



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

de Souza Minayo, Maria Cecília
Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Um Projeto em Construção
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 2, núm. 1, enero, 1997, pp. 53-71
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042992011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Um Projeto em Construção

Maria Cecília de Souza Minayo¹

Resumo: Este artigo apresenta uma reflexão analítica sobre a Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Brasil, a partir de três elementos: um processo de avaliação da área liderado pela ABRASCO durante os anos de 1995 e 1996, abrangendo a evolução histórica dos programas, suas estruturas curriculares, a demanda aos cursos, os egressos e a produção e difusão técnico-científica; um processo de discussão do Sistema Nacional de Pós-Graduação, realizado pela comunidade acadêmica e coordenado pela CAPES durante o ano de 1996; e uma contextualização da crise cultural e institucional que afeta toda a área de ciência e tecnologia, incluindo-se o setor saúde, a partir das novas questões trazidas pelo movimento de globalização.

O texto demonstra que a Pós-Graduação em Saúde Coletiva compartilha com o sistema nacional seus êxitos e problemas, possuindo um grau de maturidade suficiente para promover as inflexões necessárias às mudanças conceituais e organizacionais que o momento histórico requer, preservando sua tradição originária e reafirmando seus compromissos acadêmico e social.

Palavras-Chave: Avaliação; Ciência e Tecnologia; Pós-Graduação; Saúde Coletiva.

Summary: This study presents an analytical discussion on the Graduate Studies in the field of "Collective Health", in Brazil, based on three issues: 1) An evaluation process of the area under ABRASCO (Brazilian Association of Collective Health) leadership, from 1995 to 1996, covering an historical evolution of the training programs, their curriculum structure, the students input and output, and the technical and scientific production and its diffusion; 2) An analysis of the national system of graduate studies accomplished by the academic community and coordinated by CAPES (Coordination of Development of Human Resources in Higher Education), during the year of 1996; 3) And a contextual analysis of the cultural and institutional crisis the area of science and technology undergo nowadays, including the health sector, departing from the new challenges posed by globalization.

The article demonstrates that graduate studies in collective health share with the national system both their achievements and problems, being today a mature field of knowledge both in its conceptual developments and institutional channels, and one that preserves tradition and commitment with the academic scene and broad social questions.

Keywords: Evaluation process; Science and Technology; Post-graduate courses; Collective Health.

¹ Ex-presidente da ABRASCO; vice-presidente da Fundação Oswaldo Cruz.

1 - Introdução

Este artigo pretende levantar algumas questões para a construção da Pós-Graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva, a partir de um processo de auto-avaliação e de avaliação externa da área, realizado nos anos de 1995 e 1996, culminando com um seminário internacional em outubro de 1996.

No intuito de situar o debate em pauta na complexidade sócio-histórica e cultural de que faz parte, buscarei articular a referida avaliação no contexto das indagações que hoje se fazem ao próprio sistema de Pós-Graduação brasileiro, tendo em vista a realidade nacional de saúde e as necessidades de desenvolvimento da ciência e tecnologia no país.

Há dois anos, a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) vem empreendendo um esforço sistemático para proceder à avaliação da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, atendendo a uma demanda dos professores e pesquisadores que atuam no setor. Periodicamente, desde 1978, com o I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (um ano antes da criação formal da ABRASCO); em 1982, com o II Encontro Nacional, ambos mencionados por Nunes (1996); também em 1987, quando houve um trabalho de caracterização dos programas, num seminário em Salvador, Bahia, registrado e publicado por Cohn e Nunes (1988), a associação tem se preocupado em manter discussões e estabelecer consenso sobre esse nível de ensino da área, inclusive através de oficinas nos vários Congressos que realiza. Foi, porém, nesses últimos dois anos que se conseguiu consolidar um conhecimento mais sistemático abrangendo uma pesquisa nacional descritiva sobre as estruturas curriculares, a demanda, os egressos, a produção e a divulgação científica. Essa investigação, organizada por um grupo de professores/pesquisadores da área, foi objeto de análise em vários seminários, onde estiveram presentes os coor-

denadores dos cursos, culminando com uma sessão internacional em que se debateram, com consultores do país e do exterior, as necessárias mudanças nos rumos dos programas. O olhar reflexivo para a dinâmica da formação pós-graduada se encontra resumido neste número da recém-criada revista *Ciência & Saúde Coletiva*.

O amadurecimento de vários cursos e o rápido surgimento de novos na década de 90, além de outras questões que serão aqui contextualizadas, constituíram a motivação para que a área buscasse confrontar sua identidade e seus problemas, tomando fôlego e alento para responder adequadamente aos desafios do presente e do futuro próximo.

Embora não tenha havido uma demanda externa para esse processo avaliativo, ele coincide com um momento de profunda inflexão de todo o sistema de Pós-Graduação nacional, para repensar seus êxitos, suas estratégias e também novos encaminhamentos para as questões consideradas problemáticas. Coincidentemente, no ano de 1996 a CAPES (Fundação para a Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior) promoveu amplo debate que culminou com um Seminário nacional, em dezembro, consolidando as perspectivas da comunidade acadêmica brasileira e proporcionando subsídios para a elaboração do IV Plano Nacional de Pós-Graduação (CAPES/MEC, 1996).

Foram discutidos temas cruciais de política acadêmica, como as relações entre a Pós-Graduação, a pesquisa, o mercado e o desenvolvimento tecnológico; os dilemas da avaliação tradicional da CAPES; a expansão do sistema e as desigualdades e os desequilíbrios regionais; o financiamento; as relações entre a Graduação e a Pós-Graduação; a formação e o mercado de trabalho (CAPES/MEC, 1996). Na verdade, todos esses temas repercutem na análise da formação em Saúde Coletiva, havendo, conseqüentemente, um nível geral de questões, no interior das quais a área se inclui; e outro, em que os problemas têm

que ser tratados com especificidade. Não houve, portanto, nenhuma redundância prejudicial, no fato de o Sistema de Pós-Graduação e a área de Saúde Coletiva estarem, ambos, em ritmo de discussão. Pelo contrário, as conclusões a que os dois processos levaram mostram o privilégio de os programas poderem se beneficiar de um debate nacional evoluindo *pari passu* a seu próprio movimento de avaliar o desempenho, propor mudanças e implementar novas estratégias de ação.

2 - Contextualização

Tanto a discussão sobre o sistema de Pós-Graduação como a relativa à área específica constituem hoje necessidade inadiável, frente às intensas mudanças que ocorrem aceleradamente no mundo inteiro. Sob o epíteto geral de *globalização*, a sociedade vive uma nova etapa na sua história, capitaneada pela chamada *revolução tecnológica*, que propicia uma aceleração da internacionalização do capital (crescente expansão dos fluxos financeiros internacionais, com impacto sobre as economias nacionais; globalização do processo produtivo e ampliação do comércio internacional; revolução nos métodos de produção; mudanças nas relações de trabalho; regulação padronizada mundialmente das normas de produção, propriedade intelectual, regras de investimento etc.) demandando mudanças no papel do Estado, e evidenciando e acirrando problemas sociais crônicos do capitalismo, como a marginalização, o desemprego estrutural e a exclusão social. Alguns se tornaram também globalizados como a volatilidade do capital, o tráfico de drogas, as migrações, a violência social e a depredação ambiental.

Embora aparentemente distantes, as mudanças macroeconômicas e sociais influem (não necessariamente de forma negativa) no mais cotidiano das ações e opções. Por isso,

toda a sociedade atual se vê obrigada a rever conceitos, posições e propostas que até bem pouco tempo pareciam consolidadas.

Marco referencial dos novos tempos é a queda do muro de Berlim. Fato e metáfora de transbordamento e ruptura, 1989 passou à história como o ano terminal de uma era e o começo de outra. Referindo-se a essa data simbólica, o diretor do *Le Monde Diplomatique*, Inácio Ramonet (1996), afirma que “a comunicação tornou-se a locomotiva do século XXI; a grande transformação tecnológica, a auto-estrada da informação; e o fenômeno que marca a entrada no novo século é a Internet”. Esse crítico francês denuncia a tendência ao pensamento único que tomou conta do Ocidente a partir da derrocada dos regimes socialistas do leste europeu, impedindo qualquer visão dissidente e toda posição contrária. Reafirma que “o sistema conceitual e paradigmático de hoje nada tem que ver com aquele de 1989.”

Gostaria de assinalar também a contribuição de Eric Hobsbawm em *A Era dos Extremos* (1995), onde o subtítulo – *O Breve Século XX* – chama a atenção para o apagar das luzes na data simbólica de 1989. Esse autor ressalta a derrubada dos regimes autoritários da Europa Oriental e a superação do *apartheid* na África do Sul, como eventos-marco. Do ponto de vista das mentalidades, assinala o declínio do prestígio dos partidos políticos, considerados até então, “a grande máquina social para transformar homens e mulheres em cidadãos ativos” (1995:557); o surgimento de novos símbolos de identificação nacional como os esportes, as artes e outros; a ascensão do direito coletivo das pessoas comuns; e o fortalecimento de um grande ator político, os meios de comunicação social, como “poderosos contrapesos aos segredos dos governos” (1995:558).

No campo cultural, a ênfase recai sobre a crise associada prioritariamente à economia industrial, sob o conceito amplo de *razão iluminista*, ou seja, “a idéia-força de que

a razão possui capacidade ilimitada de orientar o comportamento e as ações humanas na direção de um futuro sempre melhor”, conforme resume Andrade (1995:9).

Se para as mudanças políticas a data simbólica é a queda do muro de Berlim, no âmbito da cultura os eventos históricos que evidenciam novas inquietações vão desde as revoltas da juventude dos anos 60, mais precisamente a de 1968, expressando-se com nitidez a partir do choque do petróleo, da expansão dos regimes autoritários na América Latina e da Guerra do Vietnã. Ou seja, a crise cultural se acentua através dos movimentos de descoberta dos limites ecológicos do desenvolvimento, pondo em cheque a idéia positivista do progresso, o antropocentrismo ocidental e o valor universal da razão como a deusa da sociedade industrial.

O final do século XX permitiu perceber uma contradição fundamental da modernidade iluminista: de um lado, ela representou uma ruptura drástica com a cultura medieval fundamentada na autoridade religiosa e na tradição, introduzindo a crítica metódica e propiciando o desenvolvimento científico. De outro, a razão foi identificada à própria verdade, levando ao menosprezo e ao desconhecimento das outras dimensões do ser humano e da vida, das diferenças e das diversidades culturais.

As instituições de ensino e pesquisa tal como se conhecem hoje, em suas estruturas organizacionais e filosofias de produção e reprodução, são ao mesmo tempo promotoras, reprodutoras e produtos da modernidade iluminista. Parte substancial de sua crise se deve ao esgotamento de um modelo de razão e de ação. A crise que se vislumbra na atualidade vem junto com profundas mudanças macroeconômicas e sociais, mas é também fruto de uma revisão do domínio da razão, e é engendrada no interior das instituições e do próprio sistema de ciência e tecnologia.

No seu lado mais criativo e saudável, uma nova proposta cultural combina a per-

cepção de várias lógicas, é pluridimensional; integra simultaneamente tempo e espaço e as complexas dimensões de ambos; recupera a subjetividade como dimensão da racionalidade e a convivência de várias racionalidades; introduz as diferenças de gênero, de nacionalidades, de etnias, de experiências e de conhecimentos como enriquecimentos culturais, trazendo para o vocabulário da cultura termos como *glocal* (síntese do global e do local) e *síncrese* (mais que síntese da tese e da antítese, convivência de várias teses e várias antíteses), no dizer de Canevacci, numa Conferência Magistral (1995), e inserindo no dicionário da ciência a referência obrigatória ao *método da complexidade* (Morin, 1994). Isso no seu lado criativo e inovador.

No seu reverso, se manifesta também pela exacerbação do individualismo, pela busca de concorrência desenfreada, pela quebra da ideologia e dos valores de solidariedade social ao molde do “Estado de Bem-estar Social”, veicula crença exagerada no mercado e nos seus poderes, colocando o consumo e o consumidor como figuras centrais do direito. De certa forma, o fascínio consumista, materializado na cultura dos *shopping centers*, por vezes passa a preencher o lugar da religião e do templo, embora, ao mesmo tempo, cresçam os fundamentalismos.

Se, desde o final do século XIX, a Ciência foi considerada progressivamente um fator de desenvolvimento econômico, o grande desafio do presente, para todas as nações, passou a ser sua capacidade de gerar e se apropriar dos conhecimentos científicos e tecnológicos, sua rápida difusão e uso pelo setor produtivo e pela sociedade em geral. Hoje constituem eles o principal insumo para o desenvolvimento. Nas palavras de Longo: “estima-se que os conhecimentos científicos e tecnológicos têm duplicado a cada 10 a 15 anos e mais de 80% deles foram gerados após a Segunda Guerra Mundial. A continuar tal dinâmica, dentro de 10 anos, 50% dos objetos que esta-

remos usando não terão sido sequer inventados" (Longo, 1995:18).

Essas reflexões são válidas também para o campo da ciência e tecnologia em saúde, porque esse setor é hoje considerado no mundo inteiro fruto e dinamizador do desenvolvimento, importante agente da economia para a produção de bens e serviços, e campo de geração de novos conhecimentos e absorção de tecnologias. Por isso, além de ser um direito de realização bio-psico-social dos indivíduos e das coletividades, de ser um ideal de determinada sociedade, que assim estabelece padrões para sua qualidade de vida, a Saúde é requisito e propulsora de desenvolvimento.

Enquanto direito e ideal, a Saúde é sobretudo um bem econômico e cultural em disputa, onde os avanços científicos e tecnológicos beneficiam desigualmente a humanidade e as sociedades, evidenciando a relação entre a acumulação de capital e de conhecimento e o aumento das desigualdades sociais e das diferenciações do perfil epidemiológico.

Exemplo do que estamos discutindo é o caso do Brasil, onde as últimas décadas representam um período de importantes mudanças nas condições de vida e de saúde da população, com tendências de aumento significativo da expectativa de vida e reduções acentuadas nos indicadores de mortalidade infantil e de mortalidade por doenças infecciosas, acompanhando, aparentemente, perfis de países desenvolvidos, como revelam os trabalhos de Barreto e Carmo (1994), Minayo (1995) e Monteiro (1995). Uma análise mais acurada, porém, mostra, segundo os mesmos autores e outros como Duchiade (1995), disparidades imensas destes indicadores segundo padrões regionais e de estratificação social; crescimento de problemas como a violência, das doenças de origem ocupacional e ambiental; reaparecimento de epidemias como cólera e dengue; persistência de grandes endemias como a doença de Chagas, a esquistossomose e a malária;

aumento da frequência de enfermidades crônico-degenerativas, sobretudo aquelas ligadas ao aumento da população idosa.

Apesar dos perfis de mortalidade geral no país se assemelharem aos de outras nações mais desenvolvidas, os padrões de morbidade, no entanto, apresentam importantes diferenciações e especificidades, demandando atenção especial dos que atuam e organizam os serviços e dos que estabelecem as pautas no campo do conhecimento e da formação de recursos humanos. Essa agenda exige para a pesquisa, o ensino e a prática da Saúde Coletiva, um trabalho de sintonia fina que leve em conta determinantes sociais; macro e micro-padrões epidemiológicos; diferenças inter e intra-regionais, de classes sociais, de cobertura na atenção, promoção e informação. Ou seja, as diferenciações internas do quadro epidemiológico desaconselham a incorporação indiscriminada de tecnologias importadas, provenientes de outras realidades sanitárias e sócio-econômicas, porque, freqüentemente, revelam-se inapropriadas e caras.

Um estudo da Commission of Health Research for Development (1990) mostra a imensa dissociação entre gastos com pesquisa (95% deles realizados em países desenvolvidos) e a situação de problemas de saúde (95% das mortes prematuras se situam nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos), sinalizando que o processo de geração de conhecimentos é discriminatório e excludente. Não causa surpresa, portanto, que um novo discurso sobre a saúde e, em consequência, sobre a vida e sobre a morte, intrinsecamente articulado ao desenvolvimento tecnológico de ponta, esteja se gestando nos países desenvolvidos (com primazia para os Estados Unidos).

Lucien Sfez o detecta num estudo antropológico realizado com as elites dos Estados Unidos, do Japão e da França, traduzindo-o como "o mito da saúde perfeita", e definindo-o como misto de "uma religião ecobiológica,

cujos textos sagrados estão escritos nos laboratórios de genética e ecologia; sendo seus objetos de culto, os produtos da biotecnologia e receitas dietéticas; e seus praticantes, os antitabagistas e os consumidores de comida sem colesterol” (1995:229).

A religião da grande saúde, segundo Sfez, pretende fazer uma nova história humana, corrigir todos os seres geneticamente defeituosos, purificar o planeta e levar o ser humano ao paraíso pelas mãos da ciência. No bojo desses sonhos, estão a pretensão de eliminar a mediação política para resolver problemas humanos e a crença no poder ilimitado da tecnociência, que vão ao encontro de grandes interesses lucrativos, investimentos de instituições poderosas e companhias de seguros de saúde, criando um novo conceito, *purificação preventiva*: purificação genética por meio do mapeamento dos genes e doenças genéticas (*Projeto Genoma*) e purificação do planeta através dos projetos ecológicos (tendo como exemplo os Projetos *Biosfera I* e *II*). Evidencia-se, nessas iniciativas, uma combinação de interesses econômicos, comerciais, e da tecnociência com uma ideologia alimentada por grupos e classes dominantes, assentada nos mais profundos sentimentos e desejos da humanidade, do bem-estar, da eterna juventude e da exorcização da morte.

Desenvolvido num mundo que acirra as desigualdades e a marginalização, a utopia se move no terreno do dinheiro, fazendo com que a biotecnologia atropela as diferenças culturais. Aos mais pobres e aos países subdesenvolvidos caberá a exclusão genética, como já lhes cabe a exclusão social. No seu estudo, Sfez chama a atenção para dois pontos que gostaria de frisar aqui. O primeiro, trata-se de um projeto globalizante e de lógica totalitária e excludente fundado cientificamente, onde a noção de Saúde Coletiva se resume à soma da saúde de cada indivíduo saudável geneticamente, vivendo num ambiente ecológico saudável; o segundo é que esse

projeto se fundamenta na constituição imaginária de uma utopia que se elabora enquanto já está se realizando. Por exemplo, na Califórnia, os testes de genes defeituosos de fetos já são obrigatórios pela lei do Estado e pela lei das seguradoras que não querem investir dinheiro na vida imperfeita.

No Brasil também existem mudanças na visão hegemônica de saúde, embora ainda não vinculadas ao essencialismo genético. Elas aparecem através de um novo discurso sobre o corpo, elemento importante de muitos investimentos de consumo, não apenas daquilo que possa adorná-lo, mas do que pode ser feito para aprimorá-lo, retardar seu envelhecimento e mantê-lo em boa forma. Percebendo esse movimento, Rondelli diz que “não é mais necessariamente a doença, a fonte de elaboração discursiva, mas a imagem de um corpo sempre belo e jovem, construído pelas injunções dos saberes médicos e esportivos, tendo na mídia seu lugar de ampliação e repercussão” (1995:38).

Uma das decorrências dessa mudança é o afastamento das idéias tradicionais da saúde pública de iniciativa governamental, para dar lugar à presença cada vez mais visível e ativa de empresas especializadas na gestão das necessidades sociais. De um lado, crescem por toda parte, sobretudo nos grandes centros urbanos, as academias de ginástica, os clubes de esporte e cultivo do corpo, os *spas*, as dietas e clínicas de cirurgias plásticas e esculturais; de outro, desenvolvem-se os negócios de seguros e planos de saúde, formando uma frente articulada de interesses que se apóiam nas condições gerais de acumulação, na crise do Estado de Bem-estar Social, e nas estratégias atuais de uso empresarial da comunicação e da informação (Ribeiro, 1995).

Essas novas formas de pensar e promover a saúde têm várias consequências, dentre elas as alterações na atuação dos profissionais do setor saúde que acabam retroalimentando a privatização do setor. Conforme lem-

bra Milton Santos (1988), está em jogo uma modernidade difícil de recusar, inclusive, porque provoca mudanças na psicoesfera, gerando adesão da sociedade à técnica que promove conforto e auto-realização, sendo a confiança nos sistemas técnicos uma das características da atual fase histórica. No caso da saúde, a mídia veicula e repercute, através da mágica das imagens, não só as técnicas do culto do corpo, como a atenção médica no tratamento das doenças, através de serviços privados personalizados, acessíveis, otimizados, rápidos, eficientes, modernos, especializados, com inovações tecnológicas incorporadas, conferindo-lhes o selo de qualidade. A mesma mídia alimenta e também repercute (porque freqüentemente a imagem traduz parte das situações) um serviço público impessoal, lento, ineficiente, a ser superado.

Essa imagem reificada do privado servindo à população e do governamental como decadente e catastrófico, nem sempre ou quase nunca traduz a realidade. Em geral, os planos e as companhias de seguro de saúde tendem a relegar para o serviço público tudo aquilo que possa ameaçar seus lucros, discriminando pacientes, doenças e situações financeiras de seus clientes. Segundo informações amplamente divulgadas pela mídia, essas mesmas empresas foram as campeãs de queixas dos usuários ao PROCON (Programa de Orientação ao Consumidor) nos últimos três anos.

As duas representações anteriores, a da saúde enquanto purificação preventiva e a da saúde enquanto uma conquista médica e esportiva, portanto, não são exatamente sinônimas do projeto da Saúde Coletiva. Ao contrário, dentro dessa proposta a visão da saúde aparece como conquista social, direito universal associado à qualidade e à proteção à vida, espelhando a ação de grupos sociais e categorias profissionais voltados para a realização da cidadania, a superação das desigualdades e a compreensão do desenvol-

vimento enquanto inclusão de todas as camadas sociais nas conquistas de bem-estar (Donnangelo, 1983; Paim, 1984; ABRASCO, 1986 e 1996).

Já por ocasião da criação da ABRASCO em 1979, seus princípios básicos destacavam que as diferenças nos padrões de morbimortalidade traduziam a heterogeneidade estrutural, refletindo os desequilíbrios sociais causados pelo processo global de desenvolvimento. Da mesma forma, em sua carta de origem, chamava a atenção para as profundas desigualdades de acesso aos bens da saúde e para o empresariamento dessa necessidade social, em detrimento do dever do Estado de promover a universalidade da atenção (Nunes, 1996).

Entende-se que os avanços da moderna medicina que tornam possível a purificação preventiva e mesmo o tratamento das doenças moleculares pela terapêutica genética não têm impacto imediato para os pobres, dizimados pela desnutrição, doenças infecciosas e parasitárias, porque geralmente esses conhecimentos são dirigidos estrategicamente para outros interesses. Mas são os mais pobres também os grupos preferenciais com relação às doenças crônico-degenerativas, as violências e as enfermidades vinculadas ao desgaste e aos acidentes de trabalho. Os países subdesenvolvidos enfrentam uma superposição de perfis epidemiológicos que levam à coexistência de doenças da riqueza e da pobreza, agravada pelo uso distorcido de tecnologias de alta complexidade, muitas vezes inapropriadas frente ao quadro nosológico dos lugares onde são aplicadas.

A visão do campo da Saúde Coletiva é que o progresso econômico deve estar a serviço da equidade, e a ciência e tecnologia relacionadas a um projeto de desenvolvimento ancorado no caráter dinâmico dos processos avaliativos de prioridades. Ou seja, sob qualquer aspecto que se analise, essa área de conhecimento e de práticas não se coloca à margem do desenvolvimento da biologia,

da genética, das ciências ambientais, da medicina. Porém vincula esses avanços a seu sentido social, político e de direito universal (I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, 1995).

Por outro lado, o momento atual do desenvolvimento científico exige que a área reveja seu discurso bastante reduzido ao universo das doenças e ancorado em análises macrosociais sobre os determinantes da saúde. A incorporação do avanço da biologia e das ciências ambientais, da economia sob o ponto de vista da saúde, da reflexão trans e interdisciplinar é urgente hoje para qualquer estrutura curricular. O esforço de articulação conceitual entre o biológico e o social está no projeto original da área, segundo a formulação de Paim (1984): "a atual compreensão do objeto dessa disciplina sugere o envolvimento de questões no âmbito das ciências biológicas e sociais, exigindo, portanto, uma abordagem teórica e metodológica que utilize conhecimentos epistemológicos das duas áreas".

Um dos grandes méritos acadêmicos e políticos do atual paradigma da Saúde Coletiva é tornar presente, sobretudo através do raciocínio epidemiológico, que a humanidade toda está sujeita à subversão dos vírus; que as avançadas tecnologias facilitadoras da vida não estão isentas de risco; que as migrações e movimentações cada vez mais constantes e aceleradas, motivadas pela globalização, facilitam também as importações de doenças; que existe uma adaptabilidade dos parasitas aos espaços desiguais e integrados e que não é possível construir paraísos na terra através da crescente exclusão social. Apesar do utópico projeto de purificação preventiva.

3 - A Saúde Coletiva no Âmbito da Pós-Graduação Brasileira

O objetivo principal do estudo sobre a Pós-Graduação em Saúde Coletiva foi ava-

liar a dinâmica, a trajetória e a produção de conhecimento na área e estabelecer critérios e indicadores sensíveis para o desenvolvimento e a adequação do ensino, da pesquisa e das práticas às necessidades do quadro de saúde do país. Estabeleceram-se algumas hipóteses como guias do trabalho:

(1) A primeira é de que a Pós-Graduação em Saúde Coletiva usufrui dos méritos e dos problemas assinalados para o programa de Pós-Graduação nacional. No entanto, ao lado do reconhecimento desse lugar na universalidade, há na área uma *especificidade* caracterizada pela inexistência de formação graduada e por ser um espaço de conhecimento pós-graduado, interdisciplinar e multiprofissional; bem como uma área de articulação intrínseca com as políticas públicas e as práticas dos serviços;

(2) A segunda é fundamentada numa constatação empírica de mudança de perfil da demanda aos cursos. Ou seja, de uma clientela anterior composta quase exclusivamente por pessoas oriundas das universidades e centros de pesquisa, estaria havendo uma tendência crescente de busca dos programas pelos profissionais dos serviços de saúde, fato constatado nos mestrados, mas que não se confirma nos doutorados;

(3) A terceira é de que uma visão de multidisciplinaridade na produção técnico-científica da área estaria exigindo sua melhor qualificação, frente aos próprios objetivos da formação, o que demandaria aprofundamento metodológico e valorização diferenciada dos produtos, no que concerne a sua forma, seu conteúdo e suas finalidades;

(4) Por fim, a quarta hipótese diz respeito à existência de problemas de adequação dos conteúdos e dos métodos dos programas de modo a atender à formação dos profissionais de alto nível, tanto para o Sistema de Ciência e Tecnologia como para o Sistema de Saúde brasileiro, neste momento histórico.

Como se pode depreender nas entrelinhas das hipóteses levantadas, o estudo caminha sobre duas questões gerais que ultrapassam e integram os problemas de funcionamento dos cursos. A primeira diz respeito à Pós-Graduação enquanto sistema nacional. A segunda se refere às próprias indagações teórico-práticas que permeiam hoje o campo intelectual da ciência e tecnologia em seu conjunto e da saúde em particular, como foi resumido na segunda parte deste artigo.

Em relação ao primeiro ponto, a avaliação da área aconteceu num momento privilegiado de inflexão em que todas as vozes do país que atuam no setor educacional e de ciência e tecnologia se erguem para reconhecer, em coro, o êxito do sistema que, em seus 30 anos de existência, conseguiu o fortalecimento, a institucionalização e a sistematização das atividades de investigação científica, de desenvolvimento tecnológico e de formação de recursos humanos de alto nível (Guimarães, 1996; Krieger, 1996; Gazolla, 1996; Guimarães & Caruso, 1996; Bevilacqua et al., 1996).

Essa institucionalização ocorreu através da consolidação de cerca de 7300 grupos de pesquisa; da criação de mais de 1775 (dados para 1995) cursos de mestrado e doutorado; da expansão da massa crítica; do progressivo aumento do número de publicações científicas, que nos últimos 30 anos cresceu 12 vezes. O desenvolvimento da produção acentuou-se na década de 80, seguindo o êxito do Sistema de Pós-Graduação, fazendo repercutir no exterior o conhecimento gerado no país, assim como a elevação individual e coletiva do índice de impacto das publicações (Guimarães, 1996; Leta & de Meis, 1996).

Muitos porém são os questionamentos hoje levantados sobre esse exitoso sistema, visando adequá-lo às necessidades dos novos tempos, cujo diagnóstico pode ser resumido neste decálogo que organizo a partir

dos trabalhos de Krieger (1996), Gazolla (1996), Guimarães & Caruso (1996):

(1) A existência de níveis diferenciados de qualidade nos cursos e grupos de pesquisa, denotando enormes desequilíbrios regionais, institucionais e de áreas de conhecimento, originados, dentre outras razões, pela escassez de professores/pesquisadores em certos campos disciplinares e interdisciplinares;

(2) Falta de clareza de objetivos nos diferentes níveis de formação, gerando, por vezes, superdimensionamento de vários aspectos como a duração dos cursos de mestrado, a extensão das grades curriculares, o formato de ensino enciclopédico, repetitivo e generalizante. Esses problemas, em parte, estão vinculados a um forte apego institucional ao chamado “modelo sequencial da Pós-Graduação”, ou seja, a exigência do mestrado como pré-requisito para o doutorado, e, em consequência, um dispêndio de tempo excessivamente longo para conclusão do ciclo completo;

(3) Elevado índice de evasão em algumas áreas, refletindo, talvez, dentre outras questões, um modelo rígido que não atende às necessidades de muitos campos do conhecimento;

(4) Perda de pessoal altamente qualificado nos últimos anos, provocada pela excessiva, restritiva e burocrática regulamentação do Estado sobre a carreira de educação, ciência e tecnologia, comprometendo programas já estabelecidos, numa verdadeira autofagia do sistema;

(5) Aporte insuficiente e instável de recursos necessários para consolidar programas, corrigir distorções regionais e investir em prioridades de infra-estrutura para pesquisa e ensino nos centros emergentes;

(6) Rigidez nos modelos e regulamentos dos cursos, levando a posturas autoritárias, normas fechadas e limitadoras, que impedem uma formação ao mesmo tempo dinâmica, tecnicamente aprofundada e personalizada;

(7) Desperdício da capacidade de orientação, em muitos cursos, deixando possíveis doutores ociosos, por dificuldades ou incapacidade de adequação logística e administrativa das instituições;

(8) Avaliação dos cursos pela sua média de desempenho, encobrindo participação, por vezes, medíocre de vários professores/ pesquisadores/ orientadores, minusvalorizando a contribuição dos mais produtivos;

(9) Ausência de estratégias que relacionem os programas a atividades produtivas, com exceção para os cursos nas áreas científico-tecnológicas mais destacadas. Essa fraca articulação repercute na ínfima participação do setor privado na elaboração da política e no financiamento da ciência e tecnologia do país;

(10) Escasso entrosamento da Pós-Graduação com a Graduação, contrariando um dos objetivos centrais do sistema que é preparar quadros altamente qualificados para o ensino superior. Essa falha se faz sentir também no fato de, a despeito de todos os avanços dos programas, a graduação continuar com um ensino livresco e repetitivo.

A Saúde Coletiva se ressentida da maioria dos problemas vivenciados pela Pós-Graduação nacional, usufruindo também dos êxitos hoje reconhecidos dessa iniciativa bem sucedida do país. A reflexão que se levanta, a seguir, entra na especificidade da área em pauta e se resume às indagações sobre a qualidade intrínseca do projeto acadêmico e organizacional; a adequação dos diferentes níveis de formação às finalidades a que se destinam; a produção acadêmica, seus formatos e seu significado no panorama técnico-científico nacional e internacional e frente à realidade de saúde da população brasileira; e as questões regionais.

(1) No que concerne à qualidade dos programas, da mesma forma que no sistema geral, os de Saúde Coletiva têm níveis dife-

renciados, evidenciando diversidade de amadurecimento, de infra-estrutura, de composição curricular e de produção científica. Segundo análise de Nunes & Costa (1996), existe, no momento presente, uma tendência de expansão e especialização, com a consequente subdivisão da Pós-Graduação em áreas de concentração. Quanto à estrutura curricular, o incremento das disciplinas de caráter filosófico e metodológico e uma grande diversidade de objetos e temáticas, de um lado evidenciam pujança da área; de outro, revelam problemas de delimitação no âmbito dos saberes e práticas, e dispersão significativa nos modelos de organização dos cursos. Enfim, constata-se uma excessiva liberdade na elaboração dos conteúdos e das ementas disciplinares, sugerindo, ao lado da expressão criativa dos professores/ pesquisadores/ orientadores, dificuldades de demarcação técnica da formação.

É importante ressaltar, por exemplo, a convergência necessária das grandes áreas de conhecimento na formação em Saúde Coletiva, que abrange aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais; domínios representados pelas Ciências da Saúde, Humanas, Biológicas, Exatas e Engenharias. O caráter multiprofissional e multidisciplinar da área enquanto prática e teoria requer uma articulação equilibrada desses vários saberes, exigindo vigilância epistemológica sobre os superdimensionamentos de certos conhecimentos e a atrofia de outros. Tais dinâmicas acontecem a partir de várias lógicas, desde as mais pragmáticas, como a disponibilidade de docentes, até as influenciadas por reações ideológicas, a exemplo da que supervalorizou as questões sociais e políticas na formação, em detrimento de outros aspectos, nas duas últimas décadas.

A análise do estágio científico e tecnológico do setor, como já foi mencionado, aponta para a insignificante presença das Ciências Biológicas, das Ciências Ambientais, da Demografia e a quase nula participação da Eco-

nomia sob o ponto de vista da saúde. Conforme observa James (1996), tanto no Brasil como nos Estados Unidos dá-se muita ênfase às raízes da saúde pública enquanto movimento social e sua inter-relação com as disciplinas acadêmicas, e muito pouca à *história intelectual da saúde pública*. Sua hipótese é a de que a análise dessa história intelectual lançaria mais luz sobre a necessária articulação entre as disciplinas, como, por exemplo, o redimensionamento desejável entre o biológico e o social.

O debate da estrutura curricular, numa área eminentemente multidisciplinar, suscita, por obrigação, o tema da preservação de um núcleo comum de conhecimento para a formação de mestres e doutores de origem multiprofissional. Esse tema não consensual levanta uma multiplicidade de argumentos a favor e contra quando é enfrentado. Para os que são contra, as justificativas se dão pela imensa diversidade de temas que recobrem o campo, dificultando seu aprofundamento técnico; além da existência real, hoje, de subdivisões disciplinares como objetos de concentração da Pós-Graduação, tal é o caso dos cursos de Epidemiologia, Políticas de Saúde e Saúde e Ambiente.

Os pareceres favoráveis acentuam a necessidade de aprofundar uma reflexão sobre temas essenciais para a formação de mestres e doutores em Saúde Coletiva. Ao contrário dos que defendem a ampla autonomia, esse grupo entende que a demarcação de um conhecimento básico preserva a identidade da área e permite liberdade de exploração de objetos fronteiriços, também essenciais para a teoria e a prática da Saúde Coletiva. Para alguns, esse *núcleo central* se resume ao que há de mais tradicional na área, ou seja, conteúdos de Ciências Sociais, Epidemiologia e Planejamento, sintetizados na noção de “exigências disciplinares”. Para a maioria, porém, há de se proceder a um esforço para aprofundar os modelos teóricos e conceituais do campo, a fim de se proporem conteúdos

indispensáveis e não necessariamente sob a forma de disciplinas. James (1996) refere-se à proposta americana (também não consensual) de cinco disciplinas básicas: Epidemiologia, Bioestatística, Saúde Ambiental, Comportamento/educação e Sistemas e Serviços de saúde. Ele próprio faz uma sugestão que inclui três áreas: História e Filosofia da saúde pública, metodologias de pesquisa em saúde pública e Análise de sistemas de saúde.

É verdade que a questão curricular é crucial para a qualidade da formação, mas torna-se mais importante ainda incluí-la no interior de uma visão cada vez mais interativa e dinâmica da produção do conhecimento e de sua aplicação. O mestrando e o doutorando em Saúde Coletiva, parafraseando Longo (1995), precisam ser preparados para gerar, aperfeiçoar, dominar e empregar conhecimentos científicos e tecnologias, com o objetivo de produzir bens e serviços de qualidade e apropriados às necessidades de saúde do país. Desta forma, é fundamental investir numa completa revisão metodológica e de conteúdo adequando os cursos às exigências históricas. Não se trata de ensinar um pouco de quase tudo e nem tudo de quase nada, mas de combinar a formação interdisciplinar com as necessidades de *cada um dos estudantes*. Por isso, segundo Gazolla (1996), é preciso desregular os excessos e tornar a Pós-Graduação mais flexível.

Talvez a mudança metodológica mais importante, para enfrentar o avanço científico e tecnológico e evitar a obsolescência, seja investir no aprender a aprender, enfatizar a experimentação das metodologias de pesquisa, proporcionar “ambiência” acadêmica necessariamente crítica e pluralista (seminários, congressos, hábitos de leitura de periódicos de ponta, escrita de artigos, discussões sobre ética e política, filosofia, tradição e inovações), além da familiarização com sistemas de comunicação, informação e informática. Em seu artigo aplicado à Engenharia, Longo (1996), fazendo coro com Enos (1996), reafir-

ma a necessidade de evitar a compartimentalização do saber, buscando novas formas de ensinar e compreender os fenômenos, suas implicações e aplicabilidades; de investir na informática e no domínio de línguas necessárias para participação no debate que acontece no campo de conhecimento; de desenvolver a capacidade gerencial e empreendedora e de cultivar uma visão humanística e o compromisso social dos pós-graduandos.

(2) Outro ponto que a discussão nacional da Pós-Graduação ressaltou é uma excessiva rigidez do sistema, o que leva à falta de clareza dos objetivos dos diferentes níveis de formação, conduz a muitas distorções, dentre as quais, uma demora excessiva na finalização dos cursos. A análise da demanda e dos egressos dos programas de Saúde Coletiva evidencia também esses problemas (Tanaka, 1996; Goldenberg, 1996). A falta maior de clareza está no mestrado, que atende a dois tipos de clientela. Sua demanda principal vem de profissionais inseridos nos serviços de atenção à saúde ou na gestão do SUS (Sistema Único de Saúde); mas abrange também os que buscam um seqüenciamento para o doutorado, na sua maioria provenientes de universidades e centros de pesquisa. Em relação ao doutorado, os profissionais dos serviços são uma clientela pequena, pois a quase totalidade dos estudantes é oriunda das carreiras acadêmicas. Há um percentual residual de candidatos sem vínculo institucional, ressaltando-se aí, outra tendência da área ao longo do tempo, a de apresentar um perfil de pós-graduandos com mais idade e prévia experiência profissional.

Em relação à longa duração da formação, tem-se uma média de 7 a 8 anos para o seqüenciamento de mestrado e doutorado na área, nos programas mais ágeis, chegando nos mais lentos a atingir de 9 a 11 anos. No entanto, observam-se variações impressionantes entre os vários cursos, sobretudo quanto à duração do mestrado, indicando tentativas

de mudanças. Certamente o ponto aqui tratado constitui um dos núcleos organizacionais mais problemáticos, exigindo das instituições firmeza de propósito para transformar a Pós-Graduação numa etapa de formação mais racional e mais apropriada.

Considerando o mestrado a etapa mais indefinida da Pós-Graduação em Saúde Coletiva hoje, há um reconhecimento geral de que algumas decisões devem ser tomadas para sua adequação. Levar em conta o duplo direcionamento da demanda, articulá-lo em módulos com a especialização e com o doutorado, suprimir o exame de qualificação como requisito para a defesa da dissertação, encontrar formas alternativas para sua conclusão, são algumas propostas que se encaminham.

Seguindo a tendência americana, James (1996) propõe que os cursos apresentem um núcleo comum de atividades conceituais e metodológicas para os alunos do mestrado direcionados à formação científica e continuidade no doutorado e para os que se dirigem aos serviços e à gestão. A partir dessa primeira etapa, que se diferenciem as atividades desses dois grupos. Para os que se destinam às práticas dos serviços de saúde, oferecendo-lhes a possibilidade de finalização do curso através da elaboração de projetos voltados para a *solução de problemas* que sanitaristas e gestores enfrentam. Quanto aos pós-graduandos decididos pela carreira científica, sua avaliação se destinaria a provar a capacidade de realizar pesquisas de qualidade, exigindo-se apresentação de dissertação científica ou de um artigo publicado em periódico reconhecido na área. A proposta se fundamenta no que James denomina *aprendizagem ativa*, conceito que recobre os dois direcionamentos do mestrado, tanto o profissional como o acadêmico. Os problemas aqui tratados não são privilégio da área de Saúde Coletiva, e por isso, como já assinaléi anteriormente, devem ser vistos no interior do sistema como um todo.

Gazolla (1996), por exemplo, sugere: (a) A diminuição de créditos obrigatórios para o mestrado e o doutorado; (b) O redimensionamento do mestrado; (c) A passagem de um nível a outro da Pós-Graduação com aproveitamento de créditos; (d) O estabelecimento de alternativas ao mestrado, para ingresso no doutorado; (e) A eliminação de exames de qualificação para o mestrado; (f) A exigência de línguas estrangeiras, articulada às reais necessidades de conhecimento da área; (g) Criação de programas de estudo mais personalizados; (h) Articulação da residência médica à especialização e ao mestrado; (i) A substituição do conceito de *curso por disciplinas* pelo de *curso por atividades*; (j) A garantia de diversidade de modelos numa mesma instituição. A mesma autora ressalta também mecanismos que poderiam ser utilizados a fim de melhorar a qualificação e a qualidade dos cursos, como o investimento em bolsas de iniciação científica; a adequada integração entre Graduação e Pós-Graduação; a efetiva inserção dos pós-graduandos nos grupos de pesquisa; o melhor aproveitamento, em caráter de excepcionalidade, do mecanismo de defesa direta de tese de doutorado, para candidatos com comprovada capacidade e produtividade científica.

Guimarães e Caruso (1996) ressaltam a heterogeneidade das instituições e dos cursos, sendo lógico que devam ser tratados com exigências que atendam à sua diversidade. Seu estudo elucida a baixa utilização da capacidade dos orientadores no sistema, apresentando uma relação média de 1,1 orientandos por orientador, o que denota grande esbanjamento da capacidade acadêmica, geralmente justificado por problemas de deficiência administrativa ou falta de compromisso profissional. No caso da Saúde Coletiva, essa relação é de 1,4, um pouco mais elevada, mas demonstra também a necessidade de melhor adequação para o aumento da produtividade.

A preocupação de vencer a rigidez do sistema, de dinamizá-lo e de adequá-lo ao

processo de desenvolvimento, acompanha as tendências organizacionais deste momento histórico, que se apóiam nos conceitos de flexibilização e de autonomia institucional. Há, por parte dos que formulam, gerenciam e analisam a política científica do país, clara consciência de que as amarras atuais, a maioria delas criadas pelas próprias instituições e programas, dão lugar a desperdícios de tempo, de recursos humanos e de recursos financeiros que o país não pode suportar. Isto sob pena de se apostar na permanência da desvantagem comparativa nesse setor tão sensível para o desenvolvimento nacional. Obviamente, tal constatação não significa a mesma coisa que abrir mão da qualidade dos programas, mas sim, acreditar que seu amadurecimento lhes permite dar passos mais ousados, saindo dos formatos tradicionais.

(3) No que concerne à produção e à difusão científica e tecnológica da área, da mesma forma que se observa em todo o Sistema de Ciência e Tecnologia do país, os estudos cientométricos revelam forte tendência ao crescimento, atingindo na década de noventa cerca de 20,6% ao ano e 155% de 1990 a 1995 (Viacava & Leitão, 1996). Esse período coincide com a abertura de alguns cursos altamente produtivos, com o retorno ao país de muitos profissionais titulados, com mudanças qualitativas e organizacionais em vários programas mais antigos, além do dinamismo associativo da ABRASCO, através da realização anual de congressos, seminários, oficinas de trabalho e outros eventos científicos. Observa-se uma adequação cada vez maior da área aos estilos convencionais de apresentação de trabalhos, ainda que cada subárea que compõe o campo tenha suas formas preferenciais de difusão das atividades. No conjunto das publicações, a modalidade que mais cresce são as apresentações em congressos, sendo notável também o incremento

do número de artigos, livros e capítulos de livros. Deve merecer reparo o fato de uma grande quantidade de produção técnica (de grande interesse e utilidade para o campo da Saúde Coletiva) ser precariamente informada nos relatórios de produção dos programas. Talvez essa negligência seja caudatária da tradição ideológica que domina a vida acadêmica nacional, de menosprezo às relações com o campo produtivo e com a prática dos serviços.

A média de publicações por docente permanente nos cursos é de 3,4, incluindo-se aí os trabalhos apresentados em congressos, artigos, livros e capítulos de livros; 1,4, quando se consideram apenas artigos, livros e capítulos de livros; e 0,5, a média por docente permanente, de trabalhos publicados em periódicos e livros no exterior (Viacava & Leitão, 1996). Essa situação é até favorável quando se compara a área das Ciências da Saúde como um todo, onde a produção por docente permanente é de 2,1 e a produção internacional, de 0,4. Também não é diferente quando confrontada com outras áreas do conhecimento, como se pode depreender da Tabela abaixo.

Apesar da constatação positiva sobre o crescimento e a melhoria da qualidade da Pós-Graduação, algumas questões problemáticas devem ser consideradas. Uma delas é o fato da produtividade dos cursos ser *avaliada pela média* do desempenho do conjunto de atores que conformam a Pós-Graduação. Tal formato, conforme Krieger (1996), ocultaria a verdadeira situação de um universo onde existem ótimos, médios, bons e, mesmo, orientadores fracos, que não deveriam estar sendo apoiados. O autor propõe que a avaliação se torne cada vez mais individualizada e que a pontuação dos cursos reflita claramente a situação do desempenho de seus orientadores, servindo este como referência para premiação (com bolsas para alunos, para pesquisadores, auxílios para pesquisa) e concessão de recursos para uso coletivo como bibliotecas, biotérios e infra-estrutura em geral.

As propostas de Krieger vão ao encontro das propostas de James (1996), no sentido de averiguar o nível de excelência de um programa. Comenta este último que os cursos de Pós-Graduação em Saúde Pública mais bem conceituados nos Estados Unidos se anco-

Tabela 1 - Distribuição da Pós-Graduação Brasileira por Grandes Áreas

| Áreas | Alunos Matriculados | Percentual de Doutores | Prod. Internac. | Número de Cursos | Rel. Aluno/ Docente | Prod. Int. Docente | Prod. Total Docente |
|-------------------|---------------------|------------------------|-----------------|------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| Saúde | 13% | 30% | 20,0% | 437 | 2,1 | 0,40 | 2,10 |
| C. Exatas | 12% | 45% | 30,5% | 222 | 2,5 | 0,75 | 1,00 |
| C. Humanas | 20% | 24% | 7,0% | 221 | 5,0 | 0,25 | 2,40 |
| Sociais Aplicadas | 13% | 18% | 2,5% | 129 | 6,3 | 0,15 | 0,65 |
| Agrárias | 8% | 26% | 6,5% | 184 | 2,2 | 0,22 | 1,40 |
| Biológicas | 7,5% | 50% | 25% | 182 | 2,4 | 1,20 | 1,75 |
| Engenharias | 19% | 28% | 6,5% | 162 | 5,1 | 0,25 | 2,10 |
| Letras e Artes | 6% | 23% | 2% | 102 | 4,0 | 0,15 | 1,10 |

Fonte: Adaptada do trabalho de Bevilacqua et al. (1996:4).

ram no seguinte perfil de cada um de seus docentes, avaliados individualmente: ser o docente investigador principal em um ou dois grandes projetos de pesquisa multidisciplinares, financiados a partir da avaliação de pares reconhecidos nacionalmente; publicar três a quatro artigos por ano em revistas de excelência, com corpo editorial; pertencer a algum conselho científico ou editorial; organizar eventos científicos ou participar regularmente de reuniões nacionais ou internacionais importantes da área. Em relação às publicações, pondera que, em lugar de cair no jogo dos números, uma avaliação criteriosa deve analisar se a produção impacta a ciência e o ensino (relevância acadêmica) e a prática da Saúde Coletiva (relevância social).

Sobre o mesmo tema, Herzlich (1996), avaliando a área, enfatiza a necessidade de concentração das publicações em alguns periódicos considerados de referência pelo coletivo dos docentes e pesquisadores, uma vez que atualmente se observa uma grande dispersão (Viacava & Leitão, 1996), fato que tem que ver com a dispersão das próprias estruturas curriculares dos programas. Recomenda que os cientistas multidisciplinares da Saúde Coletiva publiquem em periódicos de suas áreas de origem, mantendo assim o debate com seus pares. Questiona também a excessiva preocupação brasileira com a veiculação internacional, como valor em si.

Outros problemas devem ser considerados, como a acentuada endogenia dos docentes quanto à preferência pela difusão de seus artigos em periódicos mais próximos institucionalmente; a pouca expressão interdisciplinar na produção, numa área onde essa condição é intrínseca; a quase inexistência de trabalhos multicêntricos que facilitariam estudos comparativos e maior interação acadêmica.

No que concerne às formas de divulgação, é importante assinalar a necessidade de aprofundamento do grau de sensibilidade dos indicadores tradicionais para medir e valori-

zar a diferenciação interna das subáreas e as necessidades reais do campo da saúde, tarefa que cabe a seus próprios intelectuais. De um lado, nota-se a persistência no julgamento da produção científica nacional – e não apenas da Saúde Coletiva – da “antiquada” divisão entre ciência, arte, filosofia e técnica, forma classificatória utilizada pelas agências oficiais de fomento, e que remonta à concepção do século XIX. Ora, esse esquema vem sendo aceleradamente transformado pelo avanço comunicacional, informacional e de informática (Luz, 1996). De outro, é importante retomar permanentemente a indagação sobre os tipos de produto a esperar e a valorizar, numa área onde pesquisas básicas e tecnológicas são igualmente importantes, mas apresentam linguagens e formatos diferenciados.

(4) Da mesma forma que as outras questões relativas à Pós-Graduação em geral, os desequilíbrios regionais constituem um problema para a área de Saúde Coletiva. As desigualdades se expressam em números, qualidade e produtividade, acarretando consequências para a expansão das atividades de ciência e tecnologia e para o conhecimento das especificidades das situações de saúde. A face mais visível do fenômeno, semelhante à do sistema como um todo, é a concentração dos programas e núcleos de pesquisa na região sudeste.

Segundo dados da CAPES, a partir da avaliação de 1996, 68,8% dos mestrados e doutorados estão situados na região sudeste; 13,7%, na região sul; 11,4%, na região nordeste; 4,2%, na região centro-oeste; e 1,9%, na região norte. Com relação à qualidade dos cursos, o estudo de Casseti e Silveira (1996:3) informa que “enquanto as regiões nordeste, norte e centro-oeste se caracterizam por uma curva dissimétrica negativa, ou seja, cursos com conceitos A e B abaixo da média regional, e com conceitos C, D e E acima da mesma; a região sudeste se individualiza por uma curva

dissimétrica positiva, ou seja, cursos com conceitos A e B acima da média regional, e demais conceitos, abaixo da mesma. A região sul assume, assim, uma posição intermediária.”

Olhando-se do ponto de vista da produtividade, ou seja, o número de alunos titulados no ano de 1995, o sistema formou 2527 doutores, dos quais 2241, ou seja, 87% nos cursos da região sudeste; 9206 mestres, dos quais 6288 também na região sudeste, isto é, mais de 68% do total. Da mesma forma, 70% dos professores de Pós-Graduação encontram-se na região sudeste, sendo que 91% deles são doutores. A produção científica também se concentra no sudeste com 72,21% do total, seguida pela região sul com 16,50%, enquanto o nordeste, que abriga 11,4% dos programas, é responsável por 7,02% .

Na área de Saúde Coletiva a concentração existe, embora menos pronunciada. A região sudeste tem 47,4% dos cursos de mestrado, o nordeste, 26,3%; no sul estão 15,7% e no centro-oeste, 10,5%. Oitenta por cento dos programas de doutorado estão na região sudeste. No que concerne à conceituação que afere a qualidade, dos 15 cursos existentes no sudeste, 14 foram classificados como A e B e apenas 1 com o conceito D; a região sul mantém posição intermediária, tendo um programa com A e outro com C; e o centro-oeste e o nordeste confirmam as observações de Cassetti e Silveira mencionadas anteriormente. Em relação à titulação, 86% das dissertações de mestrado e 97% das teses de doutorado da área foram defendidas nas instituições do sudeste.

Os esforços já realizados pelos programas de Saúde Coletiva em relação à desconcentração, adotando propostas tradicionais para melhorar sua qualificação e seu desempenho, não têm sido eficazes. As tentativas de fixação de professores, inclusive aposentados, com incentivos e vantagens salariais, por exemplo, não exercem atrativos para os que já têm vida consolidada em outros locais. Por outro lado, as maiores deficiências

dos cursos se localizam no âmbito das linhas de investigação e na produção e difusão científicas.

As análises nos levam a pensar que não se trata de aplicar sobre o tema uma reflexão desenvolvimentista ou evolucionista, pois estas certamente serão inadequadas. Nem se deveria cair na tentação simplista de propor retirar recursos de um local para outro, pois eles são escassos, no momento, para todas as regiões. Por outro lado, as questões da Ciência & Tecnologia, embora tenham lógica própria em muitos aspectos, em pontos como o das desigualdades, costumam seguir os caminhos da concentração de riquezas. Assim, a situação sugere que, ao mesmo tempo se impulsionem investimentos para o Sistema de Pós-Graduação como um todo, e se realizem mudanças para adequá-lo às necessidades do país, e que sejam implementadas novas e criativas estratégias para o desenvolvimento regional.

Dentro da ótica da Saúde Coletiva é fundamental buscar um conhecimento que leve em conta as culturas locais e gere respostas tecnológicas apropriadas. Portanto, a promoção de consórcios, colaborações, investigações multicêntricas, convênios interinstitucionais e de várias formas de intercâmbio de estudantes, professores e orientadores e de circulação de saber necessitam ser estimuladas e valorizadas.

4. Conclusões

Este artigo não é conclusivo. Trata, acima de tudo, de um projeto em construção. Sua pretensão é apenas evidenciar elementos necessários para se aprofundarem mudanças imprescindíveis à formação de mestres e doutores em Saúde Coletiva. Os pontos centrais desta reflexão são o contexto da crise cultural no interior do processo do capitalismo globalizado, afetando as instituições de Ciência & Tecnologia e, por extensão, o pro-

jeto de Pós-Graduação. Fica evidente que a tecnociência se encontra no centro das mudanças como a força produtiva mais importante nesse final de século, sendo ela, ao mesmo tempo produtora, produto e objeto dessa dinâmica, demandada pelas forças competitivas do mercado e também pelas correntes dos movimentos sociais que buscam justiça e bem-estar social.

No caso da saúde, a crise não se manifesta somente no embate dos interesses privatistas contra a defesa dos direitos constitucionais de equidade e universalidade, defendidos pelo movimento sanitário. Na verdade, essa dupla visão do direcionamento das necessidades sociais se transformou hoje numa discussão política acirrada pela ideologia “monocórdica” do neoliberalismo, em contraposição às teorias da sociedade de Bem-estar Social. Porém, o sucesso dessa corrente se assenta, de um lado, no desmantelamento do serviço público em geral e da saúde em particular, e, de outro, no debate conceitual implícito de várias concepções de saúde. Todas elas estão fundamentadas em dados científicos e tecnologias. A nova concepção de “purificação preventiva” trazida pelo desenvolvimento da biologia e da genética; as idéias de pureza ambiental provenientes das teorias ecológicas e portadoras de novos estilos de vida; a crença cada vez mais arraigada nas práticas médicas de alta tecnologia e a valorização do corpo e da saúde pelos esportes e pelos exercícios físicos e pela poderosa indústria da estética e do rejuvenescimento competem com a visão tradicional de dever do Estado de prevenir, proteger e promover os cuidados à Saúde Coletiva.

É no interior desse contexto que a avaliação da Pós-Graduação se situa. Num “meio técnico-científico-comunicacional” altamente dinâmico, marcado pela provisoriedade, ideologicamente pluralista, com conceitos de tempo e espaço em processo de perene mutação, combinando o universal e o local, o coletivo e o individual, exigindo, ao mesmo tempo, especialização, versatilidade, abrangência de conhecimentos e respeito às tradições.

Quando se parte, então, para rever estruturas curriculares, demanda da clientela aos cursos, situação dos egressos e produção e divulgação técnico-científica da área, é porque é necessário partir de alguma lugar. E é bom, recordando Marx, partir do concreto para torná-lo concreto pensado. No entanto, não podemos nos deter numa reforma meramente organizacional. O pano de fundo, o contexto, o embate das idéias que povoam o universo dos atores que se envolvem no campo da Saúde Coletiva, ou seja, a população, os intelectuais, os formuladores de políticas e os gestores, fazem parte e são motores das mudanças necessárias que com certeza se concretizarão.

O rico trabalho reflexivo levado a cabo no processo de avaliação da área é a chancela de que existe maturidade para realizar transformações, preservando a tradição e os ideais de justiça e equidade que deram origem e conformam o pensamento sanitário do qual a ABRASCO se tornou, ao mesmo tempo, depositária e promotora. Integrada ao Sistema de Ciência e Tecnologia do país, apresentando um bom desempenho, a Pós-Graduação em Saúde Coletiva está inteiramente preparada para os desafios que hoje se apresentam à reafirmação de sua relevância social e acadêmica.

Referências bibliográficas

ABRASCO (1982) - Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Relatório Final pp. 77-82 e 110-117, mimeo.

ABRASCO (1983) - II Encontro Nacional de Mestrados e Doutorados na Área de Saúde Coletiva. Relatório Final pp. 137-143, mimeo.

- ABRASCO (1986) - Reunião de Avaliação do Programa de Saúde Coletiva, FINEP/CNPq. Relatório Final pp. 69-89, mimeo.
- ABRASCO (1996) - X Conferência Nacional de Saúde. *Boletim Especial da ABRASCO XIV(62)*, setembro.
- ANDRADE, P.F. (1995) - A Pesquisa e a Pós-Graduação no Contexto da Globalização da Economia e da Crise da Modernidade. In: Zucco, C. (org.) - *Anais do "XI Encontro Nacional de Pró-Reitores de Pesquisa e Pós-Graduação"*, pp. 6-17. Florianópolis: Editora da UFSC.
- BARRETO, M.D. & CARMO, E.H. (1994) - Situação de Saúde da População Brasileira: Tendências Históricas, Determinantes e Implicações para as Políticas de Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS II(3/4):7-34*
- BEVILACQUA, L.; GUTIERREZ, R.H & BEVILACQUA, H. (1996) - Formação de Pessoal Pós-Graduado e Pesquisa no Brasil. In: CAPES/MEC (org.) - *Discussão da Pós-Graduação Brasileira*. Brasília: Editora da UnB.
- CANEVACCI, M. (1995) - Conferência Magistral. I Congresso de Ciências Sociais e Saúde, Curitiba [Comunicação oral].
- CAPES/MEC (orgs.) (1996) - Distribuição de Conceitos por Regiões, 1993-1995. Brasília, mimeo.
- CAPES/MEC (orgs.) (1996) - *Discussão da Pós-Graduação Brasileira*. Brasília: Ed. UnB.
- CASSETI, V. & SILVEIRA, R.M.G. (1996) - A Desconcentração da Pós-Graduação e Pesquisa no Brasil. João Pessoa: Universidade da Paraíba, mimeo.
- COHN, A. & NUNES, E.D. (1988) - Relatório do Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Reforma Sanitária. *Estudos de Saúde Coletiva 5:120-126*.
- COMMISSION OF HEALTH RESEARCH FOR DEVELOPMENT (1990) - *Health Research: Essential Link to Equity in Development*. Nova York: Oxford University Press.
- DUCHIADE, M.O. (1995) - População Brasileira: Um Retrato em Movimento. In: Minayo, M.C.S. (org.) - *Os Muitos Brasis*. São Paulo: Editora Hucitec/ABRASCO.
- GAZOLLA, A.L.A. (1996) - Evolução das Formas de Organização da Pós-Graduação Brasileira. In: CAPES/MEC (orgs.) - *Discussão da Pós-Graduação Brasileira*. Brasília: Ed. UnB.
- GOLDENBERG, P. (1996) - Os Egressos. In: Minayo, M.C.S. & Costa, P.S. (orgs.) - Avaliação da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva. Relatório Final. Rio de Janeiro: ABRASCO, mimeo.
- GUIMARÃES, J.A. (1996) - Pós-Graduação e Pesquisa. In: CAPES/MEC (orgs.) - *Discussão da Pós-Graduação Brasileira*. Brasília: Ed. UnB.
- GUIMARÃES, R. & CARUSO, N. (1996) - Capacitação Docente: O Lado Escuro da Pós-Graduação. In: CAPES/MEC (orgs.) - *Discussão da Pós-Graduação Brasileira*. Brasília: Ed. UnB.
- HERZLICH, C. (1996) - Comentários sobre a Pós-Graduação em Saúde Coletiva. In: Minayo, M.C.S. & Costa, P.S. (orgs.) - Avaliação da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva. Relatório Final. Rio de Janeiro: ABRASCO, mimeo.
- HOBBSAWN, E. (1995) - *A Era dos Extremos: O Breve Século XX*. São Paulo: Ed. Companhia das Letras.
- JAMES, S. (1996) - Comentários sobre a Pós-Graduação em Saúde Coletiva. In: Minayo, M.C.S. & Costa, P.S. (orgs.) - Avaliação da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva. Relatório Final. Rio de Janeiro: ABRASCO, mimeo.
- KRIEGER, E.M. (1996) - Avaliando a Avaliação da CAPES: Problemas e Alternativas. In: CAPES/MEC (orgs.) (1996) - *Discussão da Pós-Graduação Brasileira*. Brasília: Ed. UnB.
- LETA & de MEIS (1996) - A Profile of Science in Brazil. *Scientometrics 35(1):33-44*
- LONGO, W.P. (1995) - Os Desafios da Ciência e Tecnologia Hoje. In: Zucco, C. (org.) - *Anais do "XI Encontro Nacional de Pró-Reitores de Pesquisa e Pós-Graduação"*, pp. 6-17. Florianópolis: Editora da UFSC.
- LUZ, M.T. (1996) - Produção Científica. In: Minayo, M.C.S. & Costa, P.S. (orgs.) - Avaliação da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva. Relatório Final. Rio de Janeiro: ABRASCO, mimeo.
- MINAYO, M.C.S. (org.) (1995) - *Os Muitos Brasis*. São Paulo: Editora Hucitec/ABRASCO.
- MINAYO, M.C.S. et al. (1995) - Projeto Integrado de Avaliação da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em

- Saúde Coletiva no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO, mimeo.
- MINAYO, M.C.S. & COSTA, P.S. (orgs.) (1996) - Avaliação da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva. Relatórios: Preliminar (setembro de 1996) e Final (dezembro de 1996). Rio de Janeiro: ABRASCO, mimeo.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1995) - I Conferência Nacional de Ciência & Tecnologia em Saúde - Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, mimeo.
- MONTEIRO, C.A. (org.) (1995) - *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: A Evolução do País e suas Doenças*. São Paulo: Ed. Hucitec/NUPENS-USP.
- MORIN, E. (1994) - *Ciência com Consciência*. Lisboa: Edições Europa-América.
- NUNES, E.D. (1996) - Esboço Histórico da Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Brasil. In: Minayo, M.C.S. & Costa, P.S. (orgs.) - Avaliação da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva. Relatório Final. Rio de Janeiro: ABRASCO, mimeo.
- NUNES, E.D. & COSTA, P.S. (1996) - Estrutura Curricular. In: Minayo, M.C.S. & Costa, P.S. (orgs.) - Avaliação da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva. Relatório Final. Rio de Janeiro: ABRASCO, mimeo.
- PAIM, J.S. (1984) - Desenvolvimento Teórico-conceitual do Ensino em Saúde Coletiva. In: *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- RAMONET, I. (1996) - Imprensa contra a Corrente. *Jornal do Brasil*. "Caderno Idéias" de 16/03/96, p. 5.
- RIBEIRO, A.C.T. (1995) - Saúde e Comunicação: Faces Contemporâneas da Gestão da Sociedade. In: Pitta, A.R. (org.) - *Saúde e Comunicação*. São Paulo: Editora Hucitec/ABRASCO.
- RONDELLI, E. (1995) - Mídia e Saúde: Os Discursos se Entrelaçam. In: Pitta, A.R. (org.) - *Saúde e Comunicação*. São Paulo: Editora Hucitec/ABRASCO.
- SANTOS, M. (1994) - *Técnica, Espaço, Tempo: Globalização e Meio Técnico-Científico-Informacional*. São Paulo: Ed. Hucitec.
- SFEZ, L. (1995) - *La Santé Parfaite: Critique d'une Nouvelle Utopie*. Paris: Éditions du Seuil.
- TANAKA, A.C. (1996) - Perfil da Demanda. In: Minayo, M.C.S. & Costa, P.S. (orgs.) - Avaliação da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva. Relatório Final. Rio de Janeiro: ABRASCO, mimeo.
- VIACAVA, F. & LEITÃO, C. (1996) - Difusão da Produção Científica dos Cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. In: Minayo, M.C.S. & Costa, P.S. (orgs.) - Avaliação da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva. Relatório Final. Rio de Janeiro: ABRASCO, mimeo.