FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CASA DE OSWALDO CRUZ

Paulo Ernani Gadelha Vieira

(Entrevista)

Ficha Técnica

Projeto de pesquisa – Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Saúde Pública - História e Memória

Entrevistado – Paulo Ernani Gadelha Vieira (PG)

Primeira entrevista:

Entrevistadores – Tania Fernandes (TF) e Otto Santos (OS)

Data – 26/08/2019

Local – Rio de Janeiro/RJ

Duração: 1h50min

Segunda entrevista:

Entrevistadores: Tania Fernandes (TF)

Data – 23/10/2019

Local – Rio de Janeiro/RJ

Duração – 1h08min

Tempo total da entrevista: 2h58m

A citação de trechos da transcrição deve ser textual com indicação de fonte conforme abaixo:

VIEIRA, Paulo Ernani Gadelha. *Paulo Ernani Gadelha Vieira. Entrevista de história oral concedida ao projeto* Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Saúde Pública - História e Memória, 2019. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2023. 58p.

Projeto: História da Saúde Coletiva no Brasil

Entrevistado: Paulo Ernani Gadelha Vieira
Data: 26 de agosto de 2019
Local: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz - Rio de Janeiro
Entrevistadores: Tania Maria Fernandes (coordenadora) e Otto Santos (bolsista)
Legendas: trecho inaudível: [?]; pausa: [...]

TF: Entrevista com Paulo Ernani Gadelha Vieira para o projeto "História da Saúde Coletiva no Brasil" no dia 26 de agosto de 2019, entrevistado por Tania Fernandes e Otto Santos de Azevedo na Fundação Oswaldo Cruz.
Bem, Gadelha como a gente estava conversando, a ideia desse projeto é pensar junto com vocês, os entrevistados, o que é essa configuração. Eu estou trabalhando com a história, com a trajetória de configuração desse campo chamado saúde coletiva. Dentro dela eu vou pensar um pouco a tua trajetória e como é que você, na sua trajetória, construiu para você e para fora essa conceituação, como é que você participou, etc. Então você se formou em setenta e seis. Uma primeira pergunta que eu queria te fazer, que você fez uma residência médica, a tua trajetória, já ouvi isso várias vezes de você, e ia começar a enveredar para a psiquiatria e você depois foi cair na medicina social, saúde pública, saúde coletiva, seja lá o nome que a gente vai pensar. Trabalha com a gente um pouquinho só essa tua opção psiquiatria para essa área, que aí acho que jáentra nesse campo.

PG: O meu percurso na medicina foi muito errático. Eu comecei e tentei buscar um caminho inicial aí, no primeiro e segundo ano, principalmente no segundo ano de medicina, uma área mais de pesquisa básica, porque estava começando lá na UERJ, na Faculdade de Ciências Médicas, a ideia de modernizar o campo dos estudos. Naquela época a Euzenir Sarno estava montando um curso de fisiopatologia, que era uma forma já de superar a patologia clássica. Ai eu me entusiasmei e ajudei como monitor a montar esse departamento, essa área e procurei um tempo encontrar uma vocação mais na área mesmo de pesquisa. Isso durou um tempo, depois eu fiquei sem ter clareza de como escolher uma especialidade ou o quê trabalhar. Num certo momento eu pensei inclusive na possibilidade de sair da faculdade e fui fazer um curso, não era um curso, um crédito de antropologia com a Neuma Aguiar lá no IUPERJ. Era um pouco tentando buscar outras visões que alargassem um pouco aquele campo que eu considerava mais restrito da formação

médica. Depois desse processo eu acabei optando por fazer psiquiatria na residência. Antes disso eu tinha tido um contato já, porque na UERJ estava se constituindo e a nossa turma, ela foi, em um certo sentido, a turma onde se começa a inaugurar o trabalho do Instituto de Medicina Social na graduação. Então com o aval, digamos, o estímulo e mesmo assim o acolhimento do Piquet Carneiro, esse grupo fundador do Instituto de Medicina Social, que é o Hésio, a Nina, o Moraes e vários outros, e junto com eles também, vem a geração que vai constituir o instituto. Onde vai estar Reinaldo Guimarães, o Regazzi. Então esse pessoal estava montando uma abordagem nova dentro dessa linha de renovação do campo de pensar não só o processo de internalização da saúde, mas a forma de organização do cuidar da saúde. O Hésio vem com a experiência dos Estados Unidos, e com essa visão da questão da medicina preventiva e depois medicina social passou a ter... então eu tive um contato inicial com esse grupo. Mas à época, embora fosse o que havia de mais aberto e mais progressista nesse período, não foi algo que me fez optar diretamente em me engajar em um processo mais continuado de fazer uma ponte entre a formação médica, a clínica, a atenção médica e os trabalhos ligados a uma visão mais de saúde coletiva. Muita gente fez esse percurso mais tarde, com os projetos que foram feitos, como foi o caso, por exemplo, da Ângela, que mais adiante foi trabalhar em Austin nos projetos de atenção primaria. Mas eu, na verdade, estava também muito, num momento muito ainda num campo mais do que foi a minha experiência nos Estados Unidos, quando eu passei um ano no último ano do científico, que era o *High School* lá, e voltei muito impregnado com a questão da contra cultura. Então tinha uma vida de estar dentro de uma escola médica e aquele processo e ter visões críticas de um ponto de vista mais político, mas ao mesmo tempo, vivendo e pensando pelo lado da contra cultura, que era, vamos dizer assim, algo que se colocava como fora da militância política e da formação mais clássica dos partidos, da influência, principalmente, no caso do partido comunista, que à época era quem dominava e tinha a hegemonia mais nesse campo da saúde. Eu estou te colocando isso porque a minha chegada vai se dando de uma maneira não programada, e vai juntando pedaços de experiências muito diversas. Ao contrário de muita gente que teve uma formação muito sólida, que desde o início foi caminhando crescentemente para pensar essas conexões e evolução da atenção médica, da formação de médico, e depois a expansão para o campo da saúde coletiva. É claro que isso eu estou falando do pessoal que está na Faculdade de Medicina, outros vieram de outras formações. Quando eu tive então que decidir a questão da residência médica, e aí eu já tinha tomado a decisão de continuar na faculdade, me formar e buscar...a psiquiatria se colocou

para mim como a alternativa mais aberta, mais ampla para o que eu tinha como interesses. E aí eu fui encontrar na psiquiatria uma ambiência muito rica, porque era também, naquele momento a gente estava tendo uma renovação de perspectivas do campo do cuidado à saúde mental e ali na UERJ, que antes tinha tido o Portela, mas logo em seguida, e já na minha época, eu fui pegar, principalmente, a chegada de Jurandir, Joel. Tinham outras pessoas com a visão mais psiquiátrica, que era o caso do Jorge Alberto, também o Cláudio Macieira, mas, fundamentalmente, o Jurandir e o Joel que estavam trazendo toda uma revisão a partir da experiência também na França, com Foucault, Deleuze e toda a visão de um repensar do campo da psiquiatria que associava muito também a revisões críticas do campo do pensamento vinculado à filosofia, à epistemologia...

TF: Já voltado para a pesquisa?

PG: É. Já voltado também para a pesquisa. E junto com isso também, o movimento do qual eu participei durante alguns anos, que era a ideia de renovar o que veio dar no projeto de reforma da psiquiatria brasileira. Junto com Paulo Amarantes, Pedro Gabriel, várias pessoas, a gente estava em um processo da luta antinosocomial, das influências também, no caso, europeias, principalmente da Itália, os trabalhos também da Nise da Silveira. Ou seja, eu estava imerso em um campo que tinha muitas conexões com essa visão crítica de alargamento, da ideia de um cuidado de saúde mais na ortodoxia. E ai, com o Jurandir, ele começou uma pesquisa que redundou no primeiro trabalho dele com relação a questão das avaliações das transformações da estrutura familiar no Brasil e eu participei dessa pesquisa. Eu era da equipe de auxiliar, junto com o Benilton, acho que o Renato Veras também, e essa pesquisa com o Jurandir, esse trabalho com o Jurandir, também foi outro mergulho em um campo que vai... E aí é interessante o pensar que é um pouco aquela minha inquietude de estar buscando na antropologia, e eu sempre tive também uma queda, no sentido da curiosidade, nunca tive uma formação profissional nesse sentido, mas para o campo da história. Então, ali com o Jurandir eu estava encontrando uma abertura de novos recortes de análise e ao mesmo tempo um estudo histórico que dizia respeito, no caso brasileiro, à revisão dessa estrutura familiar e os efeitos disso também no que seria pensar a questão do adoecer. Quando eu estava nesse primeiro ano com o Jurandir, e o Jurandir também fazia parte da equipe da medicina social. Da mesma forma como o Joel, e também naquela época estava outro que veio de uma formação muito forte, associada no caso, especialmente, do Roberto Machado com Foucault que estava desenvolvendo aquele trabalho também dele, da como é que é? Danação...

TF: Danação da Norma

PG: É. Então era esse o ambiente que eu estava vivendo. Quando chegou o que seria o segundo ano da residência, a gente já fez um passo para entrar no Instituto de Medicina Social no mestrado. Eu fiz o meu segundo ano de residência concomitante com o mestrado da medicina social, e aí já foi um mergulho nessa ambiência acadêmica que era um dos pilares junto com o movimento social que vai resultar depois na reforma...

TF: Só um minutinho. A residência era na UERJ? Na medicina social não tinha residência?

PG: Não, a residência era psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas. Quer dizer, os dois são UERJ, óbvio, a faculdade e o instituto e o que havia era uma, em um certo sentido a pessoa que foi muito central nisso que era o Piquet Carneiro, ele era o grande estimulador dessa renovação da UERJ, em outras áreas também, e ele incentivou e fez essa ponte muito forte com a criação do Instituto de Medicina Social, com renovações importantes dentro da UERJ. A própria presença do Instituto de Medicina Social como parte também dos processos de graduação e outros como, eu falei, o Euzenir Sarno. Então era essa a ambiência. Uma ambiência, ao mesmo tempo, isso era período de, eu me formei em setenta e seis, então eu estou falando de um período de setenta e sete e setenta e oito que é um período muito rico e já em um processo de embate contra a ditadura, um processo de redemocratização que vai nesse momento ter um alento e depois vai se estender até o período de oitenta e seis, oitenta e oito. Essa minha experiência, ela ao mesmo tempo, somou-se a uma outra vertente que diz respeito à questão mais dos movimentos sociais, sindicais que foi a minha entrada no movimento de residentes. Porque eu estava fazendo essa residência em psiquiatria, no Instituto de Medicina Social e ingressei em um primeiro momento fui militando na AMERERJ, eu virei presidente da AMERERJ que era a Associação dos Médicos Residentes do Rio de Janeiro. Em seguida eu fui ser presidente da Associação Nacional dos Médicos Residentes. Então essa experiência foi muito rica, porque ela se configurou como, logo em seguida, aos primeiros movimentos sindicais de peso no ABC com o Lula. E o movimento dos residentes foi o primeiro a ter um caráter não só nacional, mas um caráter de movimento reivindicatório com greves muito significativas de profissões de camada média, da área médica, que era uma grande novidade de estar se expressando naquele momento de uma maneira mais intensa. Uma reivindicação que era ao mesmo tempo corporativa, mas que tinha no seu fundamento a associação daquele rol de reivindicações com a visão mais

ampla de luta pela democracia e de estar, quer dizer, entrando nesse esteio do movimento que tinha sido aberto aí pelo ABC. E isso aí, quer dizer, essa conformação é o que dá em um certo sentido a minha inserção no próprio processo de constituição do que veio a ser o SUS e das concepções que estavam colocadas dentro dessa conformação que depois, vai ter o seu grande ápice na oitava conferência, mas também juntando essas duas pernas que foram fundamentais para esse processo: que era o movimento social e que era a academia. Então na academia eu lembro, muitas vezes, porque depois dessa minha experiência no movimento de residentes nós continuamos. O movimento de residentes foi muito relevante também para abrir as portas para o movimento de renovação sindical, o chamado REMI, que era renovação médica. Ele se contrapôs e conseguiu conquistar espaço dentro dos sindicatos que durante muitos anos tinham ficado como sindicatos, ou totalmente, até conservadores e retrógrados ou no mínimo, quer dizer, com muita acomodação frente à situação da ditadura. Os chamados sindicatos pelegos, ou no mínimo, sindicatos que não criavam nenhum tipo de enfrentamento com relação ao estado da vivência da democracia. Então essa presença do movimento de residentes, sindical, e de ao mesmo tempo estar em uma área acadêmica que estava refletindo sobre esses novos recortes da medicina preventiva, medicina social, saúde coletiva, e construção do SUS. Para mim foi muito significativo, porque ali eu consegui fazer as pontes. Eu lembro de debates ainda muito preliminares dentro da medicina social, quando o Hésio, o Fiore e vários outros, Noronha, estavam discutindo o que poderia ser a constituição de um sistema que seria um SUDS. Unificado, centralizado de saúde, e vai por aí. Então, um pouco é isso, a minha formação médica é errática. Eu não tenho um processo continuado visando uma especialidade, nem mesmo no início, pensando em um campo de atuação da saúde coletiva. Eu vou desembocar nisso por interesses que vão me levando a chegar ao Instituto de Medicina Social e à militância política nessa área, e na medicina social eu acabei optando por ter um tema na minha tese que foi um tema de constituição da história da ciência médica no Rio de Janeiro, que pegava essa constituição desde o último quartel do século dezenove até o período Vargas.

TF: São as quinhentas páginas que você escreveu.

PG: São as tais que o Arlindo sempre fala. E ali também foi muito interessante porque quando você está analisando a constituição dessa ciência médica, você está também trabalhando com processos mais ou menos explícitos de planejamento, de forma de organização do cuidado médico que tem elementos próximos a uma concepção que tem

traços comuns com relação ao que o SUS depois vai desenvolver. Então pelo viés da história da militância e do campo de alargamento teórico de abrangência que estava se vendo na área acadêmica naquele período, foi por onde eu entrei nessa seara.

TF: Na sua fala já usou pelo menos umas quatro vezes o termo saúde coletiva. Você se recorda, lá na sua memória, se nesse momento essa palavra transitava?

PG: Olha, é...

TF: Como é que ela começou a transitar? Se você for viajar para lá, você já está contaminado aqui pelo uso da palavra? Viajando lá para aqueles momentos, só te lembrando assim: a ABRASCO foi criada em setenta e nove, antes tinha sido criado o CEBES que no início não tinha nada a ver com saúde coletiva, com essa palavra. Como é que você se lembra, como é que você pode percorrer aí na tua memória e vê se você se lembra como é que essa palavra foi sendo introduzida na sua [?]?

PG: Isso é muito, quer dizer, apesar de ter sido tão debatido e tão objeto de reflexão e de discussões, é uma coisa que para mim é um pouco ainda, quer dizer, os tempos, é um pouco difusa. Porque já no início, a própria caracterização desses termos medicina preventiva, de medicina social, no caso da UERJ, elas já estavam colocando essa questão como a definição do campo, do ponto de vista conceitual, poderia estar apontando dimensões que tivessem, ou mais próximas de uma revisão mais pelo lado da prática médica, ou pela incorporação de categorias e visões do social no processo de pensar o cuidado e a organização do sistema de saúde. Então a própria medicina social na qual eu vou ingressar, quer dizer, eu já tenho um contato desde o início da faculdade, depois vou ingressar nesse período aí, ela já estava colocando essa questão, quer dizer, como é que a partir de visões, aí a gente estava trabalhando naquela época as várias formações que estavam dadas como alternativas da medicina urbana, da medicina do trabalho, da medicina... enfim, a gente já estava discutindo esse alargamento de um campo na tentativa de, pela definição conceitual, você precisar melhor qual era a arena que ele iria trabalhar.

TF: Isso que você está falando medicina social, medicina preventiva, você não usou o termo saúde pública.

PG: É. A saúde pública era considerada o que era o mais tradicional do ponto de vista da constituição da, do ponto de vista histórico né. O processo da Rockefeller, a constituição da saúde pública em São Paulo, os institutos. Então essa ideia da saúde pública como um campo já mais consolidado, constituído com as suas formas de... ela já estava do ponto de

vista histórico ao que se referia mais como parte da tradição. Os termos até onde eu lembro, aí eu não sei se veio também lá da... o Hésio Cordeiro, por exemplo, a questão da medicina preventiva e depois de medicina social, elas aparecem mais recentemente nesse processo da saúde coletiva, da saúde pública. A saúde coletiva, até onde eu lembro, aí isso eu teria que reler, porque a minha memória é muito focal, ela depende muito de reativar referências para.... ela veio como uma tentativa crítica com relação a todo esse processo, já tinha tido o trabalho do Arouca com o dilema preventivista, tinha a crítica de colocar o maior peso do campo dos movimentos sociais, da forma de pensar a interação mais abrangente dos processos sociais dentro do campo da saúde como saúde coletiva, e rompendo essas referências que seriam mais clássicas, ou da saúde pública tradicional, ou da medicina preventiva. E a medicina social para mim ficava como uma coisa meio, no meio disso tudo, sem ao mesmo tempo ter um contraponto muito claro do que os dois termos criavam como contradições. Porque no fundo, na visão da medicina social, do que se fazia no instituto, ele estava impregnado da mesma percepção do campo da saúde coletiva. Então assim, o que era mais claro era essa coisa da saúde pública tradicional, da medicina preventiva e desses campos aí de medicina social e de saúde coletiva.

TF: Então deixa eu perturbar um pouco. Mas ao mesmo tempo na ENSP, a gente estudava, eu fui aluna de lá. Estudávamos saúde pública, moderníssima, estava nos sindicatos. Como é que você, você estava ali, a gente estava todo mundo dialogando, chamando de saúde pública. Como é que esses termos, que é diferente a medicina social, que é outro patamar de linhas de pensamento.

PG: Tania, de novo, eu teria que rever isso, até porque eu lembro na época, a própria ABRASCO, a gente fez toda uma discussão sobre o significado desses termos e também qual seria do ponto de vista das repercussões programáticas. Eu lembro inclusive na época, eu acho que foi a Elisabeth Fee se eu não estiver confundindo, que fez um estudo sobre as alternativas colocadas nos Estados Unidos para definir esse campo. E ela...

TF: Mas esse campo não se chamava saúde coletiva lá?

PG: Não, não era saúde coletiva. Mas assim, definia o campo da saúde, o que que era? Então ela lembrava que você tinha umas três alternativas. Uma que era Harvard, se eu não me engano, que trabalhavam mais um campo pelo lado, bom, na verdade, um lado era mais pelo saneamento, o outro campo era mais pela questão da sociologia, e o terceiro campo que vai ser o campo hegemônico, vem a ser da Johns Hopkins, aonde pelo lado médico, onde vai se definir a conformação hegemônica da saúde pública nos Estados

Unidos. Então nessa configuração você tem processos que a gente aqui trabalhava também de uma maneira muito, quer dizer, uma formação médica significativa tentando encontrar a sua ampliação pelo lado, por exemplo, do que o Instituto de Medicina Social tentava fazer com os médicos nas ciências médicas. Você tinha uma tradição da saúde pública que incorporava alguns campos ligados ao higienismo, uma visão onde a questão do saneamento, e essas questões ligadas também tinham um peso muito grande e um campo mais ligado a abordagem sociológica e mais ampla que vai aparecer mais tardiamente. E eu acho que vai se incorporar, eu estou só pensando alto, vai se incorporar mais no escopo desse programa de pós-graduação que a gente vai ter em vários locais. No caso dos estudos da medicina social, de uma maneira de um programa bem explícito, de estar incorporando essas novas vertentes que vinham, por exemplo, da abordagem do Foucault, da abordagem...

TF: O Juan García teve uma influência grande.

PG: O Juan García foi também um dos grandes nomes desse processo. Então assim, o que eu sempre achei, e depois também em todo o debate que vinha, considerando a definição de um campo, quais eram as suas funções essenciais, o que era a especificidade?

TF Você participou dessas discussões com esses atores da formação do campo?

PG: Participei. Da formação do campo e depois de toda essa definição, quer dizer, a formação do campo implicava também em definir o que era não só o processo de constituição dos cursos, mas também as funções essenciais da saúde pública e também a própria trajetória aí no caso da ABRASCO, como é que ela se configura, a vocação dela, então tudo isso estava meio misturado.

TF: Você não acha que isso confundia?

PG: O que eu acho, aí é uma questão minha, é que muitas vezes, eu não estou querendo reduzir a relevância de uma maior precisão conceitual. Eu acho que os conceitos são importantes para você definir maior clareza e uma potência maior do que você vai fazer a partir dessa delimitação conceitual, mas ao mesmo tempo, eu acho que isso muitas vezes cria um enclausuramento e não se percebe, o que na minha tese eu trabalhei mais adiante a questão da história das doenças, eu passava intuitivamente, e depois eu passei a adotar isso, que é uma frase que, até acho que a, não sei se a Ilana Lowy fala, que é: “Conceitos frouxos têm um alto grau de coesão”, no seguinte sentido: aí vem do interacionismo simbólico, a ideia de que quando você tem um conceito, que embora ele seja um conceito

frouxo, mas ele permite que várias linguagens, tradições, falando da mesma coisa e utilizando para sua atuação mais específica, de uma maneira mais rasa esse conceito, elas se permitem se encontrar em uma linguagem mista, em uma linguagem crioula, aonde você produz um encontro dessas diversidades e cria um efeito de coesão muito forte. O próprio conceito de saúde, quer dizer, se for pensar saúde, para biologia molecular é uma coisa, para o clínico é outra, para o epidemiólogo é outra, para o sociólogo vai ser outra, e no entanto você consegue, por essa fluidez ou frouxidão do conceito, juntar todas essas tribos e interagir. Ter um processo de coesão em torno, não só da comunicação, mas da prática teórica e social. Eu acho que nesse caso aí também, não reduzindo a importância do debate, de lapidar melhor o que significava dar nome às coisas. Na verdade, esse termo tem uma frouxidão ali, que fez com que se encontrassem e trabalhassem coletivamente uma série de tradições profissionais, dos movimentos sociais, acadêmicas, que tentavam ao mesmo tempo construir com mais rigor e precisão o que era cada uma dessas visões, o que era a antiga saúde pública, o que era medicina preventiva, o que era a saúde coletiva, o que era....

TF: Você está falando a antiga saúde pública, você não acha que tinha uma nova saúde pública? Uma saúde pública revisitada naquele momento?

PG: Tem a saúde revisitada, quer dizer, mas assim...

TF: Na década de setenta.

PG: Sem dúvida, sem dúvida tem. Mas, o que é no final das contas, quando você está revendo o processo, na área da academia você tem efeitos diferentes. Qual é o profissional que eu quero formar? Qual é o meu foco de análise? Como é que eu trabalho em interações mais de um campo médico, de um campo mais social? Então, você tem diferenças. Mas na hora que você teve um processo de atuação no movimento social, que vem por essa confluência das academias, do processo da luta contra a ditadura, dos movimentos sociais, e que vai redundar no que a gente conhece como movimento da reforma sanitária, aonde é que essas diferenças aparecem? Onde é que elas traduzem as consequências desses recortes as vezes tão trabalhados de uma maneira a configurar as diferenças? Na verdade, elas trazem porque tem formação de profissionais de maneiras diferentes, tem abordagens analíticas diferentes, mas assim, quando eu penso isso, penso como é que se trabalhou em um campo, por exemplo, da reforma psiquiátrica? Eu estou vendo aquilo ali tudo muito ao mesmo tempo misturado, coeso e vindo de referências disciplinares ou referências de pensar esse campo de uma maneira aparentemente distinta.

Entendeu o que eu estou colocando? Eu acho que muitas vezes, ao meu ver, houve uma necessidade de criar identidades, demarcar uma ruptura com o que era a tradição, mas ao mesmo tempo, nesse processo, houve um certo excesso de formalização que não representava nem o que que era a trajetória das pessoas, nem do seu campo de formação e nem a sua prática social, que no fundo acaba tudo misturado. Eu vejo isso dentro da ABRASCO também. A ABRASCO tem aí uma outra questão que vai surgir na ABRASCO mais adiante, que ao mesmo tempo que ela se configura como uma associação de saúde coletiva, aí você vai ter essa divisão que aos poucos vai sendo superada na ABRASCO, que seria mais uma associação para pensar o campo da academia, dos programas da pós graduação, ou como uma associação, a maior associação que representasse a saúde coletiva no Brasil, e na verdade a ABRASCO acaba fazendo os dois processos e passa a ser durante muito tempo a grande associação de saúde coletiva que trabalha num campo com uma ampliação enorme e da relação inclusive, não só com o campo acadêmico, mas com o campo do serviço. Está entendendo o que eu estou colocando?

TF: Claro, lógico. Aí eu te pergunto assim...

PG: Agora, precisar melhor onde é que estavam, como as pessoas faziam, qual era a distinção que davam para cada conceito, eu teria que reler isso.

TF: Não, eu quero que você trabalhe com a sua memória mesmo. É isso que eu quero. Mas eu estou pensando o seguinte, você acha que, por exemplo, aqueles sete mil que vieram ano passado para cá falar sobre saúde coletiva, lá dos cafundó do Brasil, e eu conversei com algumas pessoas. Não sei como você andou por ali, mas você acha que aquelas pessoas todas tinham consciência do lugar onde elas estavam falando?

PG: Eu acho que não.

TF: Dessa coisa do que é isso, que campo é esse?

PG: Eu acho que não.

TF: Como é que isso vai andando?

PG: Eu acho que não. Quer dizer, sim e não. Ao mesmo tempo elas estão ali porque elas sabem que ali tem uma expressão de maneira de configurar pensamento, que incorpora os seus anseios tanto de natureza do conhecimento, mas também incorpora os seus anseios de inserção de prática. Nessa inserção de prática você tem muita gente que chega

independente de uma clareza, quer dizer, aquele é o espaço da visão da saúde coletiva contraposto de um espaço da visão da medicina preventiva ou contraposto, isso não existe. As pessoas não estão chegando ali como se fizessem parte de uma coerência conceitual e de um grupo, de uma facção que se vê: "eu sou da saúde coletiva", "eu sou da medicina preventiva". Eu acho que é claro, de novo, eu não estou querendo minimizar isso, porque também no meio dessas separações tinham muitas separações de interesses corporativos, micropoderes, ou interesses de reforços institucionais. Tinha associação forte ou menos forte, com categorias centrais, categorias sejam mais médicas, ou menos médicas, mais amplas, então eu não estou reduzindo isso. Há um embate também teórico que é frutífero por um lado, mas do ponto de vista de prática social mais ampla, eu acho que isso tudo se dilui nesses movimentos. Eu não vejo o pessoal, eu vejo, por exemplo, as conferências nacionais de saúde...

TF: Nas conferências, saúde coletiva é um termo que é utilizado nas conferências? Na última conferência agora que vocês foram.

PG: Não.

TF: Não passa por lá, não é?

PG: Não, eu não vejo a preocupação de marcar ali, quer dizer...

TF: Esse lugar?

PG: É. Que ali é um lugar onde a saúde coletiva, mesmo quando a ABRASCO, participa mais intensamente, dessa vez participou bem menos por uma série de razões, eu não estou vendo ali um debate, como se fosse assim, a definição de uma estratégia política, que muitas vezes está colocada, e quantas vezes a gente pensou se era um processo de frente única, ou frente ampla, ou se era... Aí você tem mais a demarcação de estratégias políticas de integração que estão associadas a uma certa visão e análise da conjuntura e das alternativas dos projetos de longo prazo. Eu não via isso acontecer no campo acadêmico da saúde, não eram exatamente facções que estavam interpretando a realidade e com um projeto distinto de futuro, e que nesse projeto distinto de futuro, as estratégias, as formas de atuação demarcassem radicalmente diferenças como a gente encontrava nos partidos políticos ou nas facções políticas, eu não via isso. Eu via um debate significativo, conceitual no campo da academia, eu via alguma expectativa de organização disso e via a confluência na hora de você trabalhar esses projetos. Onde havia as divergências maiores eram muito mais associadas à intervenção partidária do que na questão conceitual e

acadêmica. Você está entendendo o que eu estou colocando?

TF: Isso para uma tentativa de definição de saúde coletiva, essa relação com as questões partidárias?

PG: Não. Quando você diz assim: qual vai ser o caminho? Vai ser um caminho da luta política geral ou como uma questão da saúde, ou como o momento de discutir se deveria ser SUDS ou SUS? Como é que isso está colocado? Ali você tem uma maior aderência entre as visões de análise política, organizações partidárias ou de grupos que giravam em torno de projetos partidários, a visão mais de longo prazo, se deveria ter alianças ou não alianças com o setor privado, o não setor privado, enfim, isso aí era muito mais definidor das disputas do que o arcabouço teórico e de formação nessas várias vertentes, da saúde coletiva, da saúde pública ou da medicina preventiva. Está claro? Então você chega lá e para construir o SUS, precisa ter ou não ter aliança com o setor privado? Ali não estava se colocando uma visão de como o SUS representava mais ou menos a saúde coletiva, mais ou menos a saúde preventiva, não era isso. Ali era se o modelo que você queria ter e a realidade de análise do país seja pela realidade constituída de assistência médica no país, seja pelas forças sociais que deveriam dar sustentação a um projeto transformador, se ele deveria ir para um modelo mais depurado, puro de definição estatal pública, ou um público que incorporasse o privado. Não é nas categorias de formação mais ampla do que a gente está discutindo, que isso ia ter um impacto. Está entendendo?

TF: Aham.

PG: Então se alguém disser: "Eu defendo a saúde coletiva porque o conceito de saúde pública é mais restrito, ou porque a questão da medicina preventiva, ela mostrou os seus limites, ou é uma forma americana de como trabalhar". Eu não via isso expresso na prática mais ampla dos movimentos e dos modelos de debates em torno da ação no campo da saúde pública, da saúde coletiva ou que seja. Está entendendo?

TF: Tá. É... é, eu estou...

PG: É ou não? Eu quero também ouvir, porque eu estou falando assim de...

TF: mas a entrevista é sua. Mas eu estou pensando assim...

PG: Certamente outros ficarão horrorizados com isso, porque muitas vezes essa depuração de campo, depuração conceitual é considerada tão relevante, tão significativa, como se ela fosse definir a realidade e os processos políticos e sociais. Eu nunca entrei por aí.

TF: E como é que você vê essa conversa...

PG: Eu sempre tive uma postura no fundo que era considerada academicamente muitas vezes questionável, eu tinha uma postura muito mais eclética e muito mais frouxa nesse sentido, entendeu? Quando o pessoal ficava tentando depurar se o conceito, como é que eram... Isso aqui é bom as vezes para organizar uma disciplina ou organizar uma questão do conhecimento. A questão é como é que na realidade você precisa dessas misturas e desse... que eu vinha a encontrar depois nessa visão da fluidez dos conceitos.

TF: Nós estamos tentando entender como é que esse conceito foi desenhado. E aí uma outra questão que aparece, apareceram em várias outras entrevistas, é da relação...

PG: Agora eu vou inverter. Como é que hoje você avalia o impacto ou não desse recorte, agora, contemporaneamente? Em termos como ele organiza, ou divide, ou grau de sucesso, ou grau de insucesso, pela forma como se depurou uma visão de saúde coletiva?

TF: O que tem sido colocado... A entrevista é sua.

PG: Não, mas agora eu estou te entrevistado.

TF: Está bagunçando a história oral.

PG: Eu quero aprender. Você tira isso em off.

TF: Mas deixa eu falar outra coisa, daqui a pouco eu falo isso. Com relação ao diálogo, à conversa para fora do Brasil, onde esse termo não tem repercussão, não tem embate, tanto que a tradução se você entra na CAPES, CNPq, a tradução é *public health*.

PG: É uma jabuticaba aqui.

TF: É uma jabuticaba. Como é que você, que inclusive tem um diálogo para fora do Brasil, bastante amplo, como é que você vê isso? O Carvalheiro diz assim: "A gente chega lá na OPAS..." Aí citou uma pessoa que eu não lembro quem era. "Aí eu falo de saúde coletiva e a pessoa diz assim: "Mas para com essa palhaçada de saúde coletiva, esse negócio é saúde pública, para de falar desse negócio". Tem, segundo o Carvalheiro, uma certa brincadeira com a aplicabilidade. Se você vê isso quando você conversa?

PG: Olha! Deixa eu te colocar uma coisa. Uma outra aberração. Que eu não tenho, quer dizer, muitas vezes quando você quer criar, quando você quer avançar em uma produção de conhecimento, você cria ideologismos. Ideologismos pode significar que ali são impregnados de uma potência, que é a mesma coisa de um novo conceito para você pensar coisas novas, então eu acho que o conceito de saúde coletiva teve um mérito

muito grande, que era dizer: “Olha! Nós estamos falando de outra coisa”. Que outra coisa é essa? “Olha! Ela incorpora muito fortemente a visão social do movimento, as visões ligadas a novos campos de reflexão sobre epistemologia, e, portanto, isso nos permite fazer interações que não eram pensadas no cânone anterior”. Então isso tem um valor. Por outro lado, quer dizer, quando você, aí é a tua pergunta, você vai pensar como você dialoga com os outros, os outros campos, as outras realidades, isso coloca uma dificuldade, porque você não tem clareza de qual são as pontes de comunicação, aonde vai estar a redundância que permite a comunicação. Quer dizer, se você vai imaginar que aquilo vira um cânone tão hermético, por mais que ele se pretenda amplo, mas acaba sendo tão hermético, que você não permite depois estar trabalhando com o que está consagrado internacionalmente chamar em *public health*, ou saúde pública. Só o que você está chamando de saúde pública ali, você está chamando como um grande guarda-chuva onde cabe isso tudo. Você vai ter gente em saúde pública, em centros europeus que estão fazendo uma crítica hiper avançada...

TF: Como a nossa?

PG: Como a nossa. Que não teria nenhum problema de dialogar com o que está chamando de saúde coletiva, só que esse fator que eu acho que é um fator rico no sentido do seu processo de produção, ele não pode ser depois enclausurado, entendeu? Ele tem que saber que a sua função significa também estar aberto para as possibilidades de interação e aí ver de novo. É a mesma coisa, não é a mesma coisa porque tem... mas as dificuldades que, as vezes, a gente tinha com a epidemiologia crítica na América Latina, que é, na verdade, quase uma coisa, e aí depois você fazia as discussões, tanto pela dificuldade disso se propagar por todas as questões tanto de língua, quanto também da hegemonia mundial, mas ai de novo, eu acho que há uma riqueza, mas a riqueza pode levar também à você querer se aferrar a uma referência que ela depois nãoestabelece diálogo e não cria...Tá?

TF: Tá. Mas aí vou pensar o seguinte. Quando você falou dessa relação com fora, e nas estratégias, porque essa saúde coletiva ela foi desenhada no Brasil e também foram necessárias estratégias para essa consolidação, para não cair no ralo. E eu tinha entrevistado a Andreia Loiola, que foi presidente da CAPES, e ela foi a pessoa que autonomizou a área, que deu uma mudança substancial. Quer dizer, tinham problemas, e aí, quer dizer, como é que essa área, que foi uma área criada academicamente [?] em pós-graduações...

PG: Como ela abre espaços para...

TF: Ela foi abrindo espaços, mas ao mesmo tempo também ela tem um forte pé na academia, na criação de núcleos, na criação de institutos, de departamentos, enfim, de todos os órgãos. Nós estamos agora com noventa e cinco programas...

OS: Noventa e cinco programas.

TF: ...de pós-graduação no Brasil, com esse nome de saúde coletiva, se tiver algum outro nome a gente não tem como localizar, e quando a Loiola começa a nos falar dessa área, que essa é uma pergunta que a gente está fazendo para todos eles, como é que essa área se consolidou e como é que foi a participação de cada um desses atores que a gente está entrevistando, como é que a CAPES teve um papel fundamental ao autonomizar a área, que estava naquele momento ali com um certo problema de estagnação, digamos. Então como é que vai crescer se o núcleo que está avaliando, essa questão era fundamental, a avaliação das pós-graduações, que estava levando, aí você falou muito bem, para a epidemiologia. Quer dizer, teve um momento que a saúde coletiva estava sendo engolida por uma prática de saúde que estava se voltando muito mais para a epidemiologia, e tirando as ciências sociais que foi o grande mote inicialmente para essa área. Foram as ciências sociais que deram essa abertura, você falou muito aí, da tua própria trajetória foram as ciências sociais que te chamaram para ela, e como é que a epidemiologia e a própria biologia, porque antes da autonomização quem regulava e quem avaliava a saúde coletiva dentro da CAPES e CNPq era a área hard, era a medicina, ela estava enfiada na medicina. Então com a autonomização ela sai da medicina e vai ser avaliada por outros pares, mas esses pares hoje, que a gente está ouvindo falar, esses pares estão muito na epidemiologia, e as ciências sociais estão se vendo com uma determinada situação delicada, digamos, é o que a gente tem ouvido falar.

PG: Isso é parte de tantos outros processos aonde você... Na verdade o processo de reprodução e capacidade, ele demanda isso tudo. No caso aí você está quebrando com estruturas, que são estruturas de reprodução de grupos, de tradições de disciplinas, aonde envolve recursos, visibilidade. Então para romper com isso era um processo muito mais complicado, e ainda mais pensando que a epidemiologia, isso foi muito presente durante o tempo todo, chegou-se muitas vezes a querer criar uma associação à parte de epidemiologia dentro da abrangência da ABRASCO, porque a epidemiologia era tida por alguns recortes mais *hards* e tradicionais de aferição da cientificidade ou da metodologia como mais precisa. Então ela tinha um estatuto de cientificidade, de área hard de conhecimento, que dava para ela não só esse processo de validação e reconhecimento

interno, mas externo, tanto nacional, quanto internacional. Era muito mais fácil você vincular os trabalhos que estavam acontecendo em epidemiologia no Brasil com trabalhos epidemiológicos internacionais e ser reconhecido nesse processo, do que na configuração de uma área considerada muito mais fluida, com campos interdisciplinares muito fortes, com a presença grande, como você falou, das ciências sociais, mas que não era o campo aonde a CAPES ia estar lá vendo da produção das ciências sociais. Então esse caráter, que é na verdade, toda vez que você constitui um novo campo disciplinar você enfrenta isso, você enfrenta essa resistência daquilo que já está instituído. Aí o que configura você estar enquadrado nesse campo e não no campo da sociologia? O que configura estar enquadrado nesse campo e não no campo da história? O que significa estar enquadrado nesse campo e não no campo de uma saúde pública? E aí sem dúvida a Andreia tem razão. Ao conseguir inscrever na CAPES essa área, ela adquiriu a legitimidade, adquiriu o espaço, e isso é um *grid* de reprodução e consolidação de um campo.

TF: Que ao mesmo tempo a avaliação dela aqui hoje já comprometeu tudo. Pra ela foi uma grande perda. No processo de avaliação está retomando a epidemiologia, ir para essa área hard.

PG: Está retomando e o pessoal está se questionando o tempo todo, porque tem a dificuldade as vezes de enquadramento. Eu lembro da, periódicos...

TF: Agora tivemos uma baixa significativa. A revista da Casa abaixou bastante.

PG: Foi é?

TF: Vários.

PG: Você vê, um periódico daquela importância, daquela relevância. Porque é, na verdade, as estruturas de controle, de reprodução que está envolvido prestígio, os lobbys, os circuitos de profissionais. Está envolvendo também a ideia de que uma quebra dessa perde a consistência de campos anteriores. É um embate constante, e ela tem razão. Estou meio devagar assim com a...

TF: Não, estou achando ótimo. Você sempre brilhante. Para o meu olhar.

PG: Escapando algumas palavras aí.

TF: Não está não. Está ótimo, perfeito. Aí vendo nessa situação toda aí, quero só problematizar, porque toda vez que a gente problematiza a gente vai aprendendo outras coisas. A relação da ABRASCO, você foi inclusive membro importante da ABRASCO,

você foi vice, você foi presidente da ABRASCO. Como e que você viu essa tua gestão, essa tua participação dentro da ABRASCO, suas parcerias, como é que ela cresceu? Porque inclusive a ABRASCO, ela passa, não só a ABRASCO, em oitenta e seis, a área escapole. Na década de oitenta, principalmente oitenta e seis, ela começa a escapulir, antes da autonomização da CAPES. Ela começa a escapulir dessa área mais acadêmica e começa a se formar núcleos e com a participação, eu queria que você falasse disso, com a participação muito forte do INAMPS. O INAMPS teve uma participação muito forte na criação, ao contrário do que a gente poderia se fosse simplificar essa história, mas o que a previdência social está fazendo para organizar uma área, participar da organização de uma área de saúde coletiva, ela financiou o programa, teve o programa de saúde coletiva, que foi financiado pela FINEP, originalmente, que foi o PSC, e depois esse PSC quase faleceu e o INAMPS, a medicina social, a ABRASCO, FINEP, todo mundo se juntou para soerguer essa área de novo. E com isso surge um pensamento de, e foi encaminhado pelo INAMPS, de criação de núcleos. De criação de mestrados profissionais que sai da proposta original da ABRASCO, para conversar com o Nordeste, principalmente. Brasília foi o primeiro, o NESCON. Brasília, Minas e o Nordeste. Quer dizer, onde obviamente estava mais fragilizado. Que aí traz para o mestrado profissional, e o mestrado profissional hoje, inclusive, é a maior área.

PG: Não era o mestrado profissional ainda?

TF: Era. Mestrado profissional.

OS: Formação de recursos humanos do SUS.

TF: Do SUS.

PG: É, Formação de recursos humanos. O mestrado profissional acontece depois.

TF: Mas esses núcleos vão criar mestrados profissionais.

PG: Sim, mas o mestrado profissional como tal, ele é reconhecido, instituído numa época muito mais recente. O que você tinha eram núcleos de formação, tinha curso de especialização, tinha mestrado, vão trabalhar alguns com a graduação...

TF: O mestrado foi substituindo as residências.

PG: Sim, as residências, eles trabalhavam também com a graduação, mas eram núcleos de saúde coletiva. Na verdade, tem uma configuração muito especial aqui no Brasil que é no próprio processo de constituição da luta contra a ditadura, a democracia e da conformação

da ciência médica no Brasil. Essa divisão entre o campo da saúde pública e da assistência médica, que estava instituído o INAMPS como grande estrutura da ciência médica, e a saúde pública dentro do Ministério da Saúde, na verdade você tinha duas tradições diferentes, com alocações no Estado também diferentes. O predominante do ponto de vista de recursos, do ponto de vista político, era a área da atenção previdenciária que vai redundar no INAMPS, você conhece a estrutura toda, desde os institutos, bancários, as formas de você trabalhar como suporte aí lá atrás pelo governo Vargas. Então assim, a dinâmica real do campo da atenção à saúde, tirando essas coisas mais clássicas da saúde pública, combate à epidemia, saúde dos portos, enfim, tudo que vem, era dada pelo INAMPS. Então qualquer mudança, a condição de qualquer mudança para que, não só da configuração como é o SUS, mas da configuração do pensamento da área da saúde, ela teria que necessariamente, incorporar o INAMPS como um ator central. Pelo peso político, pelo peso reitor que ele tinha na questão da assistência médica no Brasil. E aí você tem uma configuração que é muito única, que é esse processo que vai dar em ter no governo Sarney todo aquele processo que vai dar na constituição, e aí a constituição no fundo é colocar temas e agendas, que para muitos está muito além até da própria base social que existia, e você teve duas figuras centrais nesse processo, para dar uma marca de representações de dois grandes campos, que era o Arouca na Fiocruz e o Hésio no INAMPS. Então essa presença do Hésio no INAMPS, ela é central. Primeiro porque o Hésio vem...

TF: Tem uma formação...

PG: ...da formação do Instituto de Medicina Social. E depois porque já dentro da previdência você já tinha vários processos e programas e entradas na máquina da burocracia do INAMPS, de pessoas com visão de esquerda, de visão mais progressista que estavam atuando nesses processos, com o Dr.... Com a figura chave lá, que era o Nildo Aguiar. Então, quando você tem o Hésio ali, o Hésio faz algo que, por isso que a gente considera como uma das grandes reformas de Estado do Brasil, que é: “Olha! Eu vou unificar o INAMPS com a saúde pública”. Quer dizer, eu vou abrir mão, eu estou colocando o Hésio para dar uma narrativa, um relato que ele tem um papel central no processo. “Eu vou abrir mão de um grande poder...” Que era de recurso financeiro, que era de poder político, para criar um processo de unificação da previdência com a saúde pública na égide do Ministério da Saúde. Está claro? O Ministério da Saúde era um Ministério menor no sentido do peso político dele. O Ministério que tinha peso era ligado ao Ministério da Previdência Social. Então quando você configura essa unificação das

três áreas, assistência, previdência e saúde pública, ela se dá por um processo de concepção teórica por um lado, de mostrar a necessidade de trabalhar a seguridade social como integrando e como um todo pegando essas três áreas, que estava lastreada também toda a produção acadêmica, mas você dá como um passo de reordenação administrativa do Estado, muito pesada. E abrindo-se mão de um poder enorme que o INAMPS tem. Quer dizer, isso aí é um contexto de país, é um movimento caminhando para a questão da constituição, mas é uma agência muito específica que é uma grande surpresa em um certo sentido também, ela tem um acúmulo, tem um processo forte que possibilita isso, de ter a nomeação naquele momento dessas duas pessoas em cargos chaves que é o Arouca e o Hésio. E isso não é um dado, não é uma coisa natural, é uma coisa inclusive difícil de imaginar que aconteceria, porque o governo Sarney era um governo no meio da transição militar. E aqui na Fiocruz, por exemplo, o Arouca até em um processo bem avançado, não se tinha garantia que o Arouca, havia até algumas iniciativas de fazer acordo com o Guillardo para poder garantir uma transição, e no INAMPS também, era um objeto de cobiça. Então essa situação é ímpar. Quer dizer, é você ter de uma hora para outra dois luminares que vêm da área acadêmica, da militância política, que vêm de experiências mais fortes e em áreas diferentes e que são decisivos para poder constituir. E aí sem dúvida, o INAMPS acaba sendo por isso, e porque era quem tinha o peso para constituir essas iniciativas. Eu vou dar uma questão que é muito menos, é quase assim, micro, mas quando eles foram construir a Casa de Oswaldo Cruz, como é que se dá a construção da Casa? Se dá no interior da Fiocruz, com a presença do Arouca e os seus vices, o Arlindo, o Luís Fernando e o Morel que têm uma visão de que é importante ter uma área do campo da história, da saúde pública, da ciência na instituição, abre esse espaço. Agora, quem foi um dos grandes financiadores da Casa de Oswaldo Cruz? Foi o INAMPS. Foi o Hésio Cordeiro. Foi onde a gente montou o projeto para ter o 'Finepão' e o Hésio Cordeiro que era acompanhar uma história corrente, a memória...

TF: O IMS também.

PG: Hein?

TF: O INAMPS também financiou bastante coisa lá no IMS.

PG: No IMS. Porque era quem tinha o recurso, era quem tinha o poder político, e que tinha uma visão de que essas áreas eram significativas. Então a tua pergunta, por que o INAMPS? Porque ali é que estava se dando a disputa real. A disputa maior para onde iria ou não o redesenho da saúde no Brasil e aonde iria nesse redesenho, o reforço dessas

visões mais amplas que a saúde coletiva estava dando, ela estava dando para onde ia o INAMPS. Porque se o INAMPS estivesse permanecido como uma área a parte, como atenção social pela previdência e assistência, nós não teríamos nada disso. Não teria o peso que vai ter na constituição, que viria a ter na conformação do SUS, nem a alavancagem que o campo da saúde pública, coletiva ou como é que chame, passou a ter por contar com esse espaço que era o espaço privilegiado, era um espaço com um peso enorme do ponto de vista político, financeiro. Entendeu?

TF: Deixa só eu perguntar uma coisinha aqui.

PG: E todos os movimentos que acontecem aí na conformação da oitava e lá no simpósio de saúde na Câmara, os documentos, eles são feitos nessa integração.

TF: Por que você falou que a ABRASCO não teve a participação significativa, não sei se o termo foi esse, nessa conferência de agora?

PG: Ai já é uma coisa mais, o episódio, queria até conversar mais com a Gulnar sobre isso. Primeiro assim, o dado que me passaram lá no debate é que houve uma reconformação dentro do Conselho Nacional de Saúde, fizeram por áreas, e nessas áreas tinham três instituições que estavam na mesma caixa, que era a Rede Unida, a ABRASCO e uma terceira instituição que está me escapando agora, e que por uma série de [?] lá, a ABRASCO acabou sendo espirrada.

TF: Não ficou claro que motivo era esse?

PG: Era disputa de protagonismo. Essa é uma interpretação que eu preciso checar direito, ou seja, então a Rede Unida acabou assumindo um protagonismo maior, a ABRASCO ficou fora da representação e na conformação do programa da conferência teria tido muito ou quase nenhum acolhimento e participação da ABRASCO. Esse é um primeiro momento, a coisa mais formal, nas mesas, então a ABRACO seria, e o outro é talvez um certo... aí eu acho que tem coisas geracionais da própria ABRASCO, aí talvez tenha também o olhar para a conferência como espaço mais relevante ou menos relevante. O fato é assim que, eu estive lá, circulei, mas não participei tão intensamente da programação, mas eu percebi assim, uma série de personagens muito relevantes da história e da presença da ABRASCO, eu não encontrei lá, entendeu? Não vou ficar citando nomes, vou citar pelo menos assim, de uns quinze nomes que a gente sempre lembra e que nos encontrávamos aqui para fazer as pajelanças, desde ex-presidentes da ABRASCO até

pessoas que têm um peso muito grande nessa história, eu não vi a grande maioria deles, e não vi também uma presença significativa da ABRASCOvocalizando, organizando...

TF: E a Rede unida ela é representativa de que ?

PG: A Rede Unida pega uma área mais de formação, também de área popular no campo da saúde. Já houve uma época, até a Tânia numa época foi, acho que presidente da Rede Unida. Depois ela passou para um comando, um nome importante da Rede Unida é o Alcir, não sei se ele ainda está na Rede Unida. A Rede Unida era uma área, também tinha um objeto de disputa ali, mas até onde eu lembro o foco central dela era mais ligado a questão do campo popular da saúde, a formação de pessoal nessa área, enquanto a ABRASCO pega mais o campo da pós-graduação. E a orientação da Rede Unida, numa época ela ficou mais próxima de uma militância mais intensa, acho que do PT e de campos mais à esquerda, e com uma visão às vezes mais crítica também dessa, o fato é que eu teria que recuperar. É leviano meu porquê eu não estou mais vivendo essa história há muito tempo. Mas o fato é que a Rede Unida, ela está muito mais, organicamente, associada à configuração do Conselho Nacional hoje do que a ABRASCO. E a ABRASCO sempre teve um processo que era um processo de idas e vindas. Na hora de escolher representações para compor o Conselho Nacional de Saúde, as vezes você vinha pela SBPC que delegava a ABRASCO a representação. Em outros momentos a ABRASCO reivindicava um lugar próprio, sendo a associação de maior peso da representação de saúde coletiva. Mas o fato é que todo mundo percebeu, pelo menos com quem eu conversei, esse arrefecimento da ABRASCO, e o que é uma certa, digamos assim, é uma lacuna muito séria, porque ao mesmo tempo a ABRASCO foi quem reuniu e continua reunindo sete mil pessoas aqui, com um alargamento muito grande. Aí tem a ver o que você me perguntou antes, teve um certo momento que a ABRASCO meio que estava se dividindo sobre a sua vocação, a sua finalidade. Tinha um grupo que achava que a ABRASCO deveria ser quase que, exclusivamente a área de representação da pós-graduação, então era a Associação Nacional de Pós-Graduação.

TF: Foi como ela foi criada.

PG: É, como ela foi criada. Aí a própria sua forma de gestão, representação política, presença de outros programas de pós-graduação, e um peso que a ABRASCO seria por esse lado acadêmico, do reconhecimento, e também pelo agenciamento que ela deveria fazer nesses temas de pós-graduação no Brasil. CAPES principalmente, e outros. Então qualquer alargamento do ponto de vista, seja de filiação, de ampliação, ela poderia perder

esse núcleo mais hard, mais coerente, coeso que ela teria. E tinha outras pessoas, eu incluído, que achava que não havia contradição e que a ABRASCO deveria se transformar, como de fato, na associação mais ampla, mais geral da saúde coletiva no Brasil. Então isso aí significou formas de pensar até no nome da ABRASCO.

TF: Você estava lá? Só para pegar isso. Esse nome coletivo, esse nome coletivo ele é dúbio, um nome complexo, não é um termo fácil de ser compreendido. Como é que você acompanhou? Como é que foram essas conversas para chamar isso de coletivo? Coletivo é o contrário de individual? Coletivo traz uma outra conotação?

PG: Você diz da saúde coletiva ou da ABRASCO?

TF: Esse termo coletivo que foi dado lá no início?

PG: O coletivo, pelo que eu me lembro, era a ideia de você ampliar a questão do olhar para os indivíduos, olhar para uma visão que era mais vinculada seja à prática médica dos indivíduos mesmo pensado preventivamente, para ampliar e explodir, digamos assim, a visão e o reforço de processos coletivos e sociais na determinação do campo da saúde e na determinação da forma de organizar a compreensão e o cuidado à saúde. Então a importância da presença dos movimentos sociais, da determinação social, da forma de pensar a incorporação de disciplinas que não eram disciplinas, eu não digo só exclusivas, mas subordinadas ao olhar médico, ao olhar, digamos assim, do cuidado individualizado ou mesmo do cuidado da saúde pública, mas sempre colocado naquelas dinâmicas tradicionais da saúde pública. Então assim, a ideia de coletivo implicava numa ruptura e um arejamento para incorporar outras tribos, outras visões, outras abordagens acadêmicas nesse movimento que era pensado na saúde coletiva, a saúde do coletivo, a saúde que não era...

TF: Mas ao mesmo tempo na época da criação era enquanto, vou usar uma palavra horrorosa, objeto de investigação, na medida em, que ela estava muito mais voltada para a pós-graduação que é uma área acadêmica. Então ao mesmo tempo que trazia essa visão de um coletivo, que incorporava os sujeitos, uma população ativa, uma população participante, movimentos sociais e tal, estava olhando aquilo ali como um campo de estudo.

PG: Tá. Era um campo de estudo. Mas quando esse campo de estudo começa lá atrás a ter o Virchow, por exemplo, como um nome, então a questão da saúde pensada como parte da política, da organização social e se coloca com modelos diferenciados de saúde humana,

quando você está falando isso, você está dizendo que não só como reflexão acadêmica, mas como entender o processo de enfrentamento do tema saúde como um processo que implica a movimentação social e política, então assim, quando você faz isso, não dá para você imaginar que você está trabalhando um objeto de reflexão sem incluir a prática. Se eu estou achando que se conforma isso através de grandes movimentos sociais, políticos, que extravasam o campo do conhecimento específico de tentar trabalhar o cuidar da saúde pelas suas instâncias, eu estou dizendo que se eu interpreto isso, eu tenho que, para transformar qualquer coisa, ter embutido esse coletivo. Como é que eu vou analisar? Em uma outra situação bem mais recente, como é que eu vou analisar a revolução pasteuriana, que é outra, como parte de uma redefinição do higienismo, como eu vou fazer isso e tentar entender e atuar sobre isso, se na hora de atuar eu vou dizer: "não, não. Mas agora o meu campo está restrito a área acadêmica e eu não vou incorporar na produção de conhecimento e de práticas essas dinâmicas que fundam o meu pensamento" está entendendo?

TF: Eu estou falando disso até porque...

PG: Eu não sei se, ai seria um nível, aí entraria em um nível de incoerência sobre o próprio recorte.

TF: Eu estou usando um pouco o exemplo da Sonia Fleury, eu também entrevistei a Sonia Fleury. E aí ela estava colocando dessa questão da academia e da parte política, político para fora, na constituinte, e como é que ela como representante da ABRASCO naquele momento em que ela estava, em que estava se discutindo a Constituição e que ela estava super ativa, que ela chegava representando uma associação que era de pós- graduação, e ela se sentia muito desconfortável.

PG: Deixa eu te falar, quer dizer, quando eu tive, é claro que eu acompanhei muita coisa da ABRASCO, encontros, era um núcleo muito relevante de debates, mas eu só tive uma atuação mais direta na estrutura da ABRASCO a partir do momento que eu fui vice da ABRASCO, depois presidente da ABRASCO, que já era em outro momento. Nesse outro momento essa coisa que a Sonia coloca, que eu entendo perfeitamente, ela não estava mais dada. A ABRASCO não era mais vista como uma associação de pós- graduação. Ela era entendida como a vocalização de um pensamento da saúde coletiva brasileira e da saúde pública brasileira, entendeu? Só que saúde coletiva significava um termo mais amplo do que era entendido o campo da saúde pública, mas a ABRASCO, eu não tinha nenhum problema, nem acho que a partir de um certo momento, nenhum presidente da

ABRASCO, de falar para muito além da questão da pós-graduação.

TF: Conjunturalmente estava lá, essa fala da Sonia ela é bem datada.

PG: É datada. E aí eu entendo.

TF: Ela estava falando lá da constituinte, da participação.

PG: Sim, mas aí era um momento muito ainda... A ABRASCO é de setenta e?

TF: Nove.

PG: Setenta e nove. Você está falando de...

TF: Oitenta e oito. Da década de oitenta em si.

PG: De nove anos, uma instituição que está ali ainda... O perfil dela, a visão dela era sobre pontos...

TF: Até o nome dela quando ela passa, quando é que ela passa?

PG: Tanto que havia uma certa, aí por outras razões, o CEBES é que vocalizava mais esse lado da política. Não era uma divisão tão simples. Quer dizer, a ABRASCO está lá no campo da pós-graduação e o CEBES é um instrumento de formulação mais ampla, mais livre da questão da política, mas eu acho que isso logo depois... Tanto que em um certo momento...

TF: Quando sai o nome de pós-graduação, sai o nome de pós-graduação da ABRASCO.

PG: Sai, isso ai é até mais recente. Tanto que em um certo momento o CEBES chegou a ter um declínio muito forte, eu lembro um certo momento, eu estava como vice da Fiocruz, não era ainda presidente não, acho que como vice, e a gente deu uma sustentação forte ao CEBES porque o CEBES estava quase acabando, depois houve um momento de renovação do CEBES. Nesse momento de acabar, eu lembro a Sarah Escorel, se discutiu a ideia do CEBES ser incorporado pela ABRASCO. A sobrevivência do CEBES chegou a ser pensada como dentro da ABRASCO.

TF: Eles se imiscuíam, digamos assim.

PG: Se imiscuíam. E aquele momento a ABRASCO já há muito tempo não se restringia a sua fala como uma associação de pós-graduação. Era totalmente diferente a fala da ABRASCO do que algumas outras entidades que se viam muito ali dentro do campo só acadêmico. Eu não posso dizer a mesma coisa porque eu acho que a ANPOCS também

tem uma visão mais ampla da política, mas eu nunca vi a ANPUH...

TF: A ANPUH então é só dos historiadores.

PG: A ANPUH é historiador.

TF: A ABRASCO são os sociólogos. Aí uma coisa interessante que eu acho também em relação a ABRASCO é que a ABRASCO hoje, tem uma pós-graduação. Quer dizer, me causou estranheza quando eu descobri isso. Quando eu verifiquei isso. Quer dizer, porque a ABRASCO sentiu necessidade dela mesmo criar um curso de pós-graduação?

PG: Para mim é até...

TF: É surpresa?

PG: Surpresa.

TF: É recente.

PG: Esse curso é de onde?

TF: Da ABRASCO.

OS: É aquele Redes, um mestrado profissional em redes, que articula várias instituições no Brasil.

TF: Que articula, são várias instituições que vieram... E criaram uma pós.

PG: Agora está caindo a ficha. E já tem um tempo, não é tão recente, não.

OS: Não é muito recente não.

TF: Mas me criou, eu não sabia disso, me criou um estranhamento, de uma associação que está congregando...

PG: criarem um profissional. Profissionalizante.

TF: Eu acho que é isso.

PG: É isso.

TF: O que mais? Ah! Você podia falar um pouquinho o seguinte: Da tua gestão como vice, como presidente, como é que você participou, como é que foi a tua participação e a participação da presidência, já que é fato que a fundação trabalha com seus vices, dessa área de saúde coletiva, do crescimento, do incentivo, como é que foi essa...Você sentiu alguma conjuntura específica?

PG: Primeiro assim, há uma relação muito forte da ABRASCO e a Fiocruz. A própria sede da ABRASCO é aqui, a estrutura de secretarias executivas que muitas vezes eram associadas a pessoas também, que tem um vínculo forte com a instituição, Perez e Matida. O suporte financeiro da ABRASCO, em muitas situações a gente teve iniciativas para garantir esse suporte, seja com relação à própria ABRASCO, como também a questão das publicações. Então assim, desde sempre, e isso vem muito antes da minha participação, o próprio Paulo Buss, sempre teve um papel muito relevante dentro da Escola de Saúde Pública. O Paulo nunca foi, acho que ele nunca chegou a ser diretor, presidente da ABRASCO, não é?

TF: Eu acho que não. De cabeça agora eu acho que não.

PG: Mas ele sempre atuou e sempre deu um suporte muito grande que era a própria ENSP. Quando isso vai se deslocando, eu fui vice do Paulo Buss, então na vice do Paulo Buss, ele já tinha uma atuação muito intensa, e foi quando também, acho que no segundo mandato do Paulo, eu acabei sendo a pessoa indicada para compor uma articulação de diretoria e fui vice da ABRASCO. Eu era vice-presidente da Fiocruz e vice da ABRASCO. E depois o Noronha saiu para o Ministério e eu assumi a presidência da ABRASCO e coincidiu também naquela época que ele fez o Congresso Mundial de Saúde Pública aqui no Brasil. Então desse ponto de vista, essa relação, desde o processo formativo aonde a ABRASCO sempre teve um peso muito relevante, até agir como vice, como presidente, não só no suporte, mas tendo a ABRASCO como eixo muito importante da ação política. Era muito comum nós fazermos em situações as vezes regulares, mas as vezes em situações de crise, a gente fazer, o que eles chamavam, uma pajelança reunindo em torno do ABRASCO e dos abrasquianos que tinham um peso significativo, uma reflexão sobre crises que nós estávamos vivendo aqui na política no Brasil. Período Collor, situações durante o processo de impeachment da Dilma. Então esse lugar da ABRASCO como instância política, no Conselho Nacional de Saúde, aonde a gente também acompanhou muitas questões, eu como presidente da Fiocruz e também pelo lado do Ministério. Eu fui, antes, ainda como vice, quando o Arouca foi convidado para estar no ministério, na secretaria do CGS também como coordenador da décima terceira, ele me convidou para ser relator da décima terceira, então nesse processo também como relator da décima terceira eu tive uma participação muito intensa nessa articulação do Conselho, Ministério, Fiocruz e ABRASCO. Quer dizer, ali a gente estava... então uma situação, por exemplo, que eu lembro, eu era o presidente desse congresso, no Abrascão, que era também o Congresso Mundial de Saúde Pública. O Lula estava naquele período já, em

um processo muito intenso da crise do mensalão, e a gente trouxe o Lula para a abertura do Abrascão. E naquela época havia toda uma discussão também, que a ABRASCO sempre foi permeada dessas situações, quer dizer, o quanto ela tem uma marca muito política que pode ser identificada ou mais à esquerda, mas não só à esquerda, ou associada a um tipo de momento partidário, então tinha que ter sempre esse cuidado de preservar a instituição da ABRASCO nesse sentido, e ao mesmo tempo dela exercer um lugar forte na vocalização política. Então essa sempre uma, muitas vezes até como presidente, o que acontece ainda hoje, muitas vezes, olha: "Isso a gente não pode falar de uma certa forma pela Fiocruz. Isso é um campo em que as associações, sejam sindicais, ou ABRASCO ou CEBES, podem falar e puxar determinados temas que a Fiocruz enquanto instituição não pode. Mas também dentro da ABRASCO a gente tinha que ter esse cuidado do equilíbrio entre o que é seu campo de legitimidade profissional acadêmica, a sua legitimidade política, um cuidado de não confundir esferas partidárias. Então assim, na chamada ao Lula houve uma certa tensão, entendeu? Mas o Lula vai ser chamado nesse momento? Mensalão? E o próprio *entourage* do Lula também avaliando. Vai, não vai, vai ser bem recebido? E foi uma emoção. Quer dizer, o Lula chegou, foi uma coisa belíssima, ovacionado, e ao mesmo tempo a fala do Lula. E aquilo ali eu acho que marcou um momento muito rico também para ABRASCO. Ela conseguiu fazer isso de uma forma legítima, ao mesmo tempo se posicionando e deixando claro, e ao mesmo tempo trazendo um presidente da república que eu acho que era a primeira vez que ia a um congresso da ABRASCO. Então essa dinâmica está impregnada na história da ABRASCO e da saúde coletiva, porque é quem que dava, quer dizer, essa marca da saúde coletiva ela acabou sendo apropriada muito pela própria ABRASCO.

TF: Aí você diz assim. Você fez todo um desenho fantástico, você faz coisas maravilhosas de pensamento, precisamente.

PG: E impreciso. Porque eu juro se eu já tivesse sabido disso, eu já teria lido umas coisas para...

TF: Se você depois quiser conversar outra vez, você pode chamar que a gente está aqui. Mas eu estou falando o seguinte. Quando você fala, quer dizer, todo esse movimento que ocorreu, que criou-se então esse campo, e a associação que vai dar lastro e vai dar chão para esse campo, se não fosse a ABRASCO, talvez essa coisa não funcionasse, não sabemos, o futuro a gente não sabe. E essa coisa fora do Brasil, quer dizer, os sistemas de saúde fora do Brasil, que dialogam, eles trazem essas conotações parecidas também,

ainda mais hoje que o conhecimento circula com mais facilidade. Como é que você vê isso? E lá fora você continua usando o termo saúde coletiva, saúde pública, eu acho que esse é o termo que é utilizado. Porque esse nome não internacionalizou? O que aconteceu nesse diálogo? Ou não era para acontecer? Entendeu?

PG: Eu acho que dificilmente aconteceria. Dificilmente aconteceria. Primeiro porque há termos que são muito já estabelecidos e arraigados, embora utilizados com conotações diferentes, com programas diferentes, com agenciamentos diferentes. A própria questão saúde pública. Saúde pública já tende de uma maneira muito forte a essa visão do olhar para o público, olhar para os coletivos, olhar para as interseções entre as várias componentes que são necessários para dar conta desse agenciamento. Eu falei nesse processo dos Estados Unidos que foi muito rico, tanto podia ter dado uma concepção de saúde pública muito mais sociológica, com muito mais tecnológica, pelo lado do MIT e Harvard, e acabou dando uma concepção muito mais médica, mas ali estava em disputa, de uma hora para outra você podia ter surgido, quem sabe, uma saúde pública americana com forte recorte sociológico, dominante na sua modelagem. Não saiu. Os médicos eram hegemônicos nesse processo, e a Johns Hopkins trouxe para si e configurou isso. E a saúde pública latino-americana teve um peso muito forte na Rockefeller. Entendeu? Então assim... fala.

TF: Eu estava pensando, no estudo feito pelo Juan García, foi um estudo encomendado pela OPAS, de um olhar para a américa latina, e esse estudo veio de lá de cima, quer dizer, que ao mesmo tempo não se arraigou lá, que veio olhar, um olhar americano veio para cá...

PG: Mas era mais medicina social.

TF: Sim, mas de qualquer forma era uma outra visão de estudar américa latina e teve grande participação no sentido de colocar as ciências sociais. [?]

PG: Eu estou dizendo que isso aconteceu também nos Estados Unidos e não vingou tão fortemente porque ele foi derrotado pelo projeto médico, mas ele estava lá. E você vai encontrar, no campo da saúde pública americana, vários núcleos que pensam fortemente essa presença da sociologia.

TF: Aqui na realidade bateu com a reforma sanitária e facilitou completamente.

PG: Aqui teve um campo que estava, vamos dizer assim, pronto para acolher, porque era um momento de reflexão, transformação, da especificidade, a questão da América Latina, e que vai redundar nisso. Então aqui a coisa vinga, mas se você for pensar como é que isso podia se espraiar para a tradição anglo saxã, teria que ser algo que, primeiro, tivesse uma força e uma capacidade de hegemonizar que a América Latina não tinha, não tinha e nem tem. Depois teria que ser algo que pudesse ter um grau de convencimento tal, de que dentro do guarda-chuva da saúde pública você não pudesse reconfigurar vários dos programas e agências, agenciamentos, que estavam implicados na saúde coletiva. Está claro? Você redefine programas, influências, pesos, e mantém o termo saúde pública. Porque que necessariamente trabalhar... A não ser que para isso fosse necessário para dar ideia de que algo novo tinha que emergir com uma força tão grande que virasse hegemônico, que foi o projeto brasileiro. O projeto brasileiro era isso, quer dizer, dentro das amarras conceituais e da tradição do que está estabelecido eu não vou conseguir dar esse salto, então eu preciso criar um novo conceito, um novo termo que vai ser a instauração do novo com a capacidade de romper com o antigo e hegemonizar, aí eu preciso criar a saúde coletiva.

TF: Uma outra coisa.

PG: Uma outra coisa. E esse troço tem uma repercussão grande, eu falei, dá muita luz, até no debate com outras tradições, mas aquilo ali não tem capacidade de hegemonizar na linha internacional. Aí você pode ter e continua tendo movimentos no campo da saúde pública que são muito progressistas de uma forma ou de outra que incorporam essas temáticas. Entendeu?

TF: Uma coisa que eu achei também curiosa..

PG: É claro que as razões são muito mais profundas, mas eu fico imaginando, aonde, por exemplo, tem uma crítica muito forte da questão do biopoder, da questão médica, é na França com Foucault, só para dar uma ideia. Aonde que isso afeta uma reconfiguração de termos ou de estruturas, ou de não falar em saúde pública e falar de outra questão que incorporasse a crítica que o Foucault faz dos biopoderes? Não é que a prática e o debate na França não tenham atingido também o campo da saúde pública. Teve visão sobre hospital, sobre a questão dos manicômios, ela impregnou isso, a França não ficou à parte.

TF: Parada.

PG: Parada às críticas foucaultianas, do Deleuze, ou quem quer que, ela teve um movimento, a Itália teve, todo o movimento de renovação de psiquiatria italiana que influenciou a gente, teve um movimento enorme, mas ninguém mudou o termo lá de saúde pública, nem na França, nem na Itália e nem no Canadá.

TF: Não passou por lá essa questão?

PG: Não passou por lá essa questão. Passou por lá o seguinte: há uma crítica muito profunda sobre a maneira como se institui um tipo de redução da visão sobre a saúde,. há uma crítica muito profunda sobre as estruturas de poder associadas, há uma crítica muito profunda sobre as corporações, e, portanto, temos que mudar isso. Mas isso nunca passou por uma estratégia de reconfigurar uma nova terminologia e uma nova...

TF: Coisa de brasileiro. Mas eu estava pensando assim, chegando no fim, que você também tem que fazer outras coisas. Quando a Andrea Loyola trabalhou a questão da autonomização dentro da CAPES, a saúde coletiva estava dividida assim como é a saúde pública na ENSP, como sempre foi, em

PG: Epidemiologia, Ciências Sociais e Planejamento.

TF: Ciências sociais, epidemiologia, e no caso era planejamento e agora é gestão. Aí quando chega hoje na CAPES e no CNPq, a saúde coletiva está dividida em epidemiologia, saúde pública e medicina preventiva.

PG: Não acredito.

TF: É, depois você entra na plataforma. Como é que se explica isso?

PG: Jura? Eu sou um estranho nessas coisas. Eu acho uma aberração.

TF: Uma aberração. O que que é isso? O que é saúde pública?

PG: Eu acho uma aberração.

TF: Nessa ordem, epidemiologia, saúde pública e medicina preventiva.

PG: Eu acho uma aberração isso aqui.

TF: Entendeu? Eu não sei como é essa explicação.

PG: É a tal história. Acabou, quer dizer, como o termo mais abrangente no senso comum, estou falando no senso comum, como o termo mais abrangente é saúde coletiva, porque ele implode com a ideia dessas... E ele caberia todo esse processo que incorpora práticas

de saúde pública, práticas de movimentos sociais, como ele é um termo menos marcado por essa segmentação, o termo saúde coletiva perdeu sua precisão conceitual que ele tanto buscou e virou apenas um termo de guarda-chuva. Como esse termo de guarda-chuva joga para dentro e tem caixinhas e tem estruturas de tradições acadêmicas, estruturas universitárias que se conformam por esses campos, epidemiologia, saúde pública e medicina preventiva, resolveram acomodar por aí. Então tanto pelas caixinhas, quanto pela ideia que você reconheceria em temas da medicina preventiva algo que não está impregnado de epidemiologia, que não está impregnado de saúde pública. Isso e uma aberração. Isso é um tipo arranjo burocrático de acomodação de interesses de...

TF: Que não tem nada a ver com a origem da...

PG: Não tem nada a ver nem com a origem do que se tentava instituir como saúde coletiva, nem tem nada a ver com a ideia das associações que se estabelece aqui entre saúde pública, epidemiologia e medicina preventiva.

TF: Eu vou tentar entender isso, depois eu... não sei se eu vou conseguir.

PG: O que você tem que entender é a disputa muito concreta dos lobbys, das dinâmicas que colocam com relação a um departamento que se chama de medicina preventiva e que está olhando ou não, que pode estar falando, fazendo...

TF: Ou a mesma coisa, que eu já entrevistei diretor de departamento de medicina preventiva que ela disse assim: “A gente faz a mesma coisa que o instituto de saúde coletiva. O que faz aqui, faz lá”;

PG: É isso. Porque perdeu o que era a intenção original, que era romper e criar o novo e virou um slogan, virou um guarda-chuva, virou uma palavra ampla aonde você coloca caixinhas ali. É isso, não tem... A epidemiologia você ainda pode tentar configurar pelos seus métodos, pelos recortes, embora também as interfaces são enormes. Mas você imaginar que a saúde coletiva ia ficar separada por essas áreas é quase uma ironia com relação ao seu movimento fundador. É irônico, é um troço totalmente absurdo.

TF: O que está no meio aí a gente ainda está estudando, o que ficou no meio desse caminho, pelo menos nesse olhar, olhando para CAPES e CNPq, a gente está estudando.

PG: Você lembra também e você já deve ter trabalhado, era esse debate sobre o que era as funções essenciais da saúde pública, que era tentar demarcar o campo da saúde pública com suas funções essenciais e isso é um debate também, por exemplo, na ENSP, foi

feito muito em um certo momento, foi feito na América Latina, a OPAS fez muito esse trabalho de como definir o campo da saúde pública com suas funções essenciais na saúde pública. E a ENSP tinha muito isso para entender qual era o recorte, a vocação e a estrutura da ENSP, que eu lembro dessa discussão.

TF: E essa funções foram marcadas mesmo, eu me lembro, chamava FE, não sei se SP, mas tinha essa sigla demarcada. Ah! Que ótimo, adorei. Eu queria agradecer, Gadelha, entrevista ótima como sempre, como já era esperado.

Projeto: História da Saúde Coletiva no Brasil
Segunda Entrevista

Entrevistado: Paulo Gadelha
Data: 23 de outubro de 2019
Local: Fiocruz – Manguinhos/RJ
Entrevistadores: Tania Dias Fernandes (coordenadora)
Legendas: trecho inaudível: [?]; pausa: [...]

TF: Entrevista com Paulo Gadelha para o projeto História da Saúde Coletiva no Brasil. Continuação da entrevista de 26 de agosto, esta está sendo feita no dia 23 de outubro de 2019 na Fiocruz, entrevistado por Tania Fernandes. Então Gadelha vamos aqui continuar a nossa conversa sobre a constituição da Saúde Coletiva no Brasil.

Então a gente deixou algumas brechas, algumas coisas que a gente pode aprofundar da outra entrevista. O projeto, a minha questão fundamental é perceber como é que foi constituído a Saúde Coletiva no Brasil. Como? Por quê? Pra quê? Pra quem? Por quens? Por quens? E qual, principalmente, qual o interesse nesse campo, nesse grupo, nessa coisa que se formou? Entendeu? Então, eu quero retomar, eu tenho feito várias entrevistas com várias pessoas, já entrevistei quase trinta pessoas de diversas instituições pelo Brasil, pensando nisso. Quer dizer, aqueles que criaram esse campo, aqueles que pegaram o campo no meio do caminho e alguns afirmam algumas coisas, outros outras e eu queria ouvir mais de você sobre essa questão. Quer dizer, a Saúde Coletiva foi criada por um determinado grupo em uma determinada situação.

PG: Claro.

TF: Então eu queria que a gente retomasse lá, a reforma sanitária, como de se certa forma, o

caldo, usando uma expressão do Benchimol, o caldo para propiciar esse movimento.

PG: Nesse intervalo, nesse processo aí, nós tivemos a Reunião dos 40 anos da ABRASCO. E aí também foi interessante porque você teve não só ex-presidente, trocas de experiência, como também a apresentação do trabalho da Lígia com relação, justamente, a esse tema: como é que surge um campo e aí, trabalhado com abordagens e referências à Bourdieu e outras. É interessante, porque, um pouco do que a gente falava anteriormente, até uma questão anedótica, mas é interessante a gente perceber isso, que a Lígia fala: é quando numa reunião o pessoal vai trabalhar o Encontro; o Encontro seria denominado de Medicina Social e a Rockfeller que estava também patrocinando ou apoiando o Encontro, ela diz que não pode ter esse nome, porque esse nome tem uma conotação mais a esquerda e isso seria pouco palatável do ponto de vista da presença institucional e dos programas da Rockfeller. E aí na discussão, o pessoal não queria trabalhar com termo Saúde Pública para dar um caráter de inovação do que estava colocado e saiu, porque não Saúde Coletiva? Essa questão episódica que é onde, segundo o relato da Lígia falando do Jairnilson onde surge da maneira mais absorvida dentro da reunião que vai depois dar todo o desdobramento da ABRASCO, ela surge quase que como uma questão de uma denominação episódica, anedótica, fortuita. Então não pode ser Medicina Social, é Medicina Coletiva. É claro que isso depois gera todo esse processo que ainda está hoje, uma vez que você abre a ideia de criar uma, e abordar de maneira diferente esse processo, a busca de consistência do que que significa trabalhar um termo como Saúde Coletiva. E aí também já se falou muito sobre isso, vários atores estão envolvidos nesse processo. Eu me referi, anteriormente, quer dizer, que na minha trajetória inicial, quer dizer, esses atores eram atores do campo médico que estavam já com incorporação, e ai uma presença muito importante do que viria a ser um lado mais distintivo da Saúde Pública que é a entrada do campo das Ciências Sociais nesse processo. Mais na minha, primeiro ano de Medicina, segundo ano de Medicina, o que estava acontecendo ali? Em 1970, não é? Era recém constituído o Instituto de Medicina Social com Piquet Carneiro, Hésio Cordeiro, o [Moisés] Szklo, Nina [Pereira Nunes]. E nós, estudantes de Medicina com um grupo que estava buscando a ideia de que você precisava pensar a prática médica de uma maneira mais extensiva olhando para a questão da atenção primária, das condições sociais e bababa. Então assim, essa vertente é uma vertente que a primeira notícia que vai chegando para mim é alargar o campo da prática médica, da medicina preventiva, integração de, que hoje eles colocam determinantes sociais. Então na própria questão da história, coleta da história do paciente, você começar a incorporar questões de condições de vida, de renda, de

hábitos como percepção e a ideia da sua vida estruturada em comunidade, sociedade e etc. Essa dá na Medicina Social, você já tinha também e cada vez mais as influências que estão tendo no campo teórico: Foucault, Delleuze e vários outros, [Luc] Boltanski e vai por aí. E também a presença de pessoas que vinham dessa área. Tanto alguns médicos que trouxeram experiência muito alargada, especialmente, no campo da psiquiatria, que era o Joel [Birman] e o Jurandir [Freire], especialmente, como também pessoas que vinham de outros campos como Madel Luz que também vinha da França. Então esse encontro de personagens dentro de uma estrutura institucional que era vinculado ao campo médico, e ai o campo médico que era pensado como a Medicina Social, obviamente, ele gerou efeitos muito significativos na maneira como também eu passei a conviver com esse processo e já na psiquiatria, que eu entrei no grupo do Jurandir que estava fazendo um trabalho sobre a formação da questão da estrutura familiar no Brasil e segui direto da Residência, no segundo ano de Residência, eu já estava no mestrado de Medicina Social. E eu me lembro também, estou me repetindo, mas só para atualizar, essa, as outras áreas, influências que estavam ali presentes na conformação desse quadro, que era: processo de luta contra a ditadura, processo de luta pela Democracia, a questão da própria conformação de um novo modelo de sistema de saúde, que vai dar depois, progressivamente, até chegar ao SUS. Então essas conexões e eu estava muito envolvido no período de Residência onde eu tinha sido presidente da ABERED na ANMR, depois no movimento de renovação sindical. Então é esse o nicho dessas vertentes, que é movimento sindical, movimento democrático, a questão dos atores do campo acadêmico, já ai com o afluxo não só do campo médico, mas também do campo da área social e o processo de conformação do SUS que vai dar na 8ª Conferência, onde já está atuando como parte desse movimento de atores.

TF: Mas aí, me diga o seguinte:

PG: Essas influências todas que estão ali, também já estão presentes vindo do, o Hésio era o interlocutor da Medicina Social e tinha o Juan Garcia, eu lembro de um certo momento que eu vim aqui na Fiocruz e era um curso da Cecilia Donnangelo. Essas referências, Arouca, era uma referência para mim mais distante, naquele período, porque eu não militava no Partido Comunista onde ele era grande. Eu encontrava Arouca no campo da luta sindical. Mas enfim. E toda a expressão que vai acontecendo nos centros de Medicina Preventiva, de Saúde Pública no país inteiro. Então é esse cadinho que vai à busca de uma identidade e construção de um campo que dê coerência a essa luta e esses propósitos aí. E de novo, eu continuo colocando, se por um lado tem um valor muito rico de buscar, assim tem um processo também, óbvio, de afirmação do campo da academia. Aí é reconhecer

nas estruturas formais de pós-graduação, a questão da Saúde Coletiva, dentro da CAPES, do reconhecimento que dá no processo de legitimação, de reforço, de institucionalização desse campo. A Maria Andrea [Loyola] é uma pessoa muito importante nesse processo. Mas aí eu acho que caminha para uma coisa meio clássica de: como você vai conformando o campo e instituições. Pelo campo dos atores, pelo lado dos veículos de publicação, pelo lado das pautas de atuação, pela familiarização e convencimento de aquela abordagem, ela é, potencialmente, rica do ponto de vista dos desdobramentos tanto teóricos quanto práticos e isso vai ter, sem dúvida, espraiamentos e resultados muito relevantes. Mas eu continuo ainda com essa sensação de que aferrar- se de uma maneira tão intensa, como se a caracterização de uma coerência conceitual, de um campo estritamente definido, fosse algo que é o divisor de água fundamental para constituir um projeto de substituição da prática médica tradicional ou da Saúde Pública tradicional, eu acho que ela ajuda muito nesse processo, mas a forma de pensar que esse é o definidor, eu acho que ela cria ilusões. Ela cria ilusões, ela cria uma não compreensão da realidade dos processos que fazem com que essas distinções entre Saúde Pública e Saúde Coletiva, elas acabem também, também muitas vezes embaralhando mais do que ajudando a compreender os processos que a gente, a gente atua em linha.

TF: Eu tenho uma sensação parecida com essa tua, eu acho. Por que é o seguinte: me incomoda. Por que eu comecei esse projeto? Quando eu comecei a ver a Saúde Coletiva, me incomoda um pouco essa história da Saúde Coletiva. Eu te confesso. Me incomoda isso. Eu estudei na ENSP, estou considerando então que isso aqui não é só história oral; eu estudei na ENSP e saí de lá sanitarista, e todas as esquerdas, todas as falas de esquerda com toda a formação da esquerda, da reforma sanitária, da Conferência e era Saúde Pública. Eu estudava Saúde Pública. Tinha a Saúde Pública tradicional dos Sespianos, na minha sala coordenada pela Lenita, tu lembra dela. Tinha um grupo do SESP e outro grupo que era tudo de esquerda, os amigos estão todos por aí nos Ministérios, na ENSP e etc e tal. E Lenita dizia: do lado direito, uma vez ela fez uma avaliação. Do lado direito sentam-se os Sespianos. Falou na sala de aula para a gente. É fácil olhar para essa turma, porque a gente vê que do lado de cá tem um grupo tradicional que veio da Fundação SESP, os sespianos e do lado de cá está à esquerda, vocês. Estamos. Nós, Saúde Pública despontando com as Ciências Sociais, com todo esse perfil que você colocou aí e chamando Saúde Pública. Anos depois de eu estar na Casa de Oswaldo Cruz, me deparo com esse negócio chamado Saúde Coletiva. Tipo Ah! E nós, da Casa de Saúde Pública, da Casa de Saúde Oswaldo Cruz, da Casa de Oswaldo Cruz chamando de Saúde Pública. A maior parte até trabalhando

num tempo mais remoto, eu que trabalho com contemporâneo. De onde saiu esse negócio de Saúde Coletiva? E eu fiquei curiosa para saber o que era esse negócio de Saúde Coletiva e tenho por aí perguntado, poucas pessoas conseguem me explicar porque, a não ser essa história que você contou, anedótica. Inclusive, o Carvalheiro vem contar aquela história que atravessaram num bar foram beber num bar e ficaram brincando como que iam chamar o negócio, porque não podia chamar Saúde Pública porque lembrava higiene. Que eu acho uma furada essa observação porque nós não estávamos trabalhando com essa Saúde Pública. O que eu estou dizendo é o seguinte: nós não estávamos trabalhando com essa Saúde Pública, a gente estava dando saltos e reconstruindo uma Saúde Pública contestatória, de esquerda que tinha propostas extremamente atuais, que conversava com o mundo lá fora e trazia propostas, e levava propostas para fora. Então porque apareceu esse termo? O que que foi isso? E o que, a minha preocupação é a seguinte: quem ficou de fora? Por que ficou gente de fora; ficou grupo de fora. Eu estou tentando entender que constituição foi essa?

PG: Você tem razão Tania, eu tenho um cuidado grande para não banalizar uma questão que gerou consequências importantes, esforço intelectual, acadêmico, prático, a busca de, quer dizer, concretamente não se organizou, nem se produziu uma Medicina Social ou uma Saúde Coletiva.

TF: Mas a Medicina Social é diferente da Saúde Coletiva.

PG: Hein?

TF: A Medicina Social é uma linha de pensamento e a Saúde Coletiva já se constituiu.

PG: Sim. Mas de qualquer maneira não se produziu o que seria a revolução total de paradigmas, de práticas que pudesse implicar uma visão radicalizada, muito mais fundamental, do que são os processos sociais de constituição de saúde, doença, estrutura. Isso não se fez. Até porque, na verdade, a luta está em curso e, na verdade, você ao fazer, ao pensar nesse ideário quase, e ele, na verdade, como você falou, ele deixa de lado muita coisa. E eu acho que esse deixar de lado é grave.

TF: Você se incomoda que deixe de lado?

PG: É claro. Claro. Acho que nada gravíssimo. Como se deixa de lado várias coisas. Eu sempre falei aqui que a Fiocruz era muito interessante, porque ela num arcabouço institucional provocou algo que era também uma dicotomia, uma cisão que chamava o reducionismo de individuo biológico, que era considerado os pensadores de bancada e o

reducionismo sociológico que vinha pelo campo dos sanitaristas. E, na verdade, quer dizer essa...

TF: Mas esses sanitaristas são os sanitaristas sespianos, não os sanitaristas que eu me considero?

PG: Não sespianos. O reducionismo sociológico era o de nós, os renovadores, os criadores da Saúde Coletiva. Aquilo me incomodava porque primeiro, o processo, isso foi superado em grande parte. Na verdade, qual era a visão caricata? O pessoal de bancada era reacionário, não tinha visão social e o pessoal da Saúde Pública, Medicina Social e da Saúde Coletiva eram os políticos que não faziam ciência. Isso era a imagem que um tinha do outro. E a Fiocruz e o mundo também, a evolução vai tornando tanto em categorias interpretativas, vai se misturando tudo e utilizando várias coisas do campo da História para a Biologia, como também na Fiocruz provoca essa, quando você junta a ENSP, junto com o IOC e você começa a criar um processo de interação muito mais forte entre esses campos. Aí você vai chegar em várias coisas como Epidemiologia, como molecular, enfim. Mas ali, me incomodava profundamente, porque, primeiro também é um parêntese, a mesma Rockfeller que estava por trás do SESP é a Rockfeller que introduz as Ciências Sociais na Saúde, nesse campo. Introduz por razões das estratégias da Rockfeller de pensar também alguns níveis de eficácia nesse processo. Eu olhava para a experiência do SESP, olhava para um personagem, por exemplo, como, vou citar um nome: Hermann Schatzmayr. O Hermann Schatzmayr era um nome claramente conservador, visto como um cientista de bancada com visão reacionária sobre esses movimentos. Pelo menos era assim que ele se passava. No entanto, Hermann Schatzmayr era junto com vários outros que vinham na tradição, aquele cara que ia para o campo, que fazia projetos dentro de comunidades, que fazia associação entre a virologia e grandes temas e desafios da Saúde Pública no Brasil. Eu posso pensar também no Lobato, eu posso pensar no Ondino...

TF: Cynamon...

PG: ...eu posso pensar tantos, quer dizer, que são pessoas com que a gente conviveu muito até esse mais, pela questão como a Casa de Oswaldo Cruz começou a mudar com a visão do trabalho histórico e memória. A gente começou a história da ciência. Então você via, tanto aqueles que tiveram no passado uma visão mais progressista: Haiti, Musache, do ponto de vista político, mas você via aqueles que eram típicos cientistas de bancada ou sanitaristas da antiga com um profundo compromisso social, com profunda compreensão de dinâmicas sociais, mas também obviamente, biológicas de condições de produção de

doença, de epidemia, formas de necessidade organizacional e de trabalho para lidar com esse processo; profunda empatia com a situação e com o drama das pessoas, das populações, com uma visão muito mais, em algum sentido, muito mais real do ponto de vista da presença direta com a realidade brasileira, principalmente, do Brasil profundo. As pessoas iam a todos os locais do Brasil, tinham uma visão que não era uma visão apenas edulcorado, nem é edulcorado, visão que não era acadêmica do ponto de vista de pensar a formação da nação brasileira, formação das estruturas ou formação das políticas. Esse pessoal tinha uma riqueza enorme e que era muitas vezes colocada, quase como um, um grupo que podia ser a resistência dos novos tempos da Saúde Coletiva. Eu estou, obviamente, simplificando e fazendo uma caricatura, porque muitas das lideranças desse processo da Saúde Coletiva, eles tinham um respeito imenso. Também estou lembrando Arouca, a relação dele com o Hildebrando que era outro nome também. E o Hildebrando com um viés muito mais de esquerda, partido comunista, mas é aquele cara que era um cientista, que era um cara que ia para Rondônia, para tudo quanto é lugar. Então assim, não estou dizendo que era uma questão que as lideranças do campo, Hésio Cordeiro tinha relações muito fortes com muitas dessas pessoas, a começar por um outro viés com o Piquet Carneiro. Mas o que eu quero dizer é o seguinte: passou-se essa imagem de que para desbravar esse novo campo, para construir nosso campo você tem que criar outros limites que não, que reagem, é uma disputa. É uma disputa.

TF: É uma disputa.

PG: É uma disputa.

TF: Disputa de poder.

PG: Disputa de poder, de...

TF: Espaço.

PG: De espaço, de interlocução, de...

TF: De legitimidade.

PG: ...de legitimidade acadêmica ou não acadêmica, de disputa política, porque você elencava determinadas propostas como foi a que criou o SUS, sem olhar muitas vezes para o que estava deixando de lado também no processo, debate intenso a gente estabeleceu muitas vezes sobre hierarquização e horizontalização e muitas vezes esse pessoal tinha pouco ouvido para perceber quem foi do SESP, quem esteve lá na, ou outros como o Coura;

tinha uma vivência em estratégia e o que falar que tinham que ser ouvidos, tinham que ser incorporados e muitas vezes, pelo recorte político-ideológico, pela ideia do que está dentro, do que está fora, isso é...

TF: A própria Medicina Preventiva também, ela foi descartada dessa [?]

PG: o limite. É aquilo que pode pela competição reduzir a força e o potencial de um projeto mais consistente, mais sólido, mais fundamentado ideológica e academicamente que a esquerda passa ou uma certa esquerda passa a usar. Tá claro? Para ter um instrumento. Isso aí é um processo meio natural de todas as disputas de campo. A delimitação é na CAPES, quer dizer, ali, porque não é reconhecido ou a Saúde Coletiva em outro momento, uma determinada especialidade ou porque o campo da Casa de Oswaldo Cruz estava na História ou estava na saúde. Aquilo é ali pura distribuição de poder...

TF: Burocrática.

PG: ...de recursos, de legitimidade, de tudo. Então assim, não é nada fora daquilo dos processos mais gerais apontam. Eu acho que há uma história comum e, de novo, não estou banalizando nem reduzindo a potência que, muitas vezes, o uso de determinadas, seja um conceito, seja um, vamos dizer assim, ideias força trazem, não estou banalizando isso, mas eu acho que tem muita coisa que se perde no caminho e tem muita incapacidade de perceber os que ficam à margem. E eu acho também que ficar nessa insistência como se fosse uma espécie de busca do Velo de ouro, aquela coisa lá, a busca do, eu acho que é, pode muitas vezes ficar meio defasado sobre os desafios que a gente tem contemporaneamente, depois pensando o futuro. Eu comentei da outra vez também, como é que você se conectava.

TF: Você disse da perspectiva de tentar entender esse processo. Seria isso?

PG: De tentar entender esse processo. De tentar, porque, tem muita coisa, a questão, eu estou agora fazendo uma digressão, não é exatamente o que ele está explorando, conversando no NESP. A questão tecnológica. A questão tecnológica foi muito pouco valorizada até um certo período muito recente. Quer dizer, porque o que estava mais como apreensão, era a ideia de que era uma interpretação das determinações, as formas de organização política, as formas de agenciamento. Então assim, o efeito da mudança tecnológica que hoje, por exemplo, está num nível muito mais intenso, ele foi um objeto de entrada tardia, poucas pessoas trabalhavam com esse processo. Quando fazia o concurso

falando em Saúde Social, o tema apareceu como gestão em tecnologia, todo mundo corria para a Paula Travassos que era a única que estava abordando um pouco isso. Tinha coisas da área farmacêutica, tinha questões do complexo médico-industrial, mas assim, no Ministério da Saúde foi muito tardio. O tema aparece pouquíssimo nos debates das Conferências de saúde. No Ministério de Saúde foi tardia a entrada de uma Secretaria de Ciência e Tecnologia e, ainda hoje, a última reunião da Conferência Nacional de Saúde, o tema da tecnologia que hoje é central, se você vier a pensar qual o efeito positivo e disruptivo dessa convergência tecnológica e da forma acelerada com que ela caminha sobre tudo. Sobre a maneira como a sociedade, o convívio das pessoas, a identidade das pessoas, a maneira como os coletivos, a maneira como a saúde, seja ela de atenção individual, seja coletiva estão sendo impactadas por isso, criando efeitos que podem ser positivos, mas outros efeitos de uma total disrupção, inclusive do próprio sistema de saúde, nada disso é objeto de estudo. Agora está acordando mais. Nada disso era objeto de um debate acadêmico político sério. Porque isso era considerado secundário, a tecnologia está aí, a gente vai direcioná-la para algum lugar. Então, assim quem lidava com esse campo, por exemplo, mais recentemente, quando se começou: Carlos Gadelha, Temporão. Quando começou a colocar a questão do complexo medico-industrial da saúde, a reatividade sobre isso era imensa. Era uma coisa, mas como que você...

TF: Que vai estudar isso.

PG: Então eu acho, Tania, é isso. Eu acho que ter referências e por a prova essas referências, fazer prova de estresse sobre a consistência delas, fazer esforços grandes para tentar ver até onde elas vão com potencial interpretativo e de construção de agendas que propõe a intervenção, eu acho muito relevante. Eu acho que a Saúde Coletiva funcionou nesse sentido, mas tornar disso, uma espécie de busca da chave mestra, é aquilo que, eu acho que ela acaba criando por outro lado, a pobreza de não perceber e dialogar e incorporar todo um outro tipo de questão que está ali ao lado e que é componente dessa realidade fundamental, e de atores também, de atores e de pessoas também.

TF: Não, com certeza. Eu não estou nem fazendo esse movimento que você está falando. Eu estou querendo entender porque essa Saúde Coletiva foi criada com tanta, e ao mesmo tempo, tão questionada. Estou cansada de apresentar trabalho em mesa em que vejo, a pessoa que eu nunca vi, nem, eu apresentei outro dia aqui mesmo na ABRASCO, a pessoa que apresentou antes de mim e ela falou assim: Olha, eu estou chamando esse negócio de Saúde Coletiva, mas eu não sei se isso aqui é Saúde Coletiva, não, porque afinal de contas eu

também não sei o que é Saúde Coletiva.

PG: Tá.

TF: Entendeu? Eu vejo muita gente com essa interrogação e eu, particularmente, acho que é interessante a gente compreender onde que a gente está trabalhando.

PG: Está certo.

TF: É Saúde Pública? Fui apresentar em Salamanca, a mesma coisa. Uma pessoa ficou curiosíssima: Que negócio é esse de Saúde Coletiva? Chamava assim a ementa de um Congresso que eu fui da LASA. Não. LASA não. Ano retrasado. E a ementa da comunicação, do Simpósio falava em Saúde Coletiva. Eu disse: ah, vou lá. Eu vi que não era isso.

PG: Você precisa de...

TF: Aí eu achei muito interessante. Bom, deixa eu dialogar para fora. E a pessoa quando leu o meu trabalho disse: ih, gente, lá no Brasil tem um negócio chamado Saúde Coletiva. E ficou um negócio curioso, porque ninguém sabia que aquilo ali existia. Porque não estava falando, estava falando de Saúde Pública e, ao mesmo tempo, estava falando numa coisa chamada Saúde Coletiva. E o que ela estava chamando de Saúde Coletiva, não era o que a gente estava chamando de Saúde Coletiva. Era o coletivo como um plural. Como o Arouca usou. O Arouca não usou Saúde Coletiva com esse, apesar de ter dado a paternidade para ele, ele não está vivo para dizer que não era. No trabalho dele que você já leu quinhentas vezes e nós também. Ele usa duas vezes a palavra saúde coletiva como pluralizados, só pluralizados.

PG: Não. Ali era o limite.

TF: O indivíduo é o verso.

PG: Ele estava criticando o limite da secretaria antiga.

TF: Não. Quando ele usa essa expressão ele usa como: saúde individual e saúde coletiva. Era só por questão semântica, aí apareceu esse termo. Agora, o que me preocupa, assim: porque que, quais as pessoas, grupos ficaram de fora? Você listou vários. A Medicina Preventiva, vários grupos interessantíssimos, eu entrevistei várias pessoas da Medicina Preventiva que estão em Departamento de Medicina Preventiva que se sentiram alijados. Fomo alijados num determinado processo. É isso? Não é isso? Porque que foi criado isso? Eu estou só curiosa de entender para onde além, para além da coisa pitoresca, entendeu?

Quer dizer, trazer sete mil pessoas para cá.

PG: Eu acho que é uma jabuticaba que serve como estratégia de disputa e afirmação de projetos que precisam se reconhecer como próprios e com potencial diferenciado do curso que está colocado, é como eu falei, se não tivesse surgido o termo Saúde Coletiva, as mesmas questões que ele está debatendo...

TF: Com certeza, estariam presentes.

PG: ...seriam uma crítica aos limites da Saúde Pública; uma crítica aos limites da Medicina Preventiva; uma crítica a não incorporação dos determinantes sociais; uma crítica a não incorporação de categorias de estrutura social no processo de conformação seja do estado de saúde, seja das políticas; uma crítica a questão das estratégias do mecanismo globalizado. Nada disso seria alheio a possibilidade de um debate crítico sobre a Saúde Coletiva. Da mesma forma que hoje a gente se reporta ainda lá às referências lá do Chadwick e vai, você busca um referencial lá atrás, quer dizer, naquele momento você estava dizendo: olha, aqui tinha uma visão de incorporação das categorias sociais para pensar a Saúde Pública. Óbvio que, naquele momento, ninguém nem falaria em Saúde Coletiva em muito tempo. Uma associação dos setores importantes progressistas que possa acontecer no mundo inteiro, sei lá, Canadá, Europa. Lá mesmo nos Estados Unidos estão querendo rever o significado da Saúde Pública. Estão fora porque não estão no campo e da coerência e do referencial da Saúde Coletiva. Eu acho que é aí que o nível de busca e de diferenciação mostra a sua positividade e a sua deficiência. Entendeu?

TF: É isso que eu estou querendo entender.

PG: Eu não vejo, eu nem sei honestamente, se hoje, você se diz que sim, eu acho que algumas pessoas, até pela trajetória, pela relação de coerência com a sua trajetória, com a sua formulação possam estar ainda nessa batida. Mas também, eu estou mais afastado, eu não estou tão acompanhando os debates dentro da própria ABRASCO, eu não acho que seja uma questão que hoje mova um debate contemporâneo mais relevante dos atores ligados a essa área da saúde com visão mais ampla, eu não vejo. Não vejo debates e enfrentamentos em torno de, como tinha naquela época, entre os Sespianos e os da Saúde Coletiva. Os debates são outros, as referências são outras.

TF: Tem muito texto, eu levantei uma quantidade de textos muito grande.

PG: Eu não sei aonde que, a não ser por uma revisão histórica de avaliar até onde foi, até onde poderia dar ou até onde ainda pode dar, mas sem tornar isso um cânone, eu não vejo hoje um debate de cânones como sendo central para definir a atuação desses atores. Não sei, talvez eu esteja enganado, mas eu não vejo nenhum debate, nenhum debate público.

TF: A bibliografia está me trazendo muito, me trouxe muito isso. A bibliografia que me sinalizou essa dúvida. Muito texto que eu li, muito texto, muito texto com a pergunta: ou claramente no título ou embutida, o que é a Saúde Coletiva afinal? E aí eu comecei a me perguntar o que é a Saúde Coletiva afinal?

PG: Mas para quê? Essa questão é tão relevante?

TF: Mas eu fiquei interessada em entender o que era isso.

PG: Eu estou falando uma coisa que você está pesquisando, a Lígia acabou de, mas é relevante para hoje? A não ser que você diga: não, a Saúde Coletiva, ela tem um potencial, tem coisas anunciadas, tem futuros que ela se pretendia que não foram desenvolvidos, então ela ainda é significativa para arregimentar energias...

TF: Outras visões.

PG: ...visões, energias, capacidades para poder ajudar a direcionar, claramente, aonde a gente está querendo ir.

TF: Essa é uma perna. Porque eu estou levantando nos grupos que trabalham com Saúde Coletiva no Brasil...

PG: Eu encaro, é um instrumento. Você, você...

TF: ...como é que elas se agregam? Eu estou levantando isso: CAPES e CNPq. Como esses grupos se agregam? O que eles estão fazendo? Que tipo de pesquisa? Não vou conseguir, por exemplo, eu queria estudar a ABRASCO toda. Não dá tempo, como eu vou aposentar, isso não vai ser possível. Mas eu fiz um levantamento, como eu fiz das plantas medicinais no meu doutorado, dos grupos de pesquisa que tratavam de Saúde Coletiva e qual o tema que está sendo colocado ali dentro, o que está sendo colocado que se entende como Saúde Coletiva e quais são as questões que elas estão trazendo, até para o próprio direcionamento da CAPES, porque eu te falei outro dia que a CAPES coloca dentro da Saúde Coletiva: a Medicina Preventiva, a Saúde Pública e a Epidemiologia.

PG: Exato.

TF: É assim que a CAPES separa.

PG: É uma loucura.

TF: Entendeu? Então assim, como é que depois que esse, um grupo x criou com essa vertente toda que você está me colocando, que eu estou verificando, é claro. E aí, a CAPES que foi através da Loyola, que foi ela que fez isso, que autonomizou a área, e a área vai se modificando, eu não consigo achar porque não está no site, está lá em Brasília, onde que esse negócio virou isso. Saúde Pública, Medicina Preventiva e Epidemiologia.

PG: Não faz sentido nenhum.

TF: É isso. É isso que a Sucupira está colocando? Entendeu? Então é um sentido que tem hoje diferenciado daquele outro sentido. Quer dizer, que sentido é esse que está se colocando que é diferente daquele sentido?

PG: Eu acho que aí é um processo assim, da burocracia.

TF: Da burocracia, mas as pessoas tem que se enfiar ali dentro. Quando você se inscreve na CAPES, aí eu acredito que, inclusive a inscrição da CAPES, a própria Rita Barradas colocou isso. Ela colocou assim: tem um problema muito sério, as pessoas criam um Núcleo de Saúde Coletiva, um grupo, um departamento porque tem que filiar. Porque de Saúde Pública não vai ter dinheiro, não vai ter lugar, não vai ter diálogo, não vai ter espaço. Então tem que ser como Saúde Coletiva, mas elas ficam também, ao mesmo tempo, em dúvida de como é que é, qual o perfil dessa Saúde Coletiva? É isso que eu estou te colocando.

PG: Tem uma questão aí mais séria ainda, na verdade...

TF: Então assim, para a gente fica claro.

PG: ...mais séria ainda, é qual era o, quando você diz: quais são as funções essenciais da Saúde Pública? Quais são as...

TF: Acho que é isso. É isso que eu estou querendo entender.

PG: Entendeu?

TF: Quer dizer, quando se delimita uma coisa em Saúde Coletiva...

PG: Há um paralelo tosco nesse sentido que eu estou colocando, mas assim: quando o Chagas era uma novidade ou o AIDS, o que acontece? todo mundo vai trabalhar com

Chagas e com AIDS. Biologia molecular, o cara da, muitas vezes tem pouquíssima pertinência com o que seria, mas aquilo é que abriu o espaço por onde as pessoas chegam a recursos, a redes de legitimação de seus trabalhos, a processos de eventual formatação de políticas. Então assim, você bota lá que a CAPES tem Saúde Coletiva, eu quero fazer um projeto de história que, sei lá, história da ciência e eu vou dizer que isso tem a ver com a Saúde Coletiva.

TF: Sim. É isso.

PG: É um mecanismo.

TF: É uma estratégia.

PG: Agora, isso aí para mim é uma dinâmica...

TF: Porque aí para cada grupo, as linhas de pesquisa de cada grupo, quando você vai estudar um determinado grupo, eu vou estudar pelas linhas de pesquisa. Qual o perfil desse grupo? O de Pernambuco estuda filariose.

PG: Essa mesma pessoa se for em determinadas instâncias internacionais que demandem...

TF: Ela vai classificar de outra maneira. Claro. Eu sei disso.

PG: ...ela vai classificar de outra maneira. Sem nenhum problema. Entendeu? Sem nenhum problema. Eles estão, na verdade, produzindo conhecimento, entendeu? A quem que eles querem dirigir esse conhecimento? É o mesmo, seriam os mesmos interlocutores, seja na academia, seja na politica que vão estar trabalhando com isso.

TF: Uma outra questão que eu acho interessante que é essa coisa desse próprio campo, do crescimento dele, a constituição dele e a construção, é a formação em graduação. Tem agora a graduação em saúde coletiva.

PG: Eu sei.

TF: Vários estão colocando isso como um certo problema. Como é que vai fazer? Isso já está legitimado como, está reconhecido como uma profissão? Você vai formar uma pessoa que não tem uma; não tem um conceito.

PG: É. É a mesma coisa, é o processo de campos...

TF: Isso já tem 10 anos.

PG: ...é o processo de profissionalização. Todos esses processos, a dinâmica implica nisso. Como é que você constrói um recorte, como você destina isso, como você cria instâncias de fomento, de divulgação, de comunidade que se identifica em torno daquela. É o mesmo processo, é o mesmo processo. A minha pergunta é outra? A minha pergunta, acho que isso aí é um dado que pode ser um dado, um fundo complicador para quem está nessa prática. A minha pergunta é outra, quer dizer: qual é o diferencial, pensando como movimentar uma sociedade, e ai eu estou colocando o papel dos intelectuais, profissionais e em torno de ideias forças centrais que são colocadas, uma visão de saúde, cidadania, inclusão e que, hoje, o uso e a arregimentação em torno do tema Saúde Coletiva como o oposto a qualquer uma dessas concepções ou, se é somente, o termo mais amplo de Saúde Pública, ela tem um potencial diferencial que gere a necessidade de você marcar essa distinção. Entendeu? Se você disser que tem, instrumentalmente, tudo bem. Vai lá.

TF: Eu estou buscando, historicamente, como que isso se constituiu. Até para verificar se isso tem...

PG: Instrumentalmente, você vai...ah, porque provoca temas mais interessantes na produção acadêmica, porque provoca uma maior, força uma interação maior dos processos de cura sociais, porque permite distinguir e dar mais força a uma visão, digamos assim, mais coesa, mais com atuação no campo da formação de pensamento e das políticas e dos agentes sociais fora da área. Se você não discernir tudo isso, como estratégia política, você vai decidir.

TF: Não. Eu acho que foi isso. Eu não estou negativando não, eu acho que foi isso. Foi uma tentativa de fazer algo diferente, diferente brasileiro, tipicamente brasileiro, como a gente tem essa mania, tipicamente brasileiro e jogando para cima.

PG: É isso.

TF: Isso eu não tenho dúvida. Eu não estou negativando a história. Eu estou tentando entender, saindo do alegórico, do anedótico até.

PG: A minha pergunta e aí é uma pergunta mesmo...

TF: Aí a primeira pergunta é:

PG: ...e hoje? Isso ainda é relevante? Qual o grau de relevância do que poderia ter sido, porque foi uma estratégia na época que deu frutos, mas também deu problemas. Qual a relevância hoje?

TF: Essa estratégia continua. Essa estratégia continua, ela continua sendo inventada. Eu tenho a impressão que ela faleceria se ela não tivesse a todo o momento a ABRASCO funcionando, a todo momento esse grupo se manifestando, esse grupo produzindo, falando dessa palavra Saúde Coletiva. Eu sinto que ela necessita de uma injeção. Eu acho isso. E quando eu vejo a CAPES nominar, diferenciar a área daquela maneira, quem está desenhando essa CAPES? Não está entendendo aquela Saúde Coletiva daquele momento. Não está. É um negócio burocrático a CAPES, com certeza é. Mas ela foi extremamente responsável pela estratégia.

PG: Eu estou tentando ver aqui, quer dizer, mesmo assim, um apanhado muito rápido, sem nenhuma, a dinâmica da Conferência Nacional de Saúde, a dinâmica do CONASS/CONASEMS, a dinâmica do debate da seguridade social e da saúde no Congresso Nacional das Políticas de Saúde. Aonde que...

TF: É Saúde Pública o termo utilizado.

PG: ...eu sei. Onde que a escolha de Saúde Coletiva como balizador de ação, ela faz uma diferença enquanto Saúde Coletiva, eu não digo enquanto comunidades que se mobilizam socialmente. Você vai debater em um Congresso se é Saúde Coletiva ou Saúde Pública? Nem passa por aí.

TF: Não. Você está discutindo a coisa em si.

PG: Você vai estar numa reunião da atenção primária.

TF: Pois é. Não é uma coisa curiosa, porque o Brasil criou isso.

PG: Atenção básica, Saúde da Família. Você está discutindo se você está fazendo abordagem pela Saúde Pública ou pela Saúde Coletiva?

TF: Não. Mas isso que eu acho curioso, Gadelha. É isso que eu acho curioso, entendeu? Quer dizer, é um termo muito usado na academia, aí o rapaz vem aqui, se forma.

PG: Apaga a graduação.

TF: Por quê?

PG: Não. Eu estou brincando. Agora é em off.

TF: Mas deixa eu falar. A pessoa sai daqui da ENSP, formada, ou de outros núcleos, formado com diploma de Saúde Coletiva, ou pelo menos foi colocado na cabeça dele em

um ano, seis meses, dois anos, quatro anos que é Saúde Coletiva. Mas ele vai para o posto de saúde e lá tem o Programa de Saúde da Família, se não foi no Rio de Janeiro, porque o prefeito acabou com ele. Ai, ele diz assim: Tá, mas aquilo que eu aprendi tem um conteúdo, mas eu não tenho esse nome. Mas ele ficou repetindo ali todo dia que existia um negócio chamado Saúde Coletiva. Eu não sei se isso.

PG: Os Sespianos, alguma vez na vida, deixaram de se ver como Sespianos?

TF: Não.

PG: Nunca.

TF: Nunca.

PG: Sempre se viram e até acabar, eles eram Sespianos.

TF: Até acabar.

PG: Quando você cria uma identidade tão forte como é essa da Saúde Coletiva, que ainda está, mesmo que a tradução...

TF: Mas houve uma tentativa de colocar, por exemplo, lá na Conferência Nacional de Saúde, essa palavra não existe. Eu li tudo. Não existe Saúde Coletiva lá, mas existe o conteúdo?

PG: Sim. É isso que eu estou falando.

TF: Mas esse conteúdo é chamado de Saúde Pública.

PG: Sim, é disso que eu estou te falando.

TF: Não existiu esse movimento da tentativa de colocar isso como política pública?

PG: Mas era ela, o que dava o sentido do novo, da coesão, da tribo.

TF: Ah.

PG: A tribo identificava aquilo e estava no embate que deu muitos frutos. Agora, o que eu estou te falando, é que a tradução disso, pessoalmente, hoje para, como estratégia politica de intervenção sob a bandeira de Saúde Coletiva ou Saúde Pública ou o que seja, ela, não vejo ela como uma questão. Eu não vejo as pessoas tendo que, porque quando você quer ganhar a adesão de públicos mais amplos, hegemonizar uma certa visão, você o tempo todo está martelando aqueles conceitos.

TF: Pois é. Eu me pergunto isso: Por que não se martelou esses conceitos?

PG: Por que o quê?

TF: Não se martelou esse conceito? Não se precisava ganhar adesão no nome? Não, pode ser. Estou constatando isso.

PG: Porque não precisa. Entendeu? Porque a produção desses coletivos era operada sem necessidade da bandeira. Você renovou o ensino, pesquisa, você incorporou mais, fortemente, a área social, você fez isso, excelente. Quem ia para a prática não precisava da bandeira para trabalhar. Quem ia para prática estava lá na Saúde da Família fazendo alguma coisa, estava numa política de saúde do Ministério, estava na Conferência, estava, por exemplo, numa época que foi muito desconectada e a gente discutia muito isso entre a ABRASCO e a área de serviço, o Simbravisa e outros e eram totalmente descolados. Aquele pessoal todo estava ali e estava ouvindo esses referenciais, mas no fundo a prática deles, as questões que eles estava lidando, estavam incorporando algumas coisas, mas aquilo ali só ia ter materialidade quando você chegasse, por exemplo, numa Estratégia de Saúde da Família e dissesse: não, preciso incorporar aqui uma percepção social, antropológica sobre isso, sobre os determinantes que traduza essa visão. Por que, por exemplo, os determinantes sociais da saúde, que também é uma outra vertente que veio como método forte, tem uma dificuldade, na verdade, de traduzir isso em operação, quer dizer, você não, teve um momento da ONU, da OMS, do Brasil, muita gente trabalhando ainda com determinantes sociais como uma referência, em nenhum momento, os determinantes sociais se colou a ideia de Saúde Coletiva.

TF: Sim.

PG: Entendeu?

TF: Eu acho isso curioso. Você não acha isso curioso, não?

PG: Não.

TF: Eu achei isso curioso não ter tido esse movimento. Porque outros termos foram colocados. Eu achei curioso. Eu acho curioso. Compreendo que o movimento em si, que a construção, que o conceito, que o conteúdo, isso foi incorporado, mas eu acho curioso.

PG: Eu acho que é isso. Quando você vai na, o esquema de Leavell e Clark, quer dizer, então é uma maneira de dizer aqui eu vou estruturar a compreensão da evolução da história natural e isso vai me dar uma diferenciação das atribuições, as formas de

intervenção e, portanto, os aparatos também e que tipo de conhecimento eu preciso na área da promoção, da prevenção, do atendimento, da reabilitação. Quando você faz isso, você está tentando através de um constructo teórico organizar toda, não só, um pensamento e produção de conhecimento em cada uma dessas áreas, mas a estruturação e a diferenciação de papéis, de atores, de estruturas organizacionais. Está claro? Quando você faz Saúde Coletiva, pela generalidade do termo, ela não estrutura isso. Ela faz a crítica a um modelo para mostrar que isso é linear, você tem que fazer as correlações, aí tem vários estudos quebrando com isso, tem a linha de cuidado, tem isso e aquilo outro e isso e você, mas você não pega como é que a Saúde Coletiva montou um constructo à exemplo do, eu estou pegando o Leavell e Clark que é muito claro, foi muito referencial, a exemplo da crítica que fazia, que ai é uma crítica séria sobre a visão sistêmica da saúde, quer dizer, ela surgiu com uma riqueza enorme de potencial crítico. Ela tem um sentido heurístico de potencial crítico e de formatação de visões, muito rica. Mas eu acho que ela não produziu, nem sei se poderia produzir, um constructo que organizasse a prática nos termos, por exemplo, que essas questões nos puseram. Entendeu?

TF: Sim.

PG: Quer dizer, você fala da Saúde Coletiva num sentido mais heurístico. Ela tem um sentido heurístico muito forte, mas no sentido de deduzir desse conceito as formas de estruturação que a distingue de uma estruturação de Saúde Pública. Poderia ter sido feita dentro da Saúde Pública também.

TF: Pois é.

PG: Que a Saúde Pública está criticando a visão sistêmica, a questão da segmentação da progressão da doença, da história da doença.

TF: Também. Lógico.

PG: Sem problema nenhum. Também não foi a Epidemiologia, a epidemiologia está dentro da Saúde Coletiva?

TF: E manda na Saúde Coletiva. É a maior parte da Saúde Coletiva.

PG: E a Epidemiologia é uma das áreas que teve mais dificuldade de se aproximar da Saúde Coletiva. Tinha a epidemiologia social.

TF: Mas isso não é curioso?

PG: Você tinha a epidemiologia social da América Latina, você tinha pessoas tentando incorporar questões, e aí várias...Naomar, Naomar...

[vozes sobrepostas.]

TF: Você trouxe uma questão curiosa. Não é curioso isso? A epidemiologia tem toda uma força dela.

PG: Mas como a Epidemiologia se afirmou no reconhecimento dos cânones tradicionais do campo cientifico com a mais robusta e, entre aspas, científica das especialidades. Epidemiologia, eles vão abordar a epidemiologia, a parte de política, de gestão. Como ela foi a que mais, porque esse cânone, é o cânone dominante internacional e nacional de reconhecimento da cientificidade, publicações disso e daquilo outro e consequências também. Ela hegemonizou, e na hora, que ela hegemoniza, ela pega aquilo que está dado. Então a epidemiologia passa, como você mesma falou, a ser na ambiência da CAPES, a determinante. Nem sabia disso.

TF: É. Ela é carro-chefe da CAPES.

PG: E quando você vai fazer os estudos epidemiológicos, você vai fazer o quê? Estudos de correlação, estudos de **[?]**

TF: Talvez se avaliar, eu não fiz isso não, mas fiquei curiosa de avaliar esse último congresso da ABRASCO aqui, qual o peso de cada uma dessas áreas?

PG: Na época, o pessoal da epidemio, chegou a pensar muitas vezes, em fazer uma associação a parte, fazer um congresso, não só a reunião que eles tem, mas fazer um congresso e, eventualmente, uma associação a parte da ABRASCO porque eles estavam em um processo cada vez mais de afirmação e reconhecimento do campo científico e do peso que eles tinham.

TF: Eles devem ter um simpósio deles? Tem não?

PG: Tem.

TF: Dentro da ABRASCO? Específico. Como teve Vigilância Sanitária.

PG: Tem. Como tem das Ciências Sociais, tem da epidemiologia. Mas naquela época era mais pesado. Era uma certa tensão, uma certa desconfiança de que o lado social teria fragilidade.

TF: Você chegou na minha questão Gadelha. Gadelha exato. Você chegou na minha questão. Quem é que ficou dentro da ABRASCO, formando a ABRASCO nessas tensões. É isso que eu quero entender.

PG: Claro.

TF: E a Epidemiologia para mim, é uma dessas tensões.

PG: É. E dentro da Epidemiologia você tinha correntes diferentes. Tinham correntes que buscavam mais a epidemiologia social crítica, tinham correntes mais tradicionais de estudos epidemiológicos de modernização matemática, tinham correntes, então, e também não era...

TF: Tem correntes mais na linha do Naomar. Mais na linha das ciências sociais que associa.

PG: ...mais na linha do Naomar. Então alguns personagens importantes, o Naomar...

TF: Naomar é fantástico.

PG: Eu gosto muito do Naomar.

TF: Eu também. Fiz uma entrevista com ele fantástica.

PG: Naomar é uma cabeça privilegiada.

TF: Acho uma cabeça...

PG: Muito legal. Eu gosto muito dele.

TF: Estudioso. Deu uma entrevista muito interessante dessa conformação da Epidemiologia. Gostei muito da entrevista dele.

PG: E o Naomar reflete sobre isso, conduz. Ele escreve, produz. Ele tem uma cabeça muito de fazer conexões com outras áreas da Filosofia, da Literatura. Ele é um cara assim, realmente diferenciado.

TF: E o que que depois da primeira entrevista, você falou assim, eu quero falar mais.

PG: Na verdade, é porque eu achei, naquela hora, que eu estava sem os referenciais, continuo sem estar e a fala da Lígia também despertou umas questões, mas sem referenciais.

TF: Você viu a fala da Prates? Esqueci o primeiro nome dela. Ela é da Bahia também. Lenita?

PG: Não.

TF: Nossa, foi maravilhosa.

PG: Foi?

TF: Ela foi maravilhosa. Eu acho, você leu o texto: O Campo da Saúde Coletiva?

PG: Li.

TF: Você leu o livro dela?

PG: Não, eu tinha. Eu não sei se eu li o livro dela.

TF: O livro dela saiu há pouco tempo, sei lá, uns seis meses.

PG: Acho que não li não. Eu vi assim, o argumento. O livro, eu não li não.

TF: Eu acho que merece uma apreciação.

PG: É interessante essa, a curiosidade e essa, agora, sei lá, vale a pena desde que você encontre o que você está falando. Agora eu vou tentar entender melhor, sei lá, como é que se deu o processo de mobilização dentro da CAPES. Entender melhor porque essas pessoas...

TF: O meu centro tá CAPES. Eu estou centrada na CAPES.

PG: ...porque você, hoje, embora, continue com a vocalização da Saúde Coletiva, ela não é traduzida nessas grandes iniciativas como as Conferências Nacionais de Saúde. Esse é um tema interessante.

TF: Mas é isso que está me atraindo. Porque ela não está em outro lugar, nos outros lugares nominalmente, colocada, até para a própria divulgação dela. Nos outros lugares. Ela é acadêmica.

PG: Ela é acadêmica, ela tem um sentido heurístico.

TF: Ela é acadêmica, apesar de ela dizer que não é acadêmica.

PG: Ela tem pouco valor, pouco valor não; ela não se expressa do ponto de vista operacional, no sentido mais, porque na hora que as pessoas estão reunidas também deve ser uma coisa, por exemplo, como é que eu estruturo o cuidado? Como é que eu incorporo isso...

TF: Na campanha de vacinação até.

PG: É. Entendeu?

TF: É isso.

PG: Uma coisa é o sentido de abertura de perspectiva heurística, de indução de linhas de trabalho heurístico também no sentido, ela é assim convocatória para pensar ações, políticas mais abrangentes, isso aí ela tem, e tem muito. Agora eu não vejo a Saúde Coletiva estruturando de maneira imediata, decodificada as práticas. Não é não?

TF: Você sabe qual a definição que está sendo colocada assim mais corriqueira? Que é um campo de saberes e práticas. Essa é a definição.

PG: Eu sei, um campo de saberes e práticas.

TF: O que que é isso?

PG: Em termos de práticas, ela...

TF: A definição é essa. Em todos os livros da Bahia tem isso.

PG: ...eu sei. Logo que ela, na formação das pessoas, dos funcionários, a incorporação desses referenciais influencia as práticas e há um debate sobre práticas que possam ser mais condizentes com o referencial. Mas eu não vejo isso como um distintivo relevante de como surgiu a Estratégia da Saúde da Família ou como o campo, bom, você falou vacinação, mas o campo dos processos de regionalização, o campo da atenção.

TF: Da vigilância sanitária, por exemplo.

PG: O campo da vigilância sanitária, do financiamento. Entendeu? Não vejo. Vejo como um...

TF: Um campo de saber.

PG: ...um campo de saber. Que referencia práticas, óbvio.

TF: Isso. Que referencia práticas. Eu acho que é isso.

PG: Mas que não são deduzidas do ponto de vista, como eu falei, o Leavell e Clark ele estrutura um constructo de estruturas práticas, imediata. Se tem uma área que é de promoção...

TF: Então você concorda comigo que ela continua sendo um campo de saber.

PG: É um campo de...

TF: Que no máximo, no máximo eu estou minimizando. Ela vai...

PG: É um campo heurístico.

TF: ...direcionar pensamentos para a elaboração de práticas. Acho que é isso.

PG: É. Eu acho que é isso. As práticas, é claro, quando você formula...

TF: Eu acho que é isso. Como é que isso se estrutura dentro...

PG: ...como é que você formula visões, pensamentos, um corpo doutrinário, você também está influenciando práticas. Uma coisa não descola da outra. E a própria reflexão da Saúde Coletiva, ou da Saúde Pública, ela também está bebendo do retorno das práticas. Claro, essas coisas são [?]. Se eu estou dizendo que é importante pensar um componente da antropologia para entender a representação da saúde doença ou a forma como a doença se espalha ou não se espalha num local, eu estou agregando algo e, na hora, que eu estou colocando isso em prática, eu estou dando retorno dizendo: olha, isso tem que ser refeito, tem que ser revisto, tem que ser incorporado. Então elas estão juntas, mas eu não vejo uma decorrência direta entre uma coisa e outra.

TF: Entre o quê? Entre o conhecimento e a prática?

PG: Entre a identidade Saúde Coletiva x Saúde Pública e a sua decodificação em práticas que sejam práticas diferenciadas daquilo que viria ou que veio de uma formulação considerada mais tradicional que era a da Saúde Pública. A critica por dentro da Saúde Pública, que no fundo, a Saúde Coletiva é fruto disso. Ela é fruto da crítica da prática médica da Medicina Preventiva...

TF: Da Social, da Comunitária.

PG: ...e da Saúde Pública tradicional. Ela é produto dessa crítica. Entendeu? Mais uma vez que você vai incorporando um referencial para repensar essas práticas, eu não vejo...

TF: Esse referencial chamado, rotulado de Saúde Coletiva.

PG: É.

TF: É isso. Nós estamos concordando.

PG: Tá bom. Certo?

TF: Certo. Então tá. Obrigada Gadelha.

PG: Agora algumas coisas dessas, nossos amigos achariam assim... Algumas falas dessas, nossos amigos poderiam considerar...

TF: Quais amigos?

PG: As pessoas mais *hards* da Saúde Coletiva poderiam considerar não só... [?], mas banais.