

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CASA DE OSWALDO CRUZ**

Gastão Wagner de Souza Campos
(Entrevista)

Ficha Técnica

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

Entrevistado – Gastão Wagner de Souza Campos (GW)

Entrevistadores – Tania Maria Fernandes (TF); Otto Santos (OS) e Eliene Rodrigues (ER)

Data – 17/07/2018

Local – Rio de Janeiro

Duração – 1h22min

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

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Gastão Wagner de Souza Campos. Entrevista de história oral concedida ao projeto Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Saúde Pública - História e Memória*, 2018. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2023. 31p.

Projeto: História da Saúde Coletiva no Brasil

Entrevistado: Gastão Wagner de Souza Campos

Data: 17 de julho de 2018

Local: ABRASCO (Fiocruz-Manguinhos/RJ)

Entrevistadores: Tania Maria Fernandes (coordenadora), Otto Santos (bolsista) e Eliene Rodrigues (bolsista)

Legendas: trecho inaudível: [?]; pausa: [...]

TF: Entrevista com o Professor Gastão Wagner de Souza Campos para o Projeto História da Saúde Coletiva no dia 17 de julho de 2018, entrevistado por Tania Fernandes, Otto Santos e Eliene Rodrigues.

Bem, professor Gastão nós vamos conversar com você, claro que se você quiser fazer alguma observação antes deste período que a gente está trabalhando é sempre ótimo, só para não ocupar demais você, a gente estava pensando em conversar com contigo a partir do momento que você passa a se incorporar à Unicamp, particularmente, à Medicina Preventiva. Mas você fica inteiramente à vontade para explicar o que você acha que tem relação com isso.

GW: Bom, eu só cheguei à Unicamp, eu ingressei na Universidade de Campinas no Departamento de Medicina Preventiva e Social, eu ingressei em 84, fiz o concurso em 83, comecei de 83. Naquela época podia fazer só com o mestrado, não tinha o doutorado ainda. Mas eu só entrei lá por causa do meu passado.

TF: Então você fale do passado, por favor. Nós sabemos, mas quem está no gravador ouvindo, não sabe.

GW: Eu me formei em Medicina na Universidade de Brasília e a Universidade de Brasília naquela época tinha uma influência grande do Darcy Ribeiro e companhia e na Medicina a gente tinha uma perspectiva na época chamada comunitária, preventiva muito forte, tanto que vários colegas da minha geração, da minha turma, de turmas anteriores, a gente foi trabalhar com o que posteriormente seria a saúde coletiva, medicina preventiva, saúde da família e etc. Eu fiz residência em clínica médica logo depois, mas queria fazer R3 em Medicina Preventiva e Social ou Saúde Pública e Brasília não havia na época. Havia sido desmontado e eu por influência, na SBPC do ano que eu me formei, foi em Brasília e participaram dessa SBPC o David Capistrano de São Paulo e o José Rubens de Alcântara Bonfim que estavam fundando o CEBES e me falaram que haveria concurso para R3

em Preventiva na USP e que havia um curso de especialização em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública. Eu fui fazer essas duas coisas, consegui passar, abandonei Brasília e me mudei para lá e escolhi a área. Então dentro da clínica, eu escolhi essa área que seria da saúde coletiva, na época medicina preventiva e social, mas saúde pública também. Fazendo a faculdade na saúde pública e na medicina preventiva e social. Eram dois mundos diferentes. A medicina preventiva e social da USP, na época, do outro lado da Doutor Arnaldo era um pedaço da França e da Itália no Brasil, quer dizer, Cecília Donnangelo, Guilherme Rodrigues da Silva, uma discussão sobre filosofia da saúde, [George] Canguilhem, [Michel] Foucault, influência da determinação social de [Karl] Marx e a Faculdade de Saúde Pública do outro lado era programas de controle da tuberculose, hanseníase, controle da mortalidade infantil. Eram coisas bem pragmáticas, bem aplicável. Eu, logo depois com o curso de especialização que durava um ano, tinha terminado o R3, eu pude fazer o concurso para médico sanitaria na Secretaria de São Paulo, havia essa carreira, depois foi extinta. Era só para médico, não era multiprofissional, do médico sanitaria.. Comecei a trabalhar dando plantão na clínica médica, enfim e resolvi que eu queria ser professor e pesquisador na área de medicina preventiva e social e concorrao ao mestrado na USP, a Amélia Cohn foi minha orientadora na área de Ciências Sociais e Saúde, e ai quando apareceu o concurso, havia duas vagas na Medicina Preventiva e Social da Unicamp.

TF: Ai você já era formado?

GW: Já era formado e estava terminando o mestrado. Tinha residência. Foi na sequência. O Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM tinha um projeto comunitário que foi fundado pelo Sérgio Arouca, que era de Paulínia. Projeto de Paulínia que era um centro de saúde escola, intervenção territorial e havia uma área de Ciências Sociais bem desenvolvida, Professor Everardo, Duarte Nunes. As epidemiologistas, Professora Maria Elisa, saúde do trabalhador. Então era um departamento bem ativo, muito interessante e eu entrei lá. Não sei se era essa a sua pergunta.

TF: Não, vai indo.

GW: Quando eu fiz o concurso o departamento era dividido em áreas. Tinha a área da epidemio, ciências sociais, trabalho e ambiente e área que eles chamavam de saúde comunitária que era mais profissional, que era esse projeto do [Sérgio] Arouca. Eu fui para lá, fui para Paulínia. A gente tinha um internato de medicina e enfermagem. Uma parte grande do estágio era lá. O pessoal fazia atendimento. Ou seja, eu misturei a parte clínica,

assistencial com os temas da saúde pública. Educação e saúde. Coincidiu que esse ano que eu entrei lá, 85, foi quando o Paulo Freire voltou, foi reintegrado na Unicamp, tinha tido a anistia. Ele foi nosso supervisor institucional.

TF: Deve ter sido uma maravilha.

GW: Um ano. O luxo do luxo, do luxo. A gente fazia as intervenções comunitária e ele ia lá discutir com a gente, as instituições, institucionais comunitárias. Foi um processo muito rico, para mim foi muito importante e nunca mais saí. Fiz carreira. Depois a Medicina Preventiva e Social, a gente, final dos anos 90, a gente fez um movimento, a gente já havia criado a pós no começo dos anos 90 que já era na área de saúde coletiva e multiprofissional e a gente fez um movimento para transformar o Departamento de Medicina Preventiva e Social em Departamento de Saúde Coletiva. Final dos anos 90. Isso só saiu uns oito anos depois porque teve que tramitar.

TF: Como era essa discussão entre essas áreas todas que você já falou que você circulou e definiu algumas coisas. Saúde pública, medicina preventiva e social, saúde coletiva? Se você viajar para lá, como que vocês identificavam essas diferenças, dos grupos. Ainda tem a saúde comunitária.

GW: Havia no nosso caso, havia um muro de Berlim lá entre a Medicina Comunitária e a área de Ciências Sociais, de Epidemiologia. Era como se fosse dois departamentos. O Departamento de Saúde Comunitária funcionava em Paulínia com muitos professores, grande, metade do departamento, com muitas possibilidades de contratação, muitos técnicos. Porque articulava com a ação, com intervenção.

TF: E ele se chamava Departamento de Medicina Comunitária ou era só um apelido?

GW: Não, o departamento chamava: Departamento de Medicina Preventiva e Social. Dentro dele havia quatro áreas.

TF: Como se fossem departamentos fictícios?

GW: Isso. Tinha um grau de fragmentação muito grande. A saúde ambiental e do trabalhador era separada, totalmente separada, funcionava em outro prédio, não se encontrava. Ciências Sociais e Epidemio era outro prédio. E os cursos de graduação eram divididos. Eu fui um dos primeiros, eu cheguei lá e me propus a dar aula nas Ciências Sociais. Eu estava fazendo mestrado em Ciências Sociais. Eu fui considerado traidor dentro do pessoal da medicina, eu estou brincando, mas era isso mesmo. Meio assim: o

que você está fazendo lá? Aquele pessoal não tem nada a ver com nada. Tudo da medicina preventiva, só professor da medicina preventiva e social do departamento. E aí quando a pós-graduação, o professor Everardo [Nunes] foi que puxou das ciências sociais. Ele e Maria Elisa da epidemiologia. Aí unificou mais. A pós integrou mais. Nesse ínterim também, uma coisa que integrou o departamento, as três áreas foi a residência de Medicina Preventiva e Social que na época era só médica, mas havia o curso de especialização em saúde pública que era multiprofissional. Que aí todas as áreas começaram a participar.

TF: Como se chamava o programa nessa época, você lembra? O programa de pós-graduação?

GW: Foi criado como Programa de Saúde Coletiva. Desde 90. 89,90. A pós já saiu com essa perspectiva.

TF: 91?

GW: Isso, é 91.

TF: Então volta, desculpa, porque eu te interrompi.

GW: Não.

TF: Mas o curso de pós-graduação de medicina em 79, por que é o seguinte, a gente leu muito uma certa divisão entre fases da saúde coletiva até chegar ao programa propriamente dito que é isso que você está nos colocando. Então só em 91 que se cria o programa, e o mestrado e a especialização ficam dentro desse programa?

GW: Isso.

TF: E antes era um Departamento de Medicina Preventiva, o que você fez.

GW: Com as áreas.

TF: Com as áreas específicas?

GW: Mas muito separadas umas das outras, muito fragmentadas.

TF: Eu queria que você explorasse um pouco essa diferenciação. Essa diferenciação teórica, digamos assim, de cunho teórico para se criar uma área de saúde coletiva. Vamos chegar na saúde coletiva. Houve um rompimento, tem esse rompimento de projetos políticos acadêmicos e tem o rompimento mais global, imagino, para se criar essa área

grande de saúde coletiva.

GW: Então, a história do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp que começa nos anos 70, é uma história traumática, houve um trauma e toda trauma da família, ele é oculto, não dito. E o trauma foi a prisão, a perseguição e a demissão do Sérgio Arouca, da Ana Tambellini, uns cinco ou seis professores foram presos, fugiram e a Universidade expulsou, botou para fora. A defesa de doutorado do Sérgio Arouca foi nareitoria. O reitor que teve que proteger. E foi uma situação muito traumática, e o departamento depois de 75, 76 enfraqueceu muito, ele foi reconstruído. Teve que reabrir concurso com pessoas que não participaram desse trauma. O Nelson Rodrigues dos Santos foi um que veio de Londrina. Recompôs esse trabalho do [Sérgio] Arouca, entrou para essa área. Entrou um pessoal da epidemiologia novo também, a professora Maria Elisa que eu estou falando, o professor Djalma, houve certa recomposição, mesmo na Medicina Comunitária, o concurso que eu entrei, tinha três vagas. Entrou eu e mais duas colegas. Então houve uma recomposição. Nessa recomposição com professores vindo de origens diferentes tinha um não sei se paradigmas, mas escolas diferentes. O pessoal da epidemio vinha a maior parte da USP de Ribeirão Preto. Era a epidemio, tinha umas veleidades sociais, mas era uma epidemio tradicional, paradigma matemático, bioestatística, a professora Maria Elisa fugia disso, mas enfim, [...] as Ciências Sociais delá foi recomposta de forma muito fragmentada, cada professor era como se fosse uma escola. Professor Everardo [Nunes] tinha uma escola de saúde coletiva e história, usava muito Foucault, a professora Ana Canesqui entrou era mais pela linha da antropologia, a professora Solange L'Abbate, que entrou era pela análise institucional, institucionalista. Então ficou uma coisa meio [...]

TF: E você representada o que nessa miscelânea?

GW: Eu? Eu sempre fui, como que chama? Polipraragmático [risos]

TF: Costureiro.

GW: Poliparadigmático. [risos] O professor Guilherme Rodrigues da Silva me ajudou muito na vida, me fez ler Gramsci e um epistemólogo chamado Mario Bunge, que é um argentino que dizia o seguinte: não tem a metodologia perfeita ou a teoria. O que a gente tem são problemas, são objetos e a gente tem que compor, então se você for estudar o vírus estrutura, usa a microscopia eletrônica, mas se você for estudar a epidemia de AIDS, só esse referencial não é suficiente. Depois eu li os pedaços do Gramsci que também brigava também com Stalin com aquela história lá de dizer que tem uma teoria oficial e ele dizia que não tem. Fazia mais ou menos o mesmo discurso que o Mario Bunge, um pouquinho mais eclético fez depois. Então eu, tanto que eu trabalhava com medicina comunitária e gosto de clínica, gostava da clínica misturada com prevenção. Hoje seria a saúde da família e comunidade, eu sempre tive essa pegada. Mas a minha tese de mestrado e depois de doutorado foi sobre políticas de saúde, constituição do SUS, o trabalho médico. Política e trabalho, equipe. Então eu circulava, dava aula, trabalhava em Paulínia, entrei nas Ciências Sociais também, ajudava na pós, na graduação. Eu achava, até porque esse trauma que eu saltei, eu estou falando das pessoas progressistas, mas depois do golpe lá da intervenção contra o Sérgio Arouca, um setor muito conservador ficou dirigindo o departamento.

TF: Quem eram os representantes desse setor?

GW: Era o pessoal da saúde ocupacional e do trabalhador. Professor Manildo Fávero, na época o professor René Mendes, depois foi mudando. Era um povo muito conservador, pró empresa, autoritário. Nós fizemos tudo isso à parte. Aí quando conseguimos reunir todo mundo, nós ganhamos. A primeira foi a professora Ana Canesqui. Quando quebramos esse muro entre nós, comunitários junto com Ciências Sociais apresentamos uma chapa e derrotamos e não perdemos mais. Ficou o grupo mais que seria o grupo que estava fazendo mais [...]

TF: E eles acabaram lá? Esse outro grupo ficou?

GW: Ficou, ficou. Esse grupo ficou, propuseram criar outro departamento e perderam na Faculdade. A Unicamp não deixa criar departamento pequeno. Propuseram até sair quando perderam, a saúde ocupacional e do trabalhador. Depois com os concursos novos eles foram mudando, mas a mudança é incremental, muito lenta. Os jovens que foram entrando com a perspectiva de saúde do trabalhador, saúde coletiva, saúde ambiental. Um dos professores da saúde ambiental foi demitido da Unicamp por justa-causa.

TF: Fez um esforço.

GW: Fez um esforço grande. Porque na área pública para você ser demitido por justa-
causa, não dava aula. Era tempo integral e dava assessoria para empresas multinacionais
e assinava Unicamp. Fez um monte, ou seja, você vê que era um povo difícil. Então a gente
viveu todo esse trauma e essa composição foi saindo. Aí tem as marcas pessoais. Muito
médico, muito professor universitário, muita gente sabida. Tem muita coisa aí que além
dessas diferenças políticas de escola, de linha, tem a coisa do poder institucional, das
intersubjetividades que com o tempo foi melhorando, foi se institucionalizando, de forma
interessante. Quando a gente muda o nome para saúde coletiva, eu considero que o
departamento que estou lá é muito institucionalizado no sentido republicano. Entra um
chefe e depois outro e respeita as normas, as regras. Não tem uma articulação particularista,
grupista. A gente conseguiu, tem um clima bom lá, mas foi difícil.

TF: Houve consenso nessa mudança para saúde coletiva? Por que teve esse grupo que
ficou lá. Como foi isso?

GW: Foi. Ninguém votou contra. Teve duas abstenções. A gente fez um plebiscito. Não
foi só o conselho. Como era um tema tão importante, ficamos discutindo muito tempo.
Então duas pessoas se abstiveram. Se vocês procurarem na ata, lá vai falar. O pessoal mais
antigo.

TF: Mas como foi essa discussão? Da defesa e do contra, como que defendia, como era
contra? Por que saúde coletiva? Aliás eu queria até que você chegasse lá. Mas nessa
discussão de criar, de sair. O Departamento, só uma perguntinha anterior. O departamento
era de Medicina Preventiva e depois passou para Preventiva e Social?

GW: Não.

TF: Já foi sempre de Social?

GW: Já foi criado com o Preventiva e Social.

TF: Eu fiquei com essa dúvida, que é tanta instituição que às vezes, me confundo na
lembração.

GW: Você confunde. Já foi criado com esse nome. Foi a proximidade com a ABRASCO,
influência da ABRASCO. O professor Everardo [Nunes] foi fundador da pós-graduação
que já era em saúde coletiva. Foi aprovado, já era multiprofissional. Essa coisa de medicina
preventiva, nossos professores já eram multiprofissionais, não eram só médicos.

A gente não dava aula só para medicina. Nossa faculdade, apesar de chamar ciências médicas tem vários cursos: enfermagem, nutrição, fono. A gente já trabalhava com vários departamentos, com várias profissões e então, a influência da ABRASCO, a gente achou que a época da medicina preventiva tinha passado, que a gente tinha que ser multiprofissional, que a gente não tinha que ficar só focado em medicina, que a gente tinha que entrar matricialmente na graduação em várias [...]

TF: Mas quando era Departamento de Medicina Preventiva, com este nome, ele também incorporava outras graduações ou ele só dava aula na graduação de medicina?

GW: Ele já incorporava, desde o começo.

TF: Então [...]

GW: Então desde o começo se chamava Medicina.

TF: Isso que eu queria entender. Qual era a base da discussão para a mudança de nome já que já era multiprofissional. [vozes sobrepostas]

GW: Nesse mesmo contexto, só para você entender, na mesma época a gente tentou mudar o nome da faculdade para Faculdade de Ciências da Saúde, ela era Faculdade de Ciências Médicas. Com a fono, um pedaço da própria medicina, da enfermagem. A gente perdeu essa discussão na congregação.

TF: Era isso que estava querendo chegar.

GW: Na congregação permaneceu Faculdade de Ciências Médicas apesar de ter vários cursos. A argumentação é a tradição, o nome, vamos perder a marca. O conceito de marca. No departamento essa discussão também apareceu. Nós vamos perder a marca? O Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, tão conhecido. Por isso tiveram duas abstenções. Duas pessoas fizeram essa argumentação. Mas a gente achou que valia a pena, recuperava logo a tradição, o acervo da Medicina Preventiva e Social passaria facilmente para o departamento.

TF: Isso dentro da parte burocrática-administrativa da universidade, isso passou rápido, foi fácil ou foi complexo?

GW: Foi fácil, porque a Unicamp, uma universidade mais nova, eu acho que tem um grau de democracia institucional grande. Se o departamento aprovou, os interessados, e não há nenhuma norma ilegal ou um absurdo científico-político, passa. As pessoas não

vão [...] a FCM não quis mudar de nome, mas nos autorizou, a congregação, já que vocês querem, mudem. Sejam mais interprofissionais.

TF: Então, volta um pouquinho. Quando você falou da ABRASCO, a própria criação da ABRASCO e o nome saúde coletiva. Eu quero sempre explorar essa questão do nome saúde coletiva. Tem várias versões de como esse nome apareceu. [José da Rocha] Carvalheiro tem uma versão.

GW: Folclórica, cá entre nós.

[risos]

TF: Você estava lá?

GW: Não, o Everardo [Nunes] estava lá e me contou. E foi esse folclore puro, o professor Everardo [Nunes] e eu concordamos, mas enfim.

TF: Mas de qualquer forma esse nome apareceu?

GW: Sim.

TF: Que não era igual da saúde comunitária que já estava, a saúde comunitária já era um nome consolidado, que vinha dos EUA. Aí aparece o nome saúde coletiva. De onde você imagina que esse nome tenha vindo? De onde você constrói essa denominação para criar?

GW: Então, eu não participei de nenhuma dessas reuniões da fundação, eu era residente, da graduação.

TF: Mas você ouviu histórias.

GW: Mas o que eu convivi depois, quem participou mais ativamente de todos os encontros foi o professor Everardo [Nunes]. Então o Everardo[Nunes]era absolutamente a favor dessa mudança de enfoque, da inclusão das ciências sociais mais fortemente, enfim todo aquele. E da epidemia, a professora Maria Elisa também era muito a favor. O Nelson Rodrigues dos Santos, ele como o negócio dele era saúde da família e comunidade, na época não chamava assim, ele não [...] saúde coletiva é mais a esquerda, é multiprofissional então tudo bem. Mas assim, os teóricos foi o pessoal da epidemiologia e das ciências sociais. Ana Canesqui, professor Everardo [Nunes], professora Léa que aposentou e na epidemiologia professora Maria Elisa, professor Djalma, alguns professores da epidemiologia, professor Heleno Correa, Ana Segall. Esses professores quiseram a segurança para a gente abraçar isso. E eu já cresci depois na saúde coletiva. Primeiro congresso já apresentando trabalho, a

gente entrou com tudo.

TF: E olha só, por exemplo, a ENSP ao mesmo tempo estava acompanhando, participando, acompanhando não, ativamente desse processo, porque aí você vem pela reforma sanitária, tem toda uma constituinte, um discussão que amplia nacionalmente. Mas a ENSP continuou saúde pública e continuou fazendo, eu sou sanitarista e eu lembro que eu estudava saúde pública, eu nunca estudei saúde coletiva. Como é que vocês viam isso? Ao mesmo tempo o [Sérgio] Arouca veio para cá, toda a galera de São Paulo que foi perseguida veio para cá, mas o nome saúde pública circulava aqui mais livremente do que em São Paulo? Você vê isso? Como é que é essa história?

GW: É. Eu acho.

TF: E ao mesmo tempo, só para ver se concorda comigo, e ao mesmo tempo teria o mesmo subsídio teórico, a mesma base teórica ou não?

GW: O [Sérgio] Arouca, o Nelson Rodrigues dos Santos, o pessoal que hoje é da área de política, gestão e planejamento que na época nem era uma área. Eu chamei de pragmático, eu gostava da assistência, mas era um povo muito ligado a área de política, ao SUS, a criação do SUS. O centro, eu acho, para o [Sérgio] Arouca, convivi muito com o [Sérgio] Arouca, pro Nelson Rodrigues dos Santos e para uma série de pessoas era o SUS, o resto era tudo secundário. E um referencial que incluía a determinação social, pegada histórica, estrutural. Era um povo que, isso, acho que, era o que mais diferenciava. Eu acho que a ENSP como um todo, eu nunca tive nenhum problema com a ENSP. Apesar de eu ter mudado o nome, eu admirava manter o nome de saúde pública. Mas eu achava, por exemplo, o pessoal da Bahia do ISC, Instituto de Saúde Coletiva que é mais antigo que o nosso departamento, a mudança de nome. Já são criados com esse nome. Saem da Medicina Preventiva e cria outro departamento. Eles tiveram que criar outro. Nós mudamos inteiro né lá. Eles criticavam muita a ENSP porque a ENSP mantém uma tradição de saúde pública. São Paulo, principalmente na cidade de São Paulo, eu até num congresso falei. Lá tem congresso de saúde pública até hoje, tem associação de saúde pública até hoje. Eu falo que tem uma cabeça de burro enterrada na porta de São Paulo que não deixa entrar a saúde coletiva, tanto que a secretaria municipal de São Paulo, apesar de ter vários governos a favor do SUS, mas tem uma perspectiva bem funcionalista, [?]. Nós temos dificuldade de entrar na atenção primária, saúde da família, que dificuldade, reforma da saúde mental. Então essas coisas que a saúde coletiva teve uma influência maior, nosso referencial pesou nessa área de serviços, de política. E a Faculdade de Saúde Pública de São Paulo,

ela é muito de saúde pública até hoje.

TF: Então você vê a saúde pública como uma área de planejamento?

GW: Não, eu vejo como área aplicada. Incorpora pouco as ciências sociais e pouco a política. Uma área muito voltada para o serviço, para os programas, para a vacinação, para a operacionalização e depois com o SUS, ampliou com o SUS. Agora não é homogêneo. A gente tem na Faculdade de Saúde Pública áreas que são saúde coletiva pura. professores, linhas de pesquisa, na ENSP também. E a ENSP é muita tradição. Ainda bem que a Fiocruz se chama Fiocruz porque se chamasse saúde pública, quem vai mudar o nome de uma instituição com essa história, esse peso. Tem que ter muita [...] mas eram novos, nosso departamento era dos anos 70. O [Sérgio] Arouca que começou, esse povo. O [Sérgio] Arouca e outras pessoas que começaram, era mais, tinha mais, a Medicina da USP, tanto a de Ribeirão como a de São Paulo chama Medicina Preventiva até hoje, acho que social também, não lembro. A Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Medicina da USP era Medicina Preventiva até pouco tempo e só era médica. Faz uns oito ou dez anos que virou multiprofissional, que entrou a história, aliás tem uma linha forte de história lá. Tem um pessoal bom lá. Mas enfim, eu acho que, porque outra coisa que eu aprendi na vida, é que não existe o novo absoluto. Que sempre, o novo traz o passado, o que a gente faz é esconder, é ideológico o movimento. Somos o novo absoluto, reformando, teve uma revolução, novo paradigma. Bom, tem novo porque tem diferença, mas não teria a saúde coletiva sem a tradição da saúde pública, sem a biomedicina. O que a gente faz é modificar ao cruzar com outros. Então eu sou mais flexível com isso assim. Eu acho que na ABRASCO, acho, eu estou na ABRASCO, uma observação que eu tenho como presidente nesses três anos, confirmou o que eu achava antes. A ENSP, Escola Nacional de Saúde Pública, não é menos saúde coletiva do que o ISC ou o nosso departamento. Tem as mais conservadoras, mais positivistas, mais abertas, mais fechadas. Nós somos todos saúde coletiva, ativistas da ABRASCO.

TF: Ai, me diz o seguinte, esse termo saúde coletiva, ele é ao mesmo tempo... a gente está fazendo um levantamento nacional, e as definições são bastante diferenciadas. Nesse meio do caminho teve a FINEP, que organizou um Programa de Saúde Coletiva, FINEP... e teve a CAPES que vai organizar os programas e que desenha ali uma estratégia e eu queria que você falasse um pouco dessa estratégia da CAPES em criar.

GW: Então, esse movimento de baixo para cima que criou a saúde coletiva, essa mudança de referencial, ampliação de referencial. Eu uso o conceito de ampliação, você

pega o velho, modifica enfim. A institucionalização dele, independente dessas mudanças de nome, de publicação. Mas a grande vitória institucional foi ter criado área não de saúde pública, mas de saúde coletiva na CNPq e CAPES na pós-graduação e pesquisa, e uma vitória ainda no começo do movimento. Surpreendente. Isso deu um fôlego muito grande. Já tinha a ABRASCO. Acho que a ABRASCO é anterior a isso. Aí mar degestão, mas na área de saúde [...]

TF: Mas ela se cadastra, você pode dizer que todos eles se cadastram com esse perfil trazendo esse tônus da saúde coletiva?

GW: Não, é heterogêneo.

TF: Ou o cadastro é meio forçado?

GW: É forçado, se institucionalizou. Nós somos tudo saúde coletiva com vários semblantes, com vários perfis. Tem programa de saúde coletiva que é de estatística puro. Alguns, não é? Tem programas de saúde coletiva que é filosofia da saúde só. [vozes sobrepostas]

TF: Isso é saúde coletiva ou deu uma forçada para caber no programa?

GW: Não, mas cabe. Não existe saúde coletiva sem a bioestatística, o problema é você ficar só na bioestatística.

OS: Tem bioética também.

GW: Tem bioética. Tem uma perspectiva, você usa o referencial teórico para pensar as relações intersubjetivas, interpolíticas, interpessoais, éticas. Eu acho que tem um critério, essas comissões do CNPq e da CAPES, como são compostas por pares, eles tem um cuidado muito grande de evitar penetras, de evitar [...] até porque tem bolsa, tem distribuição de bolsas, bolsas-pesquisa.

TF: Quem seriam esses penetras que você está dizendo?

GW: Hoje eu até brinquei com os alunos. Eu falei penetras e perguntei se eles sabiam o que significava isso? Penetra é alguém que não é da tribo e entra na tribo. Você não foi convidado para o baile e você entra no baile. É um nome antigo.

TF: Mas quem seriam esses penetras nesse acerto aí, se caracterizam porquê?

GW: Por exemplo, esse é um conflito recente aí. Essa área médica, a competitividade por financiamento, por bolsa é muita alta. E eles publicam em inglês, tem máquinas de

publicar coisa. Uma parte deles foi se deslocando e encontrou a saúde coletiva, a nutrição. Aí pega bolsa de produtividade nossa. Então, porque na verdade essa fronteira é normativa, é arbitrária, não existe. Onde começa a saúde coletiva e onde termina e começa a clínica. Onde termina a clínica e começa a saúde coletiva, estatística pura e estatística aplicada à saúde. Tem um grau de arbitrariedade grande nisso tudo, o que cabe e o que não cabe. Cria uma certa normatividade que é política, consensual, hegemônica.

TF: Os congressos retratam muito essa polissemia. Não é? Os congressos?

GW: Nossa! Sim, pois é. Você vê os congressos da ABRASCO agora tem de tudo. Zika, mosquito, vacina, antropologia, sexualidade, violência, epistemologia, saúde mental e saúde coletiva. A gente tem umas áreas de fronteira, da saúde coletiva e saúde mental. A saúde coletiva influenciou muito a reforma psiquiátrica, a saúde mental no Brasil. A saúde coletiva influenciou muito a atenção primária no Brasil, pessoal da estratégia, mas tem um pedaço que não somos nós. Saúde da família tem um pedaço da enfermagem, da medicina [...] e tem país que não tem saúde coletiva junto.

TF: Isso que eu estava querendo te perguntar, por que a gente não localiza essa denominação saúde coletiva fora do Brasil. Um pouco na América Latina, tem muita gente ainda procurando, um pouco na América Latina, Buenos Aires, mas fora, na Europa por exemplo, você não tem esse diálogo.

GW: É, o povo que fez tudo pós-graduação com a gente e leva a gente para dar aula de pós lá e [...]

TF: Com o nome de saúde pública?

GW: Com o nome de saúde coletiva, na Argentina é saúde coletiva.

TF: Na Argentina, mas é um pouco mais recente.

GW: É recente, 15 anos para cá.

TF: Esse diálogo para fora, inclusive, o programa, se você entrar na plataforma Sucupira, a tradução do nome do Programa de Saúde Coletiva é Saúde Pública.

GW: É saúde pública. Mas porquê? Porque no mundo inteiro, exceto no Brasil e um pouquinho a Argentina.

TF: O conteúdo é o mesmo? Minha pergunta chega aí.

GW: A saúde pública nesses países passou por um processo de transformação

semelhante. Aqui no Brasil, saiu da saúde pública e passou para a saúde coletiva. O que é semelhante? Uma influência maior das Ciências Sociais, da História, da Filosofia, da Antropologia sobre a epidemiologia, sobre os vermes, sobre a organização dos serviços, das práticas de saúde. Se você pegar a saúde pública inglesa não deve nada à saúde coletiva.

TF: E por que não, não [...]

GW: Sei lá porque não. A pergunta que eu faço é ao contrário. Por que nós fizemos a mudança e mudamos de nome. O Canadá também mudou de nome. Eles são promoção à saúde. Se você pegar os anos 70 e 80 ao mesmo tempo que estava tendo essa mudança aqui, incorporação do social, do território. Os canadenses fizeram em inglês, em francês. Só que lá ao invés deles chamarem de saúde coletiva eles chamaram de promoção à saúde. O referencial conceitual e teórico da promoção à saúde canadense que tem as funcionalistas, as sistêmicas... Mas o referencial original deles, Lalond [Relatório Lalond] é muito parecido com o nosso. Só que eles chamaram de promoção à saúde. Então se você pegar a saúde pública inglesa, sueca, espanhola e saúde coletiva brasileira tem muitos pontos de contato e de tensão.

TF: Quais seriam os pontos de tensão?

GW: Existe uma tensão entre a produção de conhecimentos, a forma, a metodologia, os objetos e mesmo o resultado, o produto que é compreensão, lá é evidência. Entre as áreas de ciências sociais, humanas, políticas aplicadas à saúde ou não e as áreas de estatística, clínica, medicina aplicadas à saúde. Existe uma tensão aí. É um dos principais conflitos da ABRASCO, interno. Essa gestão nossa já tentou botar eles para conversar, tentar construir uma política de pós-graduação e de pesquisa de ciência e tecnologia que seja integrada e não duas políticas. A gente estimulou, a nossa diretoria, essa discussão no fórum de pós-graduação. Vamos ter um projeto comum. Nosso programa de três anos atrás foi o seguinte. A gente acha que tem que melhorar o movimento, democratizar e onde não há consenso não tem que ter uma posição única que é a da diretoria. Nós vamos estimular o contraditório, divulgar as posições. E a gente terminava o programa dizendo o seguinte: na área de pós-graduação a gente tem duas avaliações completamente diferentes. Tem uma parte grande dos Abrasquianos, eu não escrevi, mas, principalmente, o pessoal da epidemia que acha que a gente tem a melhor política de pós-graduação e tem uma parte que critica, que acha que é produtivista, quantitativista, que produz [?] que não produz conhecimento, que cria uma máquina de *papers*, que tem indicadores que não valem a pena. Era metade-metade. Na verdade, um pouquinho mais de epidemios e disputando. Vamos pensar os limites disto, por

outro lado, o que a gente aproveita e o que não aproveita. Vamos fazer seminários, discutir. A última reunião do fórum de pós-graduação que reúne todos os programas, com os alunos, tudo. A gente reúne três vezes por ano. O último foi em São Paulo, na Faculdade Saúde Pública e a gente tirou um projeto comum para brigar com a CAPES. Com as ciências sociais, a política, a epidemiologia. Não quer produtivismo, não quer que fique contando *paper*. Vamos pegar o modelo inglês, cada docente, cada pesquisador, cada programa apresenta o seu melhor trabalho. O que você considera melhor nos últimos cinco anos? Tal *paper* ou a criação do mestrado profissional, a nossa. Então essa era a obra que vai ser esse livro, que vai ser examinada e avaliada com profundidade sobre vários critérios: repercussão, criatividade, metodologia. A gente pegou um exemplo e foi construindo, ao invés de ficar contando o número de trabalhos. Nossa proposta, nós vamos entregar para a CAPES, para o CNPq. Nós todos, mas a gente tem esse racha muito forte.

TF: A epidemiologia acaba sendo uma área bastante organizada?

GW: A epidemiologia social ficou num nome no passado. A epidemiologia tem metodologias muito validadas, muito instrumentalizadas que tem uma potência grande para analisar efeito colateral, se tal droga, se tal vacina é efetiva ou não é efetiva, se provoca dano ou não. Mas tem dificuldade para explicar a epidemia de AIDS, para explicar o que está acontecendo com a dengue no Brasil, com a Zika, sozinha. Sem eles agente não vai ter dificuldade de entender que é um vírus que vai assim, que passa assim, que circula assim, mas também não vai conseguir fazer história, fazer política, pensar intervenções, pensar a coisa cultural, social. Então a gente tem essa potência, mas a gente tem também uma dificuldade grande, por exemplo, uma coisa que me impressionou, me impressiona, e [...] saúde coletiva tem três áreas, isso não fui eu, desde o começo, que é a epidemiologia, ciências sociais e humanas e, antigamente era planejamento e gestão, a política passou para cá. E eu fico boquiaberto, admirado, eu fiquei, fui nesse ABRASCO uns quinze anos atrás quando as ciências sociais e humanas passou a política para a área de gestão e planejamento. Ou seja, as ciências sociais e planejamento tem um pouco de dificuldade de práticas. Eu fiz mestrado e doutorado em Ciências Sociais na USP e na Unicamp. E eu sou um homem da clínica, da política, só que eu gosto das ciências sociais. E eu terminava minhas teses propondo coisa e a banca me matava, minha orientadora, meu orientador.

TF: Tinha que finalizar o que você propôs?

[risos]

GW: Tinha um monte de coisa: recomendações, proposições. Tudo prática. Monta a equipe assim, faz daquele jeito. Então essas tensões, elas estão presentes. A ciências sociais quer compreender. Nós, médicos, enfermeiros, epidemiologistas, sanitaristas quer compreender e mexer na vida dos outros, no corpo. Se não tem as ciências sociais a gente fica muito arrogante. Não vê o controle social, a higienização. Eu acho que essa possibilidade de integrar é muito boa, mas essa tensão está presente na saúde coletiva. A gente tem trabalhado melhor, mas está muito presente.

TF: Na ABRASCO foi criado um programa de pós-graduação com vinte e uma entidades. Como que funciona isso? Programa da ABRASCO. A gente buscou os programas.

GW: Então, a gente está com esse criado e está com a proposta de criar outro.

TF: Como que funciona isso?

GW: É um mestrado profissional em saúde da família e comunidade inter. O que é inter? Em vários, que envolve [...] eu não sei se são 16, são várias universidades. E qual o público? O público é, foi um pedido do SUS, do Ministério, das Secretarias Estaduais que identificaram o seguinte: que a gente não consegue, a gente não tem velocidade para produzir professores, pesquisadores na área da atenção primária, saúde da família e comunidade que é essa interface. Então a ABRASCO se juntou com o pessoal da medicina de saúde, da associação lá, esqueci o nome.

OS: A ABRASCO que coordena?

GW: A ABRASCO é reitora, coordenadora. Por que nós somos coordenadores? Porque é multiprofissional, a iniciativa foi nossa. Se for só médico não dá para confiar.

TF: Mas a ABRASCO não é uma instituição de ensino. Como que funciona isso, como um centro que produz, que faz, que legitima uma pós-graduação? Como funciona isso com a CAPES?

GW: Nós trabalhamos com os professores, com os associados.

TF: Sim.

GW: Não. Sim, ah o programa?

TF: Um colégio, uma instituição de ensino. [vozes sobrepostas]

GW: A ABRASCO fez o edital e chamou as universidades públicas, no caso, para fazer esse tipo de mestrado profissional.

TF: Isso é admissível?

GW: Sim.

TF: Porque a ABRASCO não é uma instituição de ensino.

GW: Se apresentaram 30, mas quem são credenciadas são as universidades, uma por uma. O que a gente faz é uma cooperativa.

TF: É como se fosse uma cooperativa? A ideia é essa.

GW: É gratuito, não é uma cooperativa porque é público. Mas é uma iniciativa coletiva coordenada pela ABRASCO, mas o que a CAPES avalia são os professores de cada uma das universidades. Tanto que a ABRASCO aprovou 32 universidades e grupos e tal e passou 16 ou 18. A CAPES não aprovou, não tinha os critérios lá da CAPES. A gente fazo curso junto, faz seminários. A parte presencial, a parte à distância, os exercícios. A gente está montando outro mestrado profissional e até doutorado na área de educação e saúde. Porque quem ensina saúde não sabe nada de pedagogia, é mais ou menos isso. A gente quer criar uma pedagogia didática, criar uma área de pedagogia didática para quem forma médico, enfermeiro, sanitarista. A gente aprende a clínica, aprende a saúde pública e sai ensinando, sai ensinando? É a pedagogia da diversidade, enfim.

TF: E essa diversidade do Brasil, como que isso se reflete na própria organização da ABRASCO? Quer dizer, uma coisa é uma instituição de saúde coletiva lá no Acre, do que no Rio de Janeiro, na Bahia, em Minas Gerais, São Paulo? Como que isso?

GW: A ABRASCO até agora começou a descentralizar mais, a regionalizar mais com o Luis Eugênio [Portela] que é anterior a mim. A gente está continuando e vai continuar mais. Mas a ABRASCO é muito sul/sudeste, sul maravilha, Rio, Minas. O centro-oeste, o norte. O nordeste já participa mais da nossa diretoria. Na diretoria que eu estou não tem uma pessoa da região norte. Tem do Piauí. Nessa nova já tem. Tem a Luiza Garnelo que trabalha com índios lá na Fiocruz do Amazonas. Conseguimos botar dos dois mato grossos, de Goiás.

TF: Mas a pós-graduação lá que tem o nome de saúde coletiva, ela retrata essa discussão

ou ainda está buscando essa identidade?

GW: Segundo a CAPES, quanto mais longe do sudeste pior né? As notas deles são piores. [risos] Mas é porque o povo é mais novo, tem menos história. Por exemplo, durante a gestão nossa, criaram o primeiro curso de pós-graduação de saúde coletiva do Estado do Amazonas, em Manaus. Para criar teve que juntas a Fiocruz e a Federal. E conseguiu finalizar, mas eu tive que ir lá negociar com o presidente da CAPES porque eles criam com nota 3. Nota 3 não tem bolsa, não tem dinheiro para pagar professor convidado e não dá para criar sem alguém das ciências sociais daqui, sem alguém da epidemiologia lá de Pelotas que a gente tinha uma pessoa interessada em passar 15 dias por mês, uma semana por mês. Tem que pagar. Viagem, estadia, passagem, diária. Aí eu fui lá a CAPES e conseguimos, aprovaram o curso com nota 3, mas com 16 bolsas para alunos e dois professores convidados. Que deveria ser. Porque a política deles é darwinista. Fortalecer os fortes, os aptos, segundo o critério deles e destruir, desconstruir os não ou aptos. Mas aí a gente conseguiu, porque é uma das mudanças que a gente está defendendo que a avaliação não tira o caráter de política pública, ou seja, se precisa de pós-graduação de saúde coletiva no Amazonas, no Mato-Grosso, a gente tem que dar apoio durante algum tempo. Não pode ter nota 3, não tem bolsa. Não, preciso de bolsa. Tem que ter.

TF: A gente CAPES?

GW: A gente MEC, a gente política. E eles fazem ao contrário. Meritocracia, competitividade e sai matando. Então eu acho que tem muita coisa interessante. O grupo de saúde coletiva de São Luís é muito legal, lá do Amazonas.

TF: Quem você indicaria para a gente conversar desses pólos menos influentes?

GW: Nomes que entrou na chapa agora, do Amazonas chama Luiza Garnelo, ela é das ciências sociais.

TF: Ela é de lá?

GW: Ela é de lá, professora lá da Federal e da Fiocruz e entrou na nova diretoria como vice-diretora e vai ficar regional lá. Ela é uma pessoa interessante. Em São Luís, me faltou o nome das duas pessoas. Um homem e uma mulher que eu queria falar para vocês. Me esqueci [...] eu ando com muita gente, falo com muita gente, mas eu me lembro.

TF: No interior? Centro-oeste? Se tiver alguém, que também lhe faltou o nome agora.

GW: Você quer dos antigos ou dos novos?

TF: Das duas fases.

GW: Das duas fases.

TF: Porque os antigos participaram da criação,

GW: É participaram do processo de criação.

TF: Estavam no processo de de criação.

GW: Entrou na diretoria agora dos novos, chama Maria Ribeiro. Está na nova diretoria, é da Universidade Federal de Cuiabá. Não é Campo Grande é Cuiabá, tem um antigo, da época do Nelsão [Nelson Rodrigues dos Santos], do Sérgio Arouca que é o, é uma figura, tem livro publicado, [...] me desculpa eu estou meio cansado [...] não estou lembrando. [vozes sobrepostas] Tem um monte de artigos, livros. Foi Secretário Estadual, Secretário Municipal. É desse povo da política que é complicado. Tem um nó na saúde coletiva, assim, o que é a saúde coletiva fora da academia. Campo de conhecimento, eu acho que é amplo, as fronteiras são indefinidas. **TF:** Ainda no campo do conhecimento, é uma definição assim clássica. Saberes e práticas. Toda definição que aparece de saúde coletiva, a discussão que aparece: é um campo de saberes e práticas. Aí eu te pergunto o seguinte? É campo ou é área ou é a mesma coisa para você? É campo ou é área?

GW: Campo Bourdieu?

TF: Tanto pode ser Bourdieu como pode não ser.

GW: Pode ser a interdisciplinaridade geral? Pode ser o éter da interdisciplinaridade.

TF: Como você vê essa?

GW: Eu acho que nós somos as duas coisas. Um campo de conhecimento e uma área institucionalizada, está no CNPq, está na CAPES.

TF: O que você chama de área não entre a parte de conhecimento, você acha?

GW: Não, entra. Acho que a área é um pouquinho mais estruturada que o campo. Você pode ter um campo, sei lá, psicanálise é um campo pouco institucionalizado. Candomblé, as religiões afro-brasileiras, é um campo, mas tem pouca institucionalidade. A área da

Igreja Católica tem o papa, as paróquias, o campo do catolicismo. Enfim, sei lá. Eu tenho muita controvérsia sobre isso, mas o que eu ia dizer é que a nossa definição é sobre as práticas. Tem um curso de graduação de saúde coletiva agora que prática é singular, eu chamo de nuclear. O contrário de campo, você tem um núcleo, uma coisa focada, singularizada. Qual o nosso campo ou núcleo de práticas? O que faz alguém da saúde coletiva além de pesquisar, além de ensinar? Que se for para vida aí, trabalhar, porque estamos falando de graduação, não é só para fazer pós, é um curso de graduação, é profissionalizante, não é só bacharelado. Como é que faz? Em alguns países, a saúde pública, onde não evoluiu, onde não incorporou as ciências sociais e humanas é a mesma coisa que no Brasil, chama vigilância-saúde. A vigilância-saúde é a saúde pública tradicional. Você pega a saúde pública tradicional antes da saúde coletiva, o que que fazia? Controle de epidemias, controle de medicamentos, de ambiente, vacina, ações territoriais, ações populacionais.

TF: Mas não tem a vigilância em saúde dentro da saúde coletiva? Você vê assim? Não existe essa área?

GW: O povo lá, o Jairnilson [Paim], o pessoal do ISC, dizia o seguinte: a nova forma de se fazer atendimento é a vigilância-saúde. Mas isso pegou lá e eles até pararam de usar, eu acho. O pessoal chama cuidado, clínica ampliada, atenção integral, mudou. Eles queriam criar dar um novo nome para a prática que incluísse a determinação social. Mas não é isso a vigilância saúde. A vigilância institucionalizada, que tem a Secretaria de Vigilância e Saúde no Ministério, tem a ANVISA. A ANVISA faz vigilância sanitária. A Secretaria de Vigilância cuida de AIDS, dengue, fumo, tabaco, promoção à saúde bláblá... que era a saúde pública tradicional. E que é a saúde pública tradicional onde ela continua positivista, na Alemanha, por exemplo. O que é saúde pública lá? Vigilância, saúde *stricto sensu*. Vigilância epidemiológica, sanitária, do trabalho, ambiental. Saúde pública assim.

TF: E na França, Espanha, como estão essas áreas lá?

GW: A Espanha, a saúde pública lá estava muito ligada ao Sistema Nacional Espanhol, sistema [...]

TF: De serviços?

GW: De serviço, SNE (Serviço Nacional Espanhol). É o SUS deles. Então a saúde pública ficou muito ligada, então tem tudo isso que eu estou falando que tem no nosso aqui. Ela não é só vigilância. Estuda a atenção primária, estuda a educação e saúde, determinação

social, AIDS. Então eu acho que a Espanha está muito próxima da gente, Portugal também.

TF: França?

GW: A saúde pública institucional oficial é quadrada. Mas se você for para a Universidade não é. É cruzado com filosofia, ciências sociais. Tem uma produção que é muito separada da prática, da política, sabe? A distância. Eu lembro daquela conferência, eu não estava, mas na época eu li, que o Foucault deu aqui na Uerj, quando ele descobriu que a gente lutava pelo direito universal à saúde. Ele falou: vocês estão loucos? Controle social e higienização sobre vocês? Na época a gente discutiu isso um tempão. Ninguém entendia. Mas o que esse homem está falando? Eles já tinham lá quase universalizada e esse bando de “medicção”, medicalizando eles e internando sem precisar. Mas tem o acesso universal. Eles tem que reformar isso. E perceber que aqui a gente não tem. Se você tem uma apendicite você vai morrer de nó na tripa naquela época, 70% das pessoas ia morrer de abdômen agudo. Tinha cobertura de vacina de 30%. O povo morria de poliomielite. Então, ele estava numa outra fase de já pensar os efeitos danosos da expansão do sistema, dos serviços de saúde. Então, eu acho que na França eles continuam separados, o pensamento crítico sanitário continua muito separado da prática sanitária. Em Portugal, na Espanha e no Brasil isso está mais misturado, para o bem e para o mal. Saúde coletiva é muito metida no SUS.

TF: O menino que forma, um jovem que vem e faz um curso de pós-graduação, uma especialização, um mestrado e volta para o serviço. Como que ele faz essa tradução? Porque ele volta para o serviço e o serviço dele chama saúde pública, mas ele aprendeu aqui que ele ia fazer saúde coletiva.

GW: No Brasil nada chama saúde pública. Só os médicos que chamam o SUS de saúde pública. É porque ele vai trabalhar na atenção primária, vai trabalhar na vigilância em saúde, vai trabalhar na área de saúde pública, ainda chama, do hospital que é controle de infecção, planejamento. Eles vão trabalhar nisso. Isso agravou muito porque quando é pós-graduando vai fazer pesquisa, vai estudar. Isso agravou muito porque a gente criou, pela ordem: residência médica em saúde coletiva, antes era em medicina preventiva depois saúde coletiva. Depois residência multiprofissional e são milhares de pessoas que fazem residência multiprofissional em saúde coletiva. Depois a gente criou o curso de graduação em saúde coletiva. Então são muitos profissionais.

TF: Multiprofissional em saúde coletiva não é um pleonasma? Já que a saúde coletiva pressupõe ser multi?

GW: É um pleonasma. É que sempre que eu começo.

TF: Eu não estou corrigindo você não. Só estou querendo entender.

GW: É, só tinha médico. Mas enfim, tem que ser multiprofissional. Mas é porque tem uma legislação que é o seguinte: residência médica tem que ser separada da multiprofissional porque senão eles não dão o título. Então se você cria uma residência multiprofissional, se você tem médico, tem que ter o credenciamento para médicos e para as outras profissões, chama multiprofissional, a residência. O mestrado não. E a gente criou o mestrado profissional, que é para quem está trabalhando. Que também são 38, não, mais 40 e tantos mestrados profissionais. Tem um bando de aluno por ano. Nós estamos formando em saúde coletiva, em epidemiologia, vigilância, muito aplicado. O mestrado profissional é mais aplicado ao serviço.

OS: Quando você citou os cursos de graduação, só uma dúvida. Você identificou algum tipo de tensão para criação desses cursos de graduação? Uma discussão? Uma resistência para a criação? Por que eu lembro que a gente fez a entrevista com o Medronho, José Medronho lá da UFRJ e ele disse que teve umas discussões em relação a criação ou não dos cursos de graduação.

TF: Graduação em saúde coletiva.

GW: Teve tensão, muita tensão. Um porque é novo, porque tensionou interesses do povo que já tinha mestrado, residência multiprofissional e ficaram com medo de com a criação do curso de graduação dizer que só vai ser sanitarista quem tiver o curso de graduação. Então alguns sociólogos, pedagogos, estatísticos que fez saúde coletiva, não vai ser sanitarista não. Ficamos com esse medo, então foi essa tensão. E a outra é a competição entre as profissões. Se não tem saúde coletiva, a enfermeira faz, alguns médicos fazem. Então teve essa tensão. A profissão de sanitarista por causa do curso de graduação ainda está sendo definida para várias formas de acesso, para evitar o corporativismo. Já foi, passou no Ministério do Trabalho. Acho que são cinco: uma é a graduação em saúde coletiva, a outra são as residências de saúde coletiva, o mestrado profissional em saúde coletiva, o mestrado acadêmico, doutorado, especialização em saúde coletiva e o quinto é a experiência na área e especialização por 3 ou 5 anos, sei lá.

TF: Sai como sanitarista?

GW: Você pode requerer o título.

TF: Esse conjunto é sanitaria?

GW: Você pode entrar no concurso para sanitaria para o Ministério, para Campinas, para o hospital tal.

TF: Esse profissional de graduação em saúde coletiva, já entra como sanitaria se ele for fazer concurso.

GW: Ele pode fazer concurso. Agora se ele tem graduação e ou tem residência, eu tenho mais currículo do que ele. Da mesma forma, o outro não fez graduação, fez a graduação em qualquer coisa, mas fez o mestrado profissional ele pode fazer. Então a profissão está sendo definida dessa forma, ou seja, é uma profissão que tem uma graduação, mas tem várias entradas. É como o jornalismo, a gente se mirou no jornalismo. Inclusive a experiência. Se você comprova que está trabalhando na atenção primária há três anos, com educação e saúde há 3 anos, vai lá pega a declaração e pode fazer o concurso. Para evitar um fechamento, burocratização. Mas é polêmico. Por isso que eu falei: O que faz um sanitaria? Trabalha em que?

TF: É. E aí, hoje em dia, com o mestrado profissional, eles saem e as secretarias já absorvem como gestores. Ainda tem essa história. A residência multiprofissional da ENSP, por exemplo, permite ou já sai, não sei como é o negócio, permite que eles sejam absorvidos pelas secretarias como gestores.

GW: O mestrado profissional deles tem dois campos de habilidades. E aí é campo mesmo, grandão. Um é gestor, avaliação, planejamento, gestão.

TF: Direção de posto?

GW: Isso, direção, serviço. E o outro é as vigilâncias que eu estou falando. No território, fazer vigilância, ocupacional, fábrica, trabalhar no NASF apoiando as equipes de saúde da família, educação, intervenção institucional na escola. Essa coisa empregativista mesmo da promoção à saúde. Tem esses dois grandes campos. Em tese a saúde coletiva é as duas coisas. O curso de graduação deveria ser generalista, então tem que ensinar as duas coisas. Você não deveria ter um curso de graduação só, ou só da residência, também tinha que ser generalista. As pessoas tinham que sair sanitarias. Podem trabalhar no hospital, na atenção primária, na vigilância, na gestão, de assessoria. Em São Paulo, teve uma época, quando eu terminei a residência, que para ser gestor na secretaria estadual, tinha que ser

sanitarista, só podia ser, primeiro médico, depois multiprofissional. Aí derrubaram isso logo em seguida. Não precisa. É importante ter um assessor de saúde pública, mas você pode ser enfermeiro, pode ser médico. Eu acho, não tem sentido. Na França, por exemplo, na área da saúde, eles têm uma carreira de gestor em saúde. Você tem que fazer o curso de gestão, administração, política em saúde para ser chefe de hospital. Se você não tem, mesmo que tenha uma grande experiência, não pode ser. Na Espanha eles valorizam a experiência e criam a assessoria desse povo. Eles valorizam a profissionalização, não necessariamente como chefe, mas como alguém que vai participando planejamento, da avaliação. Eu sou mais esse modelo espanhol. É a cara do Brasil. Eu sou mais por aí.

TF: Eu queria que você falasse sobre o seguinte, e essa ABRASCO enorme? Como você está vendo? O que ela vai, qual a sua expectativa que ela suscite? Por que cada ABRASCO, de certa forma, tem um projeto político por trás, dentro dela?

GW: Então, eu na diretoria, o pessoal, o movimento que eu participei, a gente precisa representar essa diversidade. Representar é uma palavra fraca. Tem alguma coisa mais aí. Tem que encarnar essa diversidade e permitir a vocalização dessa diversidade. É o que a gente estava falando antes de estimular o contraditório, o diferente, a discussão e ir encontrando soluções situacionais para a criação da profissão, para a regulamentação dos cursos, da pós-graduação. Acho que esse é o futuro da ABRASCO. Acho que esse é um desafio, a gente tem um desafio para fora com a sociedade, tem gente que resume em conflito de interesses, mas que é o seguinte, saúde coletiva tem uma pegada anti-mercado, a essência. Eu não acredito em essência, mas digamos assim. O que constrói a identidade da saúde coletiva é a defesa das necessidades sociais das pessoas, das necessidades de saúde. Nosso compromisso radical-ético, se o do clínico é com o paciente, o nosso é com esses problemas de saúde coletivos, com as necessidades de saúde. E um dos grandes produtores de problemas é o mercado. Veneno, indústria farmacêutica, consumismo, indústria química, a gestão urbana, a especulação imobiliária, o crime, se você colocar o crime no mercado, acho que é uma espécie de mercado, o narcotráfico, o crime empresarial. Como é que a gente mantém a autonomia disso? E aí a saúde coletiva fala pouco em prática. As práticas da saúde coletiva são através de um palavrão feio, chama Estado, no mundo inteiro. Não precisa ser administração direta, burocrática, clientelista, que a gente fala em Estado no Brasil pensa em patrimonialismo. Mas é público, é um sistema público. Se você pega o sistema inglês, quando eu vejo mais o modelo de gestão, eu acho mais parecido com as universidades brasileiras, é público, mas não é do governo, do poder executivo. Tem uma autonomia grande, sabe. Acho que no Brasil, a Fiocruz é a que mais conseguiu

fazer isso, do SUS inteiro. Por isso que tem essa sobrevivência republicana aqui. Tem pouco partidarismo. Os cargos não são do partido tal ou do outro, pouca corrupção, mas a maior parte do SUS por onde a saúde pública se pratica, está muito fragmentada, prefeiturizada, as “OS”s. A gente tem um problema muito grande como derrota de 7x1 da saúde pública brasileira é a república, é SUS, é coletiva, é tudo. Eu estou brincando. [risos] Com as arboviroses, dengue, zika, febre amarela, é 7x1 contra nós. E um bando de sanitaristas dizendo que está tudo bem. Não diz. Não falam nada. Não problematiza. Está mal. A gente tem condição de controlar isso, de erradicar, só que tem que mudar a cidade.

TF: Tem que mudar.

GW: Tem que mudar a cidade. Além de não ter vacina para a maioria. Mas tem que mudar muita coisa da cidade, é isso. Simples. E aí parece como impossível. A natureza diz que esse mosquito é inatacável. Eu falo que ele foi promovido a condição de mosquito resiliente, o aedes aegypti. Resiliente, aguenta tudo, não morre, super mosquito. [risos] Não queremos veneno. Não é para jogar veneno. Uma que não adianta e outra que prejudica o ser humano. O que a gente faz com a cidade para não ser cidade de mosquito. Então, eu acho que outra dificuldade que a gente tem que ver é essa coisa do conflito de interesse que depende de articular epidemia com ciências sociais, com política, com conflitos de interesses, modelos de gestão. A saúde coletiva tem que ser pública, mas não governamental que é um desafio. Como é que a gente consegue ter um sistema público com grau de autonomia maior do poder executivo, mas com o controle da sociedade sobre aquilo para não virar uma aberração. Que mais que eu acho da ABRASCO? Acho que é isso. Acho que os desafios são esses.

TF: E tem muita nessa mostra. Quantas pessoas são?

GW: Associados?

TF: Não, nesse congresso agora?

GW: Sete mil. Seis mil, é sete mil inscritos já, confirmados.

TF: E apresentação de trabalhos? Quase todos?

GW: Cinco mil, não. Vieram oito mil trabalhos, quase 2.800 foram reprovados. Está uma confusão, uma brigaiada. Alguns injustos, não sei o que. Imagina um monte de parecerista. 1.000 e dois meses, três meses para fazer isso, pouco tempo. Trabalho voluntário.

TF: Muito trabalho de secretarias? Como você vê isso?

GW: Muito, nossa!

TF: Na ABRASCO.

GW: Secretarias como?

TF: De saúde.

GW: Ah, os gestores?

TF: É, gestores.

GW: Participaram mais. Por exemplo, o Ministério da Saúde deu um jeito de marcar o Congresso Nacional das Secretarias Municipais de Saúde na mesma semana da ABRASCO. Era três semanas depois. Ministro da Saúde mudou, e falou que só pagava se fizesse na mesma semana. Vai ocorrer na semana que vem. Nós vamos perder a participação de muitos gestores, mas tem uma relação grande entre a ABRASCO e gestores. Na minha avaliação até excessiva durante algum tempo. A ABRASCO ficou com pouca autonomia na gestão do Luís Eugênio [Portela] e essa que eu estou como presidente, um dos esforços nossos foi para a ABRASCO ter menos o rabo preso com o governo, com os governo: Lula, Dilma, Fernando Henrique, Crivella, como em geral. A gente tem autonomia para pensar a febre amarela, para pensar, para falar. Isso ficou muito preso aos gestores. Muito chapa branca. Então esse esforço vem do Luiz Augusto [Facchini], do Luis Eugênio [Portela] que vinha tentando. Na minha gestão isso foi facilitado porque o governo federal virou nosso inimigo e vice-versa então não deve dinheiro, não deve mais nada. Não vão estar na abertura do congresso, não estiveram nos outros.

GW: Um devedor de mudança cultural. Não, depende. A gente está trabalhando isso. Está fazendo uma campanha porque o pessoal acha que tudo tem que ser gratuito, inclusive a associação. Não quer pagar. Brasil, é a cultura nossa. Para a gente ser autônomo tem que ter autonomia financeira. A gente não é adolescente, não vivemos de mesada. Se você fica recebendo dinheiro do governo, você tem que prestar conta ao governo.

TF: Tem que fazer o que ele quer.

GW: Se a principal fonte de financiamento da ABRASCO é o governo federal, é

Ministério a gente está perdido. A não ser que ganha edital, aí não. Porque ai é igual pesquisador, eles abrem editais, a gente vai lá e ganha. Mas ficar sendo completamente financiado, eles montam os textos das mesas, priorizam os temas, nós vamos ficando [...] Faz um monte de bobagem e a gente não pode falar nada porque o sanitarista que está lá é amigo de não sei quem. Então essa promiscuidade governo x ABRASCO, a gente está fazendo uma campanha que passa pelo dinheiro. Esse congresso é o primeiro que 2/3 do financiamento são dos associados. Eu estou falando da cultura. Quanto mais famoso é o abrasquiano, mas indignado ele fica de pagar a inscrição no congresso. Eles querem isenção. Eu estou falando sério. – Mas eu pagar? Eu tenho vinte e seis anos de ABRASCO. A gente fala: por isso você mesmo você tem que pagar.

TF: Tinha que pagar em dobro.

GW: Mas tem, tem um nome. A anuidade solidária, mais duzentos reais por ano. Duzentos reais por ano, paga. Se não nós não vamos para frente. Eu discuti isso com os alunos. Eles falaram: ah, é elitista. Pô, são cinquenta reais a anuidade de vocês por ano. Tem que pagar, meu. Como nós vamos viver? Temos duas revistas. Não queremos cobrar para propor artigo. O governo não dá dinheiro mais. Como vai manter as revistas? Sem a saúde coletiva e a epidemiologia. Somos nós que pagamos, gente. Não vende a revista, é de graça. O acesso é gratuito, a publicação é gratuita. Vai viver de quê? O governo não paga, se paga interfere. Quando não gosta, não paga e fecha a revista. Se é nossa, vamos fazer justo. Vamos dar transparência, não vamos gastar dinheiro que não tem. Não tem mordomia. Não tem carro para ninguém. Todo mundo vem de ônibus, vai embora de ônibus. Então tem esse esforço também da gente ter um movimento social com autonomia do mercado, do governo. Político, com autonomia em relação aos partidos, mas político, mas politizado. Não posso puxar para o partido, para esse ou aquele. Porque essa relação com o governo tem um pouco a relação com o partido.

TF: É partidária.

GW: É legítimo ter partido, faz parte do regime democrático, só que a gente se policia, os diretores, os coordenadores para fazer as coisas mais coletivas. Porque é uma “polemiquinha” ou outra. Então eu acho que esses os desafios.

TF: Deixa eu fazer a última pergunta, lá no início, a palavra, o termo saúde coletiva em geral é colocada no colo do [Sérgio] Arouca e da [Ana] Canesqui, vamos dizer assim, eles foram os inventores dessa [...]

OS: [Cecília] Da Donnangelo.

TF: [Cecília] Da Donnangelo, desculpa.

GW: Ah, da [Cecília] Donnangelo.

TF: Não foi [Ana] Canesqui não. Que eles foram os inventores dessa terminologia. Você concorda com isso? Discorda disso?

GW: Eu não estava, eu não sei.

TF: Eu sei que você não estava, mas você já ouviu falar.

GW: Eu acho que uma coisa que vai influenciando a outra. A música que é do [John] Lennon, do [Paul] McCartney que é da época, que sabe assim. Eu acho que essas pessoas todas tiveram um papel importante. A Cecília [Donnangelo].

TF: Não é nem a criação da área ou do campo, mas a criação do termo.

GW: Um texto fundador que é da primeira revista de ciência e saúde coletiva que na época nem chamava assim, é da Cecília Donnangelo. Ela tem um texto que ela chama, faz um levantamento dos trabalhos do campo que ela chamou de saúde coletiva. Ela nem sabia que esse nome ia pegar. Ela é socióloga, eles viviam todos juntos. Se encontravam na reunião da ABRASCO tinham trinta pessoas, cinquenta.

TF: Você então pactua dessa [...]

GW: Eu acho que é um trabalho coletivo e algumas pessoas devem ter tido mais influência que outras. Tem uma história sim que era para enganar a ditadura, que não podia chamar isso, porque tinha uma sanção à saúde coletiva, aí chamava de saúde coletiva. Acho que quer diminuir, um pouco a construção do contexto. Isso pode ter sido usado, isso ajuda a gente. Mas as pessoas queriam encontrar uma identidade nova. Porque nós queríamos mudar? A saúde pública tradicional brasileira era muito conservadora, ligada aos milicos, fascista, racista. Saúde pública teve o Oswaldo Cruz, teve o Emílio Ribas agora, mas nos anos 70, 60 e 50 é muito reacionária, dedo duro, entregava a gente. Era muito ruim. Então assim, porque a Inglaterra não precisou mudar de nome? Porque não, porque foram mudando de forma mais interativa, tinham orgulho do que faziam, tinham o EHS já antes. Por que o Canadá mudou? Não sei, não sou de lá. Mas lá eles também passaram a se chamar de promoção, romperam com o nome antigo. Eu acho que esses folclores é meio que tentar diminuir o esforço de construção do novo, muito grande. Eu acho que não foi uma pessoa

só, foram buscando uma coisa e queimou a saúde pública porque pela história da saúde pública brasileira. Queimou o comunitária por causa do norte-americanismo. Porque tudo era anti norte-americano, menos na música e na calça Lee. E no cinema. [risos] No resto não queria saber dos EUA. Então não podia ser saúde comunitária, não podia ser saúde pública, então os sociólogos, o povo mais marxista inventou.

TF: Então, eu acho que foi ótimo.

GW: Foi bom.