinâmica política da ABRASCO

- a) No primeiro ano da gestão de Luiz Augusto Facchini, em 2010, [levantamento com GTs] foi iniciado um processo de reforma da Associação, resultando na mudança do nome da entidade, em 2011, na aprovação de um novo estatuto, em 2012, e na elaboração de um novo regimento interno, em 2013. Além dessas mudanças objetivas, o que você destacaria na organização interna da ABRASCO desde 2010?
- b) E na sua atuação pública?
- c) Você gostaria de destacar mais alguma característica da ABRASCO ou fazer alguma observação ou comentário?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde
 FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “A ABRASCO e a dinâmica de consensos, conflitos e disputas na Saúde Coletiva”, desenvolvida por Thiago Barreto Bacellar Pereira, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professor Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista.

O objetivo central deste estudo é analisar a produção de consensos, disputas e conflitos, no período entre 2009 e 2018, que se desenvolveram no interior da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), frente as tensões e os desafios existentes na Saúde Coletiva.

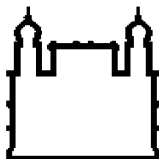
Este convite se deve ao papel estratégico que você desempenhou na ABRASCO no período estudado. Aceitando participar da pesquisa, você será convidado a conceder uma entrevista ao pesquisador responsável pelo projeto. A entrevista será orientada por um roteiro semiestruturado cujos temas versam sobre sua trajetória e experiências como integrante da Abrasco. O tempo necessário à realização da entrevista é variável e você poderá informar ao pesquisador que gostaria de encerrá-la a qualquer momento. Estima-se, no entanto, que a duração seja de aproximadamente duas horas, podendo ser realizada em mais de uma sessão, caso haja necessidade e conforme sua disponibilidade e interesse.

Devido a pandemia de Covid-19, a entrevista será realizada à distância, com interação por áudio e vídeo, por meio da plataforma Zoom.

Estando de acordo, a entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Contudo, a qualquer momento durante a realização da entrevista você pode solicitar ao pesquisador que interrompa a gravação. Os arquivos digitais com o material obtido (gravação e transcrição) serão armazenados em local seguro e de uso exclusivo do pesquisador responsável. Entretanto, não se pode afastar totalmente o risco de vazamento deste material, ainda que este seja reduzido.

A metodologia da pesquisa é qualitativa, e as entrevistas com atores chave desempenham um papel muito relevante para a análise da produção de consensos, disputas e conflitos em torno de projetos, concepções teóricas e políticas existentes na ABRASCO e que possivelmente expressam dinâmicas da Saúde Coletiva.

As informações obtidas nas entrevistas serão sistematizadas pelo pesquisador e analisadas em seu conjunto, assim como os materiais reunidos a partir de outras



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



fontes. Serão evitadas citações diretas de falas no trabalho final a ser elaborado para apresentação de resultados ou em produtos que dele derivem. Em situações específicas, se for necessária a referência a uma dada entrevista como fonte de informação, esta será feita preferencialmente em nota de rodapé com menção ao nome do entrevistado e da data de realização da entrevista.

Caso opte pelo anonimato, sua identificação será omitida. Todavia, há a possibilidade que seja identificado indiretamente, tendo em vista o pequeno número de participantes da pesquisa, a relevância dos selecionados no interior da ABRASCO e o fato da atuação possuir uma dimensão pública.

Consideramos que os riscos relacionados à sua participação são mínimos, mas existentes, como constrangimento ou desconforto provocado por situações que venham a ser lembradas. Como forma de minimizá-las, você poderá interromper temporariamente a entrevista ou desistir de participar da mesma.

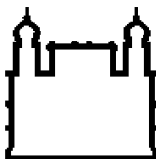
A sua participação nesta pesquisa é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir de participar a qualquer momento sem ser penalizado de nenhuma maneira.

O estudo não proporcionará benefícios diretos aos participantes. Entretanto, considera-se que a análise proposta na pesquisa, para além de elucidar dinâmicas específicas da ABRASCO permite ampliar a compreensão e a conformação de linhas de tensões e desafios existentes na Saúde Coletiva. Os resultados do estudo serão publicados na forma de dissertação de mestrado acadêmico, artigos científicos e apresentações em eventos científicos. O pesquisador se compromete, ainda, em, após a conclusão da dissertação, enviar os resultados para os participantes da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meio de contato explicitados neste Termo.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. **Todas** as páginas deverão ser rubricadas pelo participante e pelo pesquisador, com ambas as assinaturas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP)**. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.



Ministério da Saúde
 FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



CEP/ENSP

Telefone: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo, Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ.

CEP: 21041-210

Site: <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa>

Pesquisador Responsável – Thiago Barreto Bacellar Pereira (mestrando do PPG em Saúde Pública da ENSP)

Telefone: (21) 98578-1851

E-mail: thiago.barreto@abrasco.org.br

_____, ____ de _____ de 2021.

 Thiago Barreto Bacellar Pereira

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “A ABRASCO e a dinâmica de consensos, conflitos e disputas na Saúde Coletiva” e concordo em participar.

- () Autorizo a gravação da entrevista.
 () Não autorizo a gravação da entrevista.
 () Autorizo a minha identificação em citações da entrevista.
 () Não autorizo a minha identificação em citações da entrevista.

 (Nome do participante)