

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CASA DE OSWALDO CRUZ**

Everardo Duarte Nunes
(Entrevista)

Ficha Técnica

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

Entrevistada – Everardo Duarte Nunes (EN)

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

Data – 16/08/2018

Local – Unicamp (SP)

Duração – 2h23min

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

NUNES, Everardo Duarte. *Everardo Duarte Nunes. Entrevista de história oral concedida ao projeto Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Saúde Pública - História e Memória*, 2018. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2023. 36p.

Projeto: História da Saúde Coletiva no Brasil

Entrevistado: Everardo Duarte Nunes

Data: 16 de agosto de 2018

Local: Faculdade de Ciências Médicas/Departamento de Saúde Coletiva (FCM/DSC/Unicamp) – São Paulo

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

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

TF: Entrevista para o Projeto de História da Saúde Coletiva no Brasil com o Professor Everardo Nunes em Campinas, na Unicamp. Entrevistado por Tania Fernandes e Otto Santos no dia 16 de agosto de 2018 para a Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

Bem, Everardo, antes eu gostaria extremamente de agradecer a tua disponibilidade, nós acompanhamos aqui a sua produção maravilhosa que nos serviu de balizamento e de levantamento de questões e reflexões, então nós viemos aqui lhe visitar tentando atualizar essa reflexão, na realidade nossa perspectiva é atualizar as reflexões que você traz, não informações necessariamente, mas atualizar as reflexões que você constantemente, imagino eu, já lhe conhecendo pela sua produção, que deve estar sempre bastante efervescente, a sua memória sobre o seu trabalho, o que lhe cerca, sobre o espaço em que você tá ocupando. Então eu queria que a gente começasse pensando um pouco [...] existem várias, eu já vi pelos textos, várias justificativas para lá o período de criação da saúde coletiva. Eu queria que você dissesse aqui pra gente, pra onde a gente tá gravando, como é que você vê esse momento de criação e depois a gente vai avançando na consolidação dessa área.

EN: Primeiramente, eu gostaria de agradecer a vocês, à Casa de Oswaldo Cruz esse convite, é muito honroso falar sobre esse tema, há muitas pessoas capacitadas a refletir sobre a saúde coletiva, realmente é um campo que suscita muitas reflexões e questionamentos. Provavelmente, eu diria, trata-se de um campo que desde a sua institucionalização, ou dizendo melhor, a sua oficialização, tem se constituído num campo que apresenta uma abrangência e desdobramentos talvez não pensados lá nas suas origens, mas em realidade é um campo, relativamente, em termos de dimensão histórica, um campo relativamente novo do conhecimento e das práticas, mas que suscita continuamente um repensar sobre ele próprio. Isso provavelmente, penso eu, deva-se à sua própria

constituição de ser muito mais do que um campo científico com uma definição clara de um paradigma científico, ‘kuhniano’ de ciência normal, para um espaço no qual muitos conhecimentos convergem, mas convergem muitos atores e muitas instituições. Isso dá ao campo uma leitura um tanto diferente daquelas leituras que se fazem sobre campos científicos propriamente ditos, vamos pensar, teoricamente calcados em Pierre Bourdieu, de preferência, mas que em algumas leituras até mais recentes, ultrapassam, ou não chegaram ainda a esse, ultrapassam eu acho que não é bem a palavra, esse [...] vamos usar campo entre aspas, esse campo da saúde coletiva, ainda não estaria totalmente constituído. A sua referência seria como um espaço social, e também é uma ideia bourdiana. De outro lado existem alguns trabalhos recentes, como o trabalho feito por uma socióloga australiana chamada Fran Collyer, que trabalha com a ideia de disciplinas, mas não disciplina no sentido categórico, disciplina para ela é um campo aberto, onde há uma convergência também, de instituições, de autores e de conhecimento. Até nesse sentido eu chamaria saúde coletiva como disciplina, mas não caracterizando a disciplina como classicamente

TF: Escolástica.

EN: Se diz, na dimensão curricular, aquilo que se coloca num currículo é uma disciplina. A saúde coletiva está nos currículos como disciplina. Ela hoje tem cursos de graduação, portanto, se ela não tiver um corte de disciplina, ela não existiria, então não seria nem errado denominá-la disciplina nesse sentido, mas abrindo esse leque de possibilidades e uma disciplina, vamos dizer assim, em progresso, em desenvolvimento. Isto me parece um ponto de partida importante para se pensar a saúde coletiva na atualidade, com esses inúmeros desdobramentos que ela vem sofrendo, inúmeros trabalhos que eu escrevi há algum tempo, eu me vi frente à essa questão. Mas afinal, ela consta nos currículos de pós-graduação, então se ela consta, o que consta dentro dos currículos de pós-graduação, que são denominados saúde coletiva nas três dimensões que ela classicamente assumiu, que são a epidemiologia, as ciências sociais em saúde e o planejamento, gestão e administração em saúde como tripé da saúde coletiva classicamente definida são essas três. Mas quando fomos pesquisar, eu digo fomos porque essa pesquisa foi junto com alunos de pós-graduação que eu fiz, está publicada na Ciência e Saúde Coletiva. Quando nós nos deparamos com o número na pós-graduação, mestrado e doutorado, de um número que se elevava a mais de mil disciplinas, mil setecentas e vinte e uma ou vinte e duas, agora eu não sei, acho que são vinte e uma. Incluindo nesse campo discussão sobre tese, obviamente, práticas pedagógicas, porque tudo está lá no currículo, então são disciplinas que estão sendo ensinadas no campo da saúde coletiva na pós-graduação. Frente a essa imensidão

de disciplinas, nós agrupamos as disciplinas e eu denominei, criei uma nomenclatura, eu chamei campo disciplinar para poder juntar diferentes denominações que tinham muitas aproximações, ou seja, isso pertence ao campo disciplinar da epidemiologia, isso pertence ao campo disciplinar das ciências sociais, mas, essa estrutura. O artigo está publicado, mas eu não tenho ele aqui pra ver a listagem toda, mas foi uma forma de você conseguir dar uma configuração ao campo. De outra forma seria impossível. Há tempos atrás, essa não era a primeira pesquisa que eu realizava sobre as disciplinas da saúde coletiva na pós-graduação, o primeiro trabalho foi feito na época que trabalhava junto com a gente na pós, na diretoria da pós, o Péricles, o Peco, e nós fizemos juntos um trabalho de levantar esses conteúdos disciplinares. A metodologia foi diferente, mas dá pra perceber um pouco no artigo, como foi que transitou essa questão, mais ainda, como ela se ampliou de uma maneira enorme, com o passar do tempo. Então esta é uma ideia. Eu acho que ao falar dessa maneira, a gente traz para o interior dessa primeira análise uma questão que também não é estranha ao campo maior da sociologia que é a fragmentação, a diversidade de campos no campo maior da matriz sociologia para depois convertê-la até em sociologia da saúde, a gente percebe que esse campo também se fragmentou bastante. Nos congressos internacionais de sociologia hoje, a diversidade do [...] acho que no último congresso da ISA, a International Sociological Association, havia de cinquenta e quatro a cinquenta e sete diferentes áreas do conhecimento, todas elas no Congresso Internacional de Sociologia. Então essa diversidade parece ser uma característica do próprio conhecimento. O conhecimento moderno não, como foi discutido longamente no passado, não forma uma ciência única. Essa ideia, em qualquer campo, parece-me que cada vez mais fica fora de contexto, porque o contexto é de serem campos multidisciplinares, não são monoparadigmáticos, mas podem desenvolver diferentes paradigmas, que poderia parecer um contrassenso porque um novo paradigma só aparece quando o antigo paradigma foi superado, mas usando aqui muito mais a ideia do Kuhn de matriz paradigmática, eu acho que ela é a que tem mais a ver com uma análise da saúde coletiva.

TF: E você acha, vou até [...] é uma pergunta que eu ia fazer no final mas você me suscitou uma série de questões. Você acha que o desenho que a CAPES e o CNPq fazem hoje, ele se afina com essa lógica sua tão hiper dimensionada? Na hora que o CNPq, por exemplo, coloca, diferente daquilo que a gente em geral coloca que é dividir a saúde coletiva em epidemiologia, gestão e planejamento e ciências sociais, na realidade ela coloca dividida em epidemiologia, saúde pública e medicina preventiva. Como é que fica isso?

EN: Totalmente anacrônico. Essa ideia é totalmente anacrônica. E devo dizer que eu pertencia ao Comitê de Saúde Coletiva e Nutrição do CNPq, e por mais de uma vez a discussão de que essa divisão não correspondia mais a nada do que se fazia dentro do campo maior da denominada saúde coletiva, mas nunca se chegou a uma discussão, e só para desencadear um pouco, o mesmo fato do comitê juntar saúde coletiva e nutrição é também anacrônico do ponto de vista do conhecimento, considerando que ambos os campos já se institucionalizaram, pegue qualquer teoria de institucionalização ou as etapas da institucionalização como classicamente elas são colocadas, eles já superaram longamente essa institucionalização e continuamos tendo um , saúde coletiva e nutrição de um lado, e de outro temos essa divisão interna para saúde coletiva onde se tornaram muito difícil às vezes as pessoas se situarem. Eu sempre me perguntava onde que eu estou aqui. Não sou da epidemiologia, saúde pública e o outro [...]

TF: Medicina Preventiva

EN: Medicina preventiva. Quando nós mesmos, eu e várias outras, várias pessoas já vínhamos discutindo essa etapa como, em termos de etapa, de uma trajetória de um campo maior, superada. E nós ainda utilizando formalmente e tendo que nos incluirmos dentro de uma delas quando pedíamos qualquer bolsa, auxílio, para essas financiadoras de projetos.

TF: Então isso dificulta inclusive a nossa análise via essas, esses instrumentos de localização dos projetos. Como é que você vê então esse exercício que ao longo do tempo, por conta da CAPES e CNPq terem criado uma saúde coletiva com este perfil, como é que essas outras unidades do Brasil, das universidades, estão fazendo esse exercício? Vocês estão discutindo isso? Porque você mesmo falou: “Eu tenho dificuldade de me localizar aqui dentro”. Essa discussão está acontecendo com os outros centros de pesquisa? Você tá localizando isso, você tem visto isso acontecer?

EN: Olha, eu não tenho visto, mas até onde eu tenho percebido, essa discussão não é feita porque ela vinha sendo feita e nunca redundou em mudanças. Então o que eu acho que, a preocupação maior tem sido, vamos dizer, dos cursos de mestrado e doutorado em saúde coletiva, é o aspecto da avaliação dos cursos dentro da normatização dada pela CAPES e que vai dar a graduação do curso, de três a sete. Então essa é, parece-me que as pessoas, os comitês e os fóruns não se preocupam mais com essa distinção, eles estão preocupados com analisar o que está acontecendo no seu local de trabalho. Então se o curso tem produção suficiente em periódicos de referência maior, A1, A2, vai chegando B1, B2 ou

se tem corpo docente adequado, enfim, eles criaram vários critérios para avaliar os cursos, então essa preocupação, que é uma preocupação que se no fundo tem algum caráter qualitativo, ela no fundo é extremamente quantitativa, nada contra uma avaliação quantitativa, porque isso vai ajudar inclusive, mas eu acho que a comparação, ela assume aspectos que podem levar a minimizar certas produções de maior relevância frente à sua mera quantificação. Então me parece que essa preocupação que você perguntou Tania, sobre a questão se essa discussão está sendo feita, eu realmente não conheço profundamente se alguém tem se preocupado, mas me parece que não.

TF: Mas quando vocês conversam com outros centros, imagino que você tenha esse contato, essa conversa acontece? Quer dizer, é uma preocupação que está nas pessoas? Ou fica, como você acabou de dizer, que tem uma preocupação muito, vou lá, qual é a minha nota? Como é que eu me coloco?

OS: Se encaixando na avaliação da CAPES.

TF: Como é que sou reconhecido, me coloco naquela caixinha e estou ali quietinho no meu canto.

EN: Eu acho que é essa ideia que você desenvolveu é a que prevalece na discussão. Quando eu participo de algumas discussões, não tenho participado de discussões fora do curso do qual eu faço parte que é aqui o curso de pós-graduação de saúde coletiva da Unicamp. A discussão tem sido muito mais sobre a questão da avaliação, não se discutindo tanto o projeto da saúde coletiva. Esta é uma questão preocupante até, porque parece-me também que esse desenvolvimento, ele vai acontecendo na medida em que vão se incorporando novos atores, novas instituições, temas de pesquisa, formas de orientar mestrados e doutorados, a criação de um mestrado profissionalizante na área, a criação de uma graduação em saúde coletiva que estaria formando o bacharelado da saúde coletiva, depois iria para os níveis superiores. Então essa me parece ser a formalização mais presente.

TF: Avancei um pouco na história, mas eu queria voltar lá no ponto inicial. Quando se criou esse campo, e depois teve todo um processo de generalização que você escreve muito bem nesse seu último texto que está escrito em espanhol, quando se criou lá, como é que você viu essa criação? Você estava por perto desse movimento, ainda jovem, então há quarenta anos atrás, a saúde coletiva já tem quarenta anos, mas você estava lá por perto, no contexto, reforma sanitária e tal. Como é que, qual foi o *insight* que esse nome saúde coletiva substituiu medicina preventiva, ou saúde pública, ou dialogasse. Como é

que você vê isso? Diálogo, substituição, de onde saiu esse [...] de onde nasceu essa ideia? Tem várias versões.

[risos]

EN: Eu vou fazer uma afirmação categórica inicial mas depois a gente pode ir desconstruindo. Eu poderia dizer que foi uma questão de um nome, foi dar uma denominação.

TF: Para?

EN: Para o que estava em determinado momento sendo proposto como campo de investigação. A FINEP, por exemplo, usa a palavra saúde coletiva porque ela ia financiar uma série de projetos que diferiam dos projetos que normalmente eram solicitados pela área da saúde. Então que nome esse conjunto pode receber? Saúde Coletiva.

TF: Você acha que a FINEP teve papel importante nessa [...]

EN: Segundo constam algumas notícias históricas sobre isso. Vamos pensar também que no bojo da saúde coletiva, também não foi só o nome, obviamente seria um exagero dizer. Alguns dizem até que ela é uma criação brasileira. Eu acredito que a denominação é muito nossa, tanto assim que ela até hoje é traduzida como “public health”. Eu já uso “collective health”, que vai ser utilizada no próximo trabalho que está sendo escrito, substituindo essa tradução oficial de saúde pública, porque pode, o significado não é este para nós, e mesmo para quem lê. O anglo saxão que for ler um trabalho da saúde coletiva, há necessidade de você decodificar essa ideia porque senão vai ser entendida como saúde pública.

OS: Na CAPES aparece saúde pública, nos cursos, nos programas.

EN: Então essa é uma questão que não é só linguística, obviamente, ela é de conteúdos, e por ser de conteúdos, é que a sua explicitação muitas vezes torna-se necessária. Eu acho que sem querer chegar a origens muito remotas, isso eu até denominei um trabalho, com a saúde coletiva, como um tema recente, mas de origens remotas, o nome não é exatamente esse mas a ideia era essa, porque realmente a ideia de trabalhar as questões da sociedade, as questões de saúde relacionadas com as questões do meio social, das questões que são produzidas pelos homens quando eles se associam, não era recente, ela vinha de um passado mais distante, então para nós provavelmente a ideia mais próxima tenha sido mesmo [...] para nós que eu digo do campo geral da saúde coletiva, a ideia

desenvolvida nos períodos mais revolucionários da Europa na metade do séc. XIX, as revoluções de 1848, que trouxe uma leitura das epidemias por [Rudolf] Virchow diferentes talvez das reformas propostas por Jules Guérin na França, que trabalha com o nome medicina social, mas muito mais caracteristicamente relacionados ao campo médico de atividades da saúde visando as reformas sociais, as reformas sociais tinham que estar associadas também às questões da saúde. É muito interessante porque relendo recentemente o historiador [Henry] Sigerist nós podemos dizer que Sigerist estão contidas muitas ideias que ele escreveu por volta da década de quarenta, quando, sobre as questões que seriam retomadas muitos anos depois pela própria reforma sanitária brasileira incorporadas no grande campo da saúde coletiva, como o direito à saúde de todos, o dever do Estado, e essa é uma questão [...] que a saúde, mesmo a famosa definição de saúde da OMS de 48, que a saúde não é simplesmente a ausência de doença, mas um bem estar físico, mental e social, o Sigerist havia dito, com outras palavras, isto quatro anos antes em 1944. Então essas ideias, e quem mais nos aproximou talvez desse campo, foi o filósofo, historiador e pensador francês, Michel Foucault, amplamente conhecida a posição de Foucault em relação à medicina social européia numa série de conferências feitas no Rio de Janeiro

TF: Na UERJ.

EN: Na década de setenta, em setenta e quatro, onde ele trabalha esta ideia de que nas origens a gente não tinha uma única versão da medicina social, nós tínhamos três versões dependendo dos locais onde ela se havia desenvolvido, na França, chamada medicina urbana, na Inglaterra, medicina do trabalho ou do trabalhador, na Alemanha a polícia médica. Então essas ideias estão contidas, desenvolvidas e até retraduzidas dentro do campo da saúde coletiva. Não sei se cabe citar que entre as formas de entender a saúde coletiva, eu mesmo situei que ela podia ser entendida como uma construção histórico-filosófica porque trazia o novo conceito de saúde, mas também ela teria que ser entendida como, na sua dimensão teórica, ela iria construir um campo de aproximações com o conhecimento vindo de áreas diferentes das ciências naturais e da medicina até às ciências sociais, e ampliando as ciências humanas. Isso teria um momento de sistematização do conhecimento teórico. E uma terceira questão que seria a sua dimensão sócio-política, então as três dimensões, elas foram sendo paulatinamente desenvolvidas dando uma configuração ao campo em dimensões que não são, vamos dizer, encontradas em outras especializações do campo, mesmo do campo talvez da saúde, mais propriamente da medicina. Essas preocupações dessas dimensões são muito presentes no campo da saúde

coletiva, o que dá a ela a possibilidade de você vê-la a partir do que o sociólogo alemão Wolff Leibniz , chama de identidade histórica, identidade cognitiva e identidade social, então essas dimensões tratadas dessa maneira, e eu não estou tratando aqui hierarquicamente, não estou dizendo que o sócio-político deve vir primeiro ou último, que o mais importante é a dimensão filosófica da saúde coletiva, ou a sua dimensão cognitiva, que são citadas porque a gente tem que ter uma ordem de citação, mas elas [...] não é uma questão linear, mas é uma questão de complexidade que se estrutura ao longo das conjunturas pelas quais a saúde coletiva passou, e uma das conjunturas que mais trouxeram à tona a sua dimensão sócio-política foi a sua participação direta dos seus atores nos processos, no processo de redemocratização do Brasil, que não se pode esquecer que todo o seu desenvolvimento ocorre, seu desenvolvimento ocorre num período de intensa repressão, da ditadura nos seus momentos mais fortes, mais atuantes, e que ela participando desses processos, ela conseguiu trazer uma leitura para o campo com trabalhos, e isso não foi baseado simplesmente numa retórica, há trabalhos que foram escritos pelo CEBES, depois pela ABRASCO também, o CEBES é um pouco anterior à criação da ABRASCO, o CEBES é de 1976, a criação da ABRASCO é de 1979, então estão muito próximos, então as forças que se juntaram naquele momento que deram essa dimensão política à saúde coletiva. Pretendo dizer que era parte desse grande movimento. Eu quando analiso essa questão eu também procuro levantar que foi também um momento de, a partir de determinada fase, que as questões pedagógicas se tornaram importantes dentro do campo, então a questão das publicações, das revistas que fazem parte dessa, eu chamo dimensão social, para a gente poder identificar um pouco mais. A identidade social é dada pela sua participação, os movimentos políticos, mas também é dada pela divulgação desse conhecimento, pela publicação do que grupos de pesquisa estão fazendo, então os grupos de pesquisa, as publicações, também fazem coro com essa questão.

TF: E aí eu pergunto para você o seguinte, mas nessa ocasião lá do início da saúde coletiva, a reforma sanitária era o que estava marcando essa conjuntura. Qual é a diferença então [...] e a saúde pública estava sendo redimensionada, que se colocava dentro de um pacote que se chamava saúde pública. Como é que a saúde pública, a denominação de saúde pública não responderia, como que abarcando essa mudança, como uma saúde pública que estava sendo repensada, recolocada. Por que criar uma outra denominação para esse movimento? Como é que foi essa [...]

EN: Você não quer que eu veja minhas anotações, eu contaria para você toda evolução

que está aqui no trabalho. Se você pensar que os cursos de saúde pública datam de 1970 na Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, então na década de setenta já existia uma escola de saúde pública gabaritada para formar pessoas em diversas sub-áreas do conhecimento, epidemiologia, nutrição, uma disciplina que tinha muito lá que chamava de Práticas de Saúde, os primeiros antropólogos e sociólogos até, aparecem trabalhando na saúde pública, então [...] mas é interessante porque até onde eu tenho leitura desse momento da saúde pública o que havia de bastante, o que estava muito presente era uma saúde pública muito voltada a fazer diagnóstico da população, de serem trabalhos descritivos, de trabalhos dessa natureza. Então paulatinamente, com o ingresso de outros cursos de pós-graduação em outros locais, vai havendo uma diferenciação, de repente você vê que se cria 71, no Departamento de Medicina Preventiva da USP, um curso. Tem 73, Ribeirão Preto, em 74 você tem uma Universidade, você tem a criação de um curso de medicina social com esse nome na universidade na UERJ.

OS: UERJ, no IMS

EN: Então alguma coisa já estava sendo sentida que merecia alguma modificação no interior do que se pensava como campo de conhecimento, estratégias de intervenção, e outras leituras sendo feitas, e isso se deve a uma influência muito grande que teve na década de setenta, especialmente setenta e três, setenta e quatro, a partir de setenta, de um médico e sociólogo chamado Juan César García, que esteve no Brasil diversas vezes e influenciou muito toda a questão de [...] num momento denominava-se medicina social, e das ciências sociais em saúde. Só pra termos um pouco a cronologia, [Juan] García reuniu em Cuenca, Equador, em 1972, um grupo pequeno, eu estive nessa reunião de 72, para discutir as questões que permeavam o ensino das ciências sociais em saúde nos diversos cursos. Por que? Porque havia até aquele momento uma forte impregnação das ciências comportamentais, numa tradução literal de *behaviour science* no campo da saúde. E isso estava muito ligado a uma determinada corrente teórica, sociológica, funcionalismo parsoniano, muito criticado nesse momento porque dava uma visão estática da realidade, estava se colocando muito mais sobre o indivíduo do que sobre o coletivo, sobre o grupo, as suas ideias eram o *sick role*, o papel do doente. Então a crítica veio em 72, pode ser que ela tenha sido difusa, mas ela foi impregnando uma nova perspectiva teórica dentro do campo da saúde que seria o materialismo histórico, então a corrente marxista que a partir de 70 vai impregnar a saúde, e muitos trabalhos vão ser realizados dentro dessa vertente, eles são em resposta à não possibilidade de uma outra corrente dar conta da dimensão das transformações, das mudanças, das questões de classe social, de conflito, etc. Então isso

foi muito importante. O curso é criado no Rio de Janeiro, mas o curso também foi criado no México, em Xochimilco, cria-se um curso de medicina social, nível de mestrado, onde são formados os primeiros pensadores da nova corrente sul americana de medicina social como um, vamos dizer assim, um terreno muito fértil que se desdobraria e se conformaria posteriormente já no final da década de setenta, na saúde coletiva. Então esse [...]

TF: Então a matriz da saúde coletiva estaria muito dentro da medicina social?

EN: Muito dentro da medicina social.

TF: Não na saúde pública?

EN: Não na saúde pública.

TF: E aí vamos fazer essa diferenciação também, continua o teu raciocínio e depois a gente chega lá.

EN: Ótimo. A sua observação é muito bem feita porque ela traz essas questões da saúde pública, mas ela incorpora parte desse conhecimento, como ela incorporou a questão da prevenção, da promoção da saúde que já vinha do campo anterior, que vinha lá da década de cinquenta, em cinquenta e cinco, sobre o que era a chamada medicina preventiva e social, tanto assim que os departamentos tinham esse nome. Paulatinamente foram até modificando essa nomenclatura. Então essa ideia, por exemplo, um dos iluminatis que se tornaria da chamada epidemiologia crítica ou estrutural na América Latina, Jaime Breilh, ele fez o mestrado em Xochimilco, junto com Asa Cristina Laurell, no México, como outros que fizeram cursos e foram espalhando essas questões nos seus locais de trabalho, nas suas áreas mais próximas. É também muito interessante frisar, tudo é muito conhecido, mas faz parte desse momento, que no Brasil, essa corrente do materialismo histórico, vai ter também pessoas que se tornarão clássicos de referência para área da saúde coletiva. O Sérgio Arouca, que defendeu neste departamento que hoje se chama Departamento de Saúde Coletiva, mas que se chamava Departamento de Medicina Preventiva e Social, sua tese de doutorado escrita em 75, defendida em 76, onde ele faz uma análise crítica do que era os dilemas da medicina preventiva. Só para termos um pouco essa conexão. E como o [Sérgio] Arouca vai fazer na, como eu lembro no trabalho que eu escrevi sobre isso, ele junta dois transgressores para escrever o seu trabalho, um é o Louis Althusser, dentro do estruturalismo e da sua leitura de Marx e Michel Foucault, com a metodologia da arqueologia do saber. Então esse é um trabalho da década, da segunda metade dos anos setenta. Em setenta e cinco, conhecido de todos os trabalhos da Cecília Donnangelo,

“Medicina e Sociedade”, onde ela estuda a prática médica na cidade de São Paulo, entrevistando, aplicando questionários em cerca de seiscentos e sete médicos. Se houver necessidade depois a gente corrige esse número. Mas que eu me lembre é isso. Logo no ano seguinte o que ela escreve? Ela escreve “Saúde e Sociedade”. Os títulos já mostram onde estava, vamos dizer assim, uma sociologia na medicina e uma sociologia da medicina, porque ela amplia o campo, ela amplia, ela vai trabalhar com questões ligadas à medicina comunitária, que é a sua tese de livre docência. Então foi também uma época de alguma diversidade nas teses, para citar as questões locais. Neste departamento, as defesas que ocorreram em 76 abordaram diferentes temas. Não havia ainda um curso de pós-graduação *stricto sensu*. As pessoas podiam até fazer os seus mestrados em outras áreas, até defender doutorado em outros campos, mas a defesa foi feita na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP incorporaram, por exemplo, estudos sobre nutrição, não é nem nutrição, sobre alimentação. Ana Maria Canesqui defendeu a tese em 76 sobre comida de rico, comida de pobre, um estudo feito numa comunidade aqui da área. Eu fiz uma tese sobre a profissão médica, mas tomando o estudante de medicina como referência, a medicina como profissão, mas eu quis conhecer como os alunos, como os estudantes de medicina ingressavam, quais eram as transformações que ocorriam até o quinto ano de medicina, então dentro do campo da sociologia, da educação médica, foi essa tese. Joaquim [...]

TF: Cardoso de Melo?

EN: Joaquim Cardoso de Melo defendeu também aqui o doutorado sobre programas relacionados à educação e saúde. Quem mais? Mas as primeiras teses foi de, já faleceu, um sociólogo dessa casa, Reginaldo Zaccara de Campos, que fez um estudo sobre a questão das famílias em determinado bairro e como essas famílias viam toda a questão da reprodução. O Dr. Tobar também defende o doutorado neste departamento, lá com um chefe de departamento, um colombiano e a sua tese é estudo sobre o diagnóstico de saúde de uma comunidade na periferia de Campinas. Acho que tem mais alguém aqui que defendeu tese nessa época.

TF: Célia Leitão saiu daqui?

EN: A Célia. A Célia defende, mas a Célia fez o mestrado [...] ela era daqui, mas fez o seu mestrado no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, que é sobre um bairro, ela faz

um estudo antropológico de [...] clássico, porque ela vai residir no bairro, e ela escreve, chamava-se Jardim Londres, o bairro, e ela escreve sobre essa comunidade que estava se formando naquele momento. Enfim, a Anamaria Tambellini Arouca faz um estudo sobre os acidentes de trânsito. Eu só quis dizer sobre as teses porque mostra que na década de setenta, os enfoques as vezes diferentes teóricos, mas com uma diversidade muito grande de temas, isso que me chama a atenção. Eu fiz um estudo sobre teses, dissertações e teses em várias escolas, várias faculdades. Esse é um trabalho que está aí num dos arquivos que eu deixei com vocês, mas a questão foi levantar através dos escritores da BIREME como fazer uma classificação das teses defendidas lá na ENSP, defendidas na Faculdade de Saúde Pública, defendidas na Bahia, defendidas no Departamento de Medicina Preventiva da USP, preventiva de Ribeirão Preto, enfim, um estudo que pudesse dar também um panorama dessa diversidade que estava sendo encontrada entre os assuntos. Então me parece que, até onde eu possa analisar, uma rigidez inicial obrigatória de fazer estudo de determinada natureza ou até com determinadas orientações teóricas, sabe? Pode ter prevalecido durante algum tempo uma determinada corrente, como foi a questão do materialismo histórico, mas ao mesmo tempo você tem em 73, uma tese toda ela calcada no funcionalismo que foi defendida em Ribeirão Preto sobre a profissão da enfermagem, pela Célia Ferreira Santos, era a socióloga do departamento que fez essa tese. Então havia além de uma certa predominância, outros esquemas e outros [...]

TF: E isso tudo estava dentro do guarda-chuva da saúde coletiva? Voltando aquela pergunta minha da saúde coletiva e saúde pública.

EN: Pois é! Isso ainda, eu diria que não estava sob esse nome, eu acho que o nome era [...] não havia uma denominação, a mais próxima que eu vejo era Medicina Social, porque os trabalhos, eles foram desenvolvidos com muita proximidade dos departamentos onde aconteciam essas defesas, e eram todos departamentos médicos, entende? Mas ao contrário do que muitos podem imaginar, não havia na minha leitura, nenhuma assim, submissão a uma questão médica *stricto sensu*, entende? Senão ninguém teria feito teses com uma diversidade tão grande de temas como foi o caso da Faculdade de Ciências Médicas, na década de 70, quem escolhia o que queria estudar era o próprio autor, era o próprio pesquisador, não havia imposição nenhuma, havia uma escolhapessoal de temas ou de assuntos. É claro que em determinado momento em alguns departamentos, criaram-se até certas cisões, porque uma ênfase muito nopreventivismo, vamos chamar assim, e de uma corrente ainda muito fechada no modelo da história natural das doenças, do Leavell e Clark etc. E outra que vinha discutir essas verdades dadas pela, por essa corrente

biomédica, com essa impregnação forte, que seria a dos, a visão sócio-médica, vamos chamar assim, das ocorrências no campo geral da saúde. Isso foi favorecido pelo próprio trabalho de campo que se instaurou na graduação, eu estou falando um pouco da graduação, que também não tinha nome de saúde coletiva. Eu fui professor desde praticamente o primeiro curso e aqui o título sempre foi Ciências Sociais Aplicadas à Medicina. E o que era interessante, que na graduação, com toda essa carga que vinha, porque isso começa antes da década de setenta, isso começa em 65. Essa faculdade tinha dois anos de existência como instituição quando ela criou um departamento de medicina preventiva e social em 65, e fez uma coisa inovadora, contratou quem? Cientistas Sociais.

TF: E ela já abriu, apesar do nome, ela abriu para outras formações, digamos, nutrição, enfermagem, como foi essa [...]

EN: O plano do professor Zeferino Vaz era criar as três faculdades, por isso que ela se chamou Faculdade de Ciências Médicas. Três faculdades. Uma faculdade de medicina, uma faculdade de enfermagem e uma faculdade de saúde pública. Das três, a única que foi criada posteriormente, e não como faculdade, mas como departamento da faculdade de medicina, foi a enfermagem. A enfermagem começa aqui em 1978 como departamento, e depois ela se transforma em faculdade, e daí ela sai do campo da faculdade de Ciências Médicas. .

TF: Se pretendia como ciências médicas a princípio [vozes sobrepostas]

EN: Hoje ela é uma faculdade com autonomia.

TF: Muito mais pela medicina mesmo e na medida que esses cursos se consolidavam, eles saíam daqui?

EN: Saía, como foi o caso da farmácia, que era departamento, e depois passa a ser uma unidade. Como a [...] qual é a outra? Nutrição nós não temos, e a Faculdade de Odontologia sempre foi isolada porque ela é anterior à faculdade de medicina da Unicamp, e não se situa em Campinas, ela fica em Piracicaba, a FOP, Faculdade de Odontologia, que é da Unicamp, mas é anterior até a criação da própria Faculdade de Medicina. Atualmente só existem dois cursos, medicina e fonoaudiologia, e existe em discussão, a criação de uma faculdade de fisioterapia, certo? Mas desse momento inicial, que é da década de 65, é que se cria o primeiro núcleo de professores das diversas áreas, que iam constituir um departamento, e que é um departamento que apresentou a grande novidade, até antes da Universidade de São Paulo, porque na Universidade de São Paulo a presença de um

cientista social vem de 64 mas ele só vai entrar na atividade em 67, aqui é anterior. Eu entro para o grupo em sessenta e sete, mas eu peguei praticamente todas as turmas de medicina. A primeira turma estava no quarto ano, tinha entrado em 63, então eu peguei ainda a primeira turma. Então essa ideia de saúde, eu podia dizer que existia uma ideia, de trabalhar com a família, com o coletivo, eu mesmo fiz um trabalho que não foi publicado, em que eu propunha uma metodologia para o estudo das famílias, certo? Como o estudante do segundo ano, recém-chegado à escola médica e levado à campo poderia entrar em contato com famílias e fazer uma pequena investigação, e pra isso então instrumentalizei com questionários várias áreas que podiam ser [...]

TF: E isso aconteceu?

EN: Aconteceu. E aconteceu também um fato que foi muito interessante. Foi trabalhar com alunos que estavam ingressando e alunos que por estarem passando no departamento já tinham feito clínica médica, a clínica começava nessa ocasião no terceiro ano, então eles já tinham feito, eles já estavam no quarto ano de medicina, então o que fazia era juntar alunos recém chegados com alunos que já podiam fazer, porque um aluno do segundo ano não tinha condições de fazer nenhum diagnóstico médico, ele fazia diagnóstico social, que também não é fácil fazer. Eu não estou colocando secundariamente essa observação sociológica, mas ele não tinha condições de fazer uma anamnese, fazer um diagnóstico, fazer uma proposta de tratamento, então o aluno do quarto ano trabalhava junto. Isso foi uma bela experiência que foi desses anos iniciais. Então se existe alguma coisa que estava no fundo, era que se devia trabalhar com o social, aqui no departamento criou-se uma disciplina chamada medicina social, Sergio Arouca foi o primeiro professor dessa disciplina, que era ligada, aqui no departamento, à medicina clínica, porque embora fosse um departamento de medicina preventiva e social, pelas características de quem coordenava o departamento, um clínico muito competente, o professor Tobar, ele levava aos alunos para campo para fazerem clínica médica, e ao mesmo tempo havia toda uma outra discussão que era da medicina social. Às vezes essas questões podem não ter feito uma interdisciplinaridade tão ajustada, mas só pra dizer que se havia uma denominação que pairava sobre o campo das relações com a questão da saúde e sociedade, o nome, nesses momentos iniciais e até a década de setenta, não era saúde coletiva.

TF: Era medicina preventiva [...] alguns departamentos que nós analisamos, começamos a analisar, eles iniciaram com o nome de medicina preventiva e mais adiante adicionaram também a social, mas alguns... o da Bahia por exemplo, era medicina preventiva e depois passou a ser medicina preventiva e social, principalmente quando rompeu e formou a saúde coletiva. Vocês aqui eu não tô me recordando, se foi medicina preventiva e depois preventiva e social.

EN: Não, não.

TF: Já foi direto medicina preventiva e social?

EN: Desde o começo.

TF: Mas ainda existem outros departamentos chamados Departamento de Medicina Preventiva?

EN: Existe, o da USP chama-se até hoje Departamento de Medicina Preventiva. E o primeiro curso, vocês viram na Bahia, chamou-se Saúde Comunitária, o curso [...]

TF: O curso, mas o departamento era de medicina preventiva.

EN: O departamento era de medicina preventiva.

TF: Aí eu queria que você pegasse esse gancho da saúde comunitária. Eu ainda não tô completamente, plenamente finalizada com a questão da saúde pública.

EN: Não?

TF: Não, não. Com a questão da saúde pública. Por exemplo, a ENSP continua até hoje com o nome de saúde pública, e inicialmente, inclusive até alguns professores colocam a “barra”, como você viu lá, apresentando o trabalho na ABRASCO, você que apresentou o trabalho de Brasília, que era da Fiocruz, que também colocava saúde coletiva “barra” saúde pública, por esse nome, alguns professores nós entrevistamos, também colocavam essa “barra” entre saúde coletiva e saúde pública. Como é que você vê essa história lá na ENSP?

EN: Eu penso que [...]

TF: Não só do nome, mas do conteúdo.

EN: Eu acho que a Escola Nacional de Saúde Pública, a primeira tese que foi defendida lá, eu só estou pensando no doutorado, no doutorado, foi uma tese defendida na década

de oitenta, acho que foi em 87, portanto, o doutorado na escola de saúde pública é do final dos anos oitenta, o mestrado já existia, existia um mestrado anterior mas esse mestrado foi interrompido e depois foi recriado. [risos] Não vou dar as datas porque não me lembro, depois eu completo com as datas, mas eu acho que o que aconteceu foi que a diversidade e amplitude que a escola assumiu deu características a ela diferentes, entende? Eu mesmo, na década de noventa, fui chamado pra dar aulas na Escola Nacional de Saúde Pública, que me trouxe uma grande satisfação, sobre história e paradigmas da saúde coletiva. Foi um curso que eu dei por dois anos lá no curso de mestrado e doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública. Portanto, eu acho que dependeu muito do conjunto de professores e de perspectivas que eles trouxeram para o interior da escola, não terem se limitado, terem se ampliado, realmente é uma escola que tem características especiais em termos de estrutura departamental, a diversidade interna que ela tem de departamentos, não sei como está hoje, mas havia múltiplos departamentos, tanto assim que a gente chamava para o curso de história e paradigmas de saúde coletiva, diferentes professores da própria escola porque eles eram professores que estavam transitando pela epidemiologia mas uma epidemiologia que não era uma epidemiologia clássica.

TF: Você acha que eles, desde o início, trabalhavam com algo dentro dessa perspectiva da saúde coletiva? Como é que você vê essa história? Qual é a diferença?

EN: Eu acho que trabalhavam dentro de uma perspectiva ampliada, entende? Eu acho que eu iria por esse caminho.

TF: Mas você via diferença entre vocês aqui e a ENSP ou entre vocês e outros centros?

EN: Eu acho que a diferença que se instala é a diferença de você ser parte de um departamento e ser uma escola, e também a diferença de ser um instituto, essas são diferenças fundamentais. Por que? Porque no caso de um departamento, mesmo quando eu, só devo esclarecer, os cursos de pós-graduação na Unicamp, eles estão sediados em determinados departamentos, mas o curso é da faculdade, certo? A gente [...] claro que nós somos os mais competentes para fazermos seleção, para darmos o curso de saúde coletiva, mas o curso, ele está ligado à pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas, só para entender isso. Com toda a liberdade de ter o seu regulamento, de fazer a sua seleção autonomamente, com autonomia absoluta. Então o que eu penso é que existe uma diferença entre você estar dentro de um departamento, estar no que se chama uma faculdade ou uma escola, aí escola e faculdade pra mim tem o mesmo significado, e estar num instituto. O instituto é muito mais independente, tanto assim que os institutos se desligaram da

faculdade de medicina, os dois, o instituto da [...]

TF: Da UERJ, de Medicina Social.

EN: UERJ, que não foi criado dentro da preventiva, da faculdade de medicina, mas fora. O ISC, o ISC saiu do departamento e foi criado o seu núcleo próprio, não é? Então eles se capacitaram de outra forma, então a trajetória que eles oferecem são trajetórias diferentes, então eu acho que esta não é uma questão simplesmente de nomes ou ligação, ou instituição, mas cria diferentes formas de atuação, de disciplinarização, de possibilidades de recursos e financiamentos nacionais e internacionais [...]

TF: Para fora por exemplo das próprias pós-graduações, que poderiam ser similares, digamos assim.

EN: Sim, poderiam ser.

TF: Estaria pra fora da pós-graduação. Os cursos de pós-graduação, não sei, vê se eu tô alinhada aí com seu raciocínio? Os cursos de pós-graduação seriam similares. No teu departamento, no ISC, no IMS, na ENSP, esses cursos seriam iguais e o que está, digamos, fazendo o patamar desses cursos é que daria a diferenciação institucional.

EN: Daria uma diferenciação. A possibilidade de maior desenvolvimento circunscrito a departamentos é menor, a meu ver, do que se você estiver num instituto, você tem muito mais autonomia, você tem mais possibilidades, você não está nem dentro, vamos dizer, de uma programação de pós-graduação de uma instituição próxima à sua. Você cria a sua. Eu acho que isso é uma realidade que nas análises às vezes isso não aparece, eu acho que nem nas avaliações da CAPES isso é levado em consideração, acho não, não é levado em consideração, e também não é a consideração de ser um curso só de epidemiologia ou ser um curso que se chama de saúde coletiva e ter as três áreas dentro dele. São coisas diferentes. São dimensões diferentes, estruturas diferentes e que levam a composições de conhecimentos, de interrelações e diálogos, suponho, diferentes, não é?

TF: Nessa tua avaliação, houve algum movimento, aqui no departamento, de transformação do departamento em instituto alguma hora? Aconteceu essa discussão?

EN: Não me lembro, mas não me ocorre. Não. Nunca tivemos essa perspectiva.

TF: Agora me fale um pouquinho sobre medicina comunitária, que você na realidade começou lá em Paulínia, fora antes seu trabalho com trabalho, com camponeses e tal, depois você veio para [...] Quando você chegou na saúde, você trabalhou em Paulínia e

tinha essa perspectiva de medicina comunitária. Fala um pouco sobre isso e sobre o que estava sustentando essa medicina comunitária, essa relação com os Estados Unidos e tal.

EN: Essa é uma ideia da medicina comunitária que não é originária brasileira. Ela é, como você acabou de dizer, vinda dos Estados Unidos, ela vem de décadas anteriores a 1960, na década de quarenta já se falava em estudos comunitários. Existem uns trabalhos muito bem feitos lá na Casa de Oswaldo Cruz, pelos pesquisadores, que levantaram essa questão dos estudos comunitários, não vou me deter neles, mas a ideia era muito interessante porque supunha-se que até um pesquisador, um professor do departamento de medicina preventiva tivesse alguma experiência, os pesquisadores que estou dizendo são cientistas sociais, tivessem alguma experiência em trabalho de campo com comunidade. Eu propriamente tinha tido experiências anteriores em estudos de comunidades, então quando eu venho pro departamento, eu venho muito com a perspectiva que eu tinha um instrumental suficiente para trabalhar na área da saúde em comunidades urbanas, tanto que eram comunidades urbanas, eu havia trabalhado em comunidades rurais, eu fui do serviço social rural, eu fui sociólogo do serviço social rural, que era o órgão do Ministério da Agricultura. E posteriormente transformou. Acabou o Serviço Social Rural quando foi transformado em Superintendência da Política de Reforma Agrária. Eu continuei. Eu continuei porque eu tinha feito trabalhos em comunidade e eu fui fazer trabalho de sindicalização rural. Então meu percurso como pesquisador vinha de uma trajetória de campo no interior do Estado de São Paulo, tanto no estudo de comunidades rurais, como de sindicalização rural. Depois eu fui chamado pra trabalhar no escritório central em São Paulo. Mas depois tem o golpe de sessenta e quatro. Então era muito comum que por uma trajetória histórica das antigas reformas dos cursos médicos que datam de cinquenta, cinquenta e cinco, da década de cinquenta, inclusive o reitor desta universidade participou de um desses grandes seminários de reforma médica que trouxe para o interior da escola médica a perspectiva da medicina preventiva e social. Isso é da década de cinquenta. Então isso impregnou a questão do ensino médico a partir da criação das escolas de medicina e algumas que já haviam sido criadas. O programa mais antigo de medicina preventiva é o de Ribeirão Preto, é de 1954, se eu não me engano. Então a ideia era essa, de trabalhar comunidades urbanas. Não sei se há necessidade de desenvolver mais como era esse trabalho, mas era este [...]

TF: Mas com essa orientação americana da medicina comunitária, não era isso? Ou não era isso?

EN: Olha! Havia, porque a tradição também da questão da medicina comunitária, passava muito pela ideia que era desenvolvida pelo serviço social, o serviço social tinha disciplinas diretamente ligadas ao que se chamava desenvolvimento e organização de comunidades. Eu fui professor do Serviço Social da PUC-Campinas de metodologia de pesquisa, então a parte de metodologia de pesquisa que eu dava era para pesquisar comunidades. Então, antes de ir pra faculdade de medicina. Então essa ideia de que os alunos tinham que entrar em contato com a realidade e até aprender com as ideias, coisas como impregnação, uma coisa meio estranha, porque o processo era mais complexo, de você interiorizar as questões da sociabilidade e trabalhar com os diferentes. Isso é muito mais da atualidade, parece, do que nessa época, da década de sessenta, setenta. Mas acontece que de uma certa forma, eu falo muito em relação ao programa que eu vivenciei, os programas de medicina comunitária dados pelos departamentos, eles foram se exaurindo, e dependiam muito da colaboração dos outros departamentos, dependia da pediatria, dependia da ginecologia, dependia da clínica, e nem sempre você na escola médica contava com esses departamentos, ou você, como nós, quase que criou uma escola própria, porque ele tinha que dar a clínica, tinha que fazer razão social, atenção de enfermagem, tinha que fazer de tudo, porque os outros departamentos que deveriam estar nesse projeto inicial junto a uma comunidade urbana, eles tiveram alguma ação, mas foi se desgastando e se chegou a um ponto de se repensar a questão de como trabalhar com outras unidades mas dentro de uma perspectiva da comunidade. Foi daí que se criou um programa ligado ao município. A estrutura [...] você sai [...] para explicar melhor, você sai do campo específico do departamento sediado numa escola médica dentro da cidade de Campinas e estende isso para um outro município que foi escolhido, porque quis aderir a um projeto, que foi Paulínia. Então aí começa uma outra perspectiva, se quisermos chamar tudo isso de medicina comunitária, mas já era uma outra perspectiva. Você vai trabalhar com as estruturas de assistência médica instaladas naquele espaço, centro médico, postos médicos que estão espalhados pelo município.

TF: Isso teria dado origem para saúde da família? Você acha isso? Tem essa vinculação?

EN: Olha, a questão da saúde da família, para o nosso departamento, ela era antiga, vamos dizer. Existia o que se chamava aqui internamente de clínica da família, então já existia uma raiz, mas isso eu acho que foi local. Então a ideia de que a estrutura, essa relação é muito pequena, vamos dizer assim, ela não dá extensão a você conhecer o sistema de [...] o sistema municipal de saúde, então, como foi nesse município, foi nele que se instalou até 1972, o Projeto Paulínia. Hoje é interessante, esse departamento mantém uma estrutura de relações com a municipalidade e com a maioria dos centros de saúde do

município, então esta é em realidade como a gente trabalha, da cidade de Campinas e com todo os seu centros e periferias. Eu não sei se eu respondi à questão?

TF: Respondeu, respondeu, respondeu. Deixa eu te perguntar outra coisa. Existe uma definição assim meio clássica de saúde coletiva vinculando serviços e práticas, ao mesmo tempo que se coloca muito uma definição para saúde pública que seria a saúde pública mais vinculada a serviços e a [...] são coisas que a gente ouve falar e que está escrito em textos avaliados. Só queria a sua opinião sobre isso. E alguns dizem “Não, a saúde coletiva é mais teórica”, e a saúde pública seria mais voltada para os serviços e, portanto, para o Estado. Essas informações que circulam e obviamente que você tem acesso. E essa definição mais clássica da saúde coletiva dizendo que ela é uma área de conhecimento de práticas e serviços. Como você vê essas aplicações aí, essas definições que pairam no ar, e essa separação ainda da saúde pública para saúde coletiva no sentido da saúde pública olhar para o Estado, ou seja, uma representante do Estado, e a saúde coletiva algo mais teórico. Você concorda, pactua com isso?

EN: Eu acho que tem uma certa verdade essa questão. Eu estou pensando que a [...] eu sempre penso muito em termos de formação. Quando você imagina que também na saúde coletiva, você tem um campo que é um campo muito mais de aplicação do que teórico, que é a gestão de serviços e administração de serviços, e ela ao longo desse percurso, ela tem feito isso de maneira, eu diria, até onde eu conheço o campo, com bastante consistência. Então ela tem formado para um campo prático, então eu disse, até certo ponto é verdadeira a questão da saúde pública, ela realmente visa o que? Visa aquilo que a saúde coletiva não tem condições de operacionalizar, obviamente. Ela pode trabalhar com as questões ambientais, mas a quem cabe o saneamento? É o Estado.

TF: Sim, mas aí seria, por exemplo, a saúde coletiva um braço da academia, mas como que as reflexões da academia vão se articular com as políticas públicas? Como é que faz isso? É só pelo nome?

EN: Não, eu não acho que é só pelo nome não. Eu estou pensando que muitas das pessoas que passaram pelos cursos de pós-graduação onde existe uma área de formação e planejamento e gestão de serviços, eles saíram formados com essas características e foram trabalhar dentro da estrutura do Estado.

TF: Mas e as reflexões teóricas que eles obtiveram a partir, no que estavam fazendo esses cursos de mestrado, ou de especialização. No mestrado de saúde pública por

exemplo a gente tinha essa formação que abarcava esses campos todos, passava pelas três áreas, ciências sociais, epidemiologia e planejamento, na década de setenta, que agora chama-se gestão, quer dizer, as três áreas elas estavam ali na formação de todo alunado, depois ele optava pela sua especialização nas três áreas, então ele saía dali levando as reflexões que estavam na saúde coletiva também.

EN: Claro.

TF: E aí como a gente faz essa separação? Eu não consigo entender.

EN: Eu acho que ela fica uma separação às vezes pelo nome, porque, da onde [...] eu estou pensando que além do nome existem áreas que são específicas para o Estado ter a sua responsabilidade, ele pode até ter técnicos.

TF: Mas a gente fala de informação. [vozes sobrepostas] Quando fala informação.

EN: Técnicos e profissionais formados nisso, mas aí compete a ele fazer isso, então compete à academia não se desvincular dessas questões que estão sendo postas, eu acho que nunca houve tanta integração entre as questões discutidas mais teoricamente e os problemas levantados pelo Sistema Único de Saúde no Brasil como na atualidade, e isso é feito numa interface onde quem está discutindo são pessoas, ou estão ainda na academia até como professores, ou não estão na academia, mas estão nos serviços públicos.

TF: Sim, mas uma boa parte dessas pessoas que estão no serviço público, uma boa parte, trabalhando com, digamos, saúde pública, passaram pelos cursos e obtiveram essas reflexões teóricas

EN: Sim.

TF: Que foram balizar então uma aplicabilidade dentro do serviço. Você concorda com isso?

EN: Concordo com isso e concordo que isso não é uma característica dentro daquela divisão que nós pensamos, departamentos, faculdades, escolas e institutos. Ela perpassa possivelmente, com diferentes graus de aprofundamento, por essas questões de buscar que esse conhecimento se aplique. Eu acho que aí realmente houve, não uma homogeneização de nomes, mas as ideias estão passando por todos, por todos esses cursos, existe uma [...] é horizontal isso. O aprofundamento maior ou menor, vai depender de você ter determinados professores ou determinadas escolas de pensamento, por exemplo, a Escola Nacional de Saúde Pública, a ENSP, ela sempre teve uma discussão e planejamento teórica

hard, com pessoas altamente competentes fazendo essa discussão, nem por isso as pessoas formadas nessas dimensões teóricas deixaram de, provavelmente, terem saído e tentado [...]

TF: E saíram sem essa reflexão teórica.

EN: Como?

TF: E saíram de lá sem essa reflexão teórica, sobre saúde coletiva ou sobre saúde pública, ou sobre ciências sociais, digamos assim.

EN: Ou com essas reflexões.

TF: Não, eu estou dizendo isso, com essas reflexões [vozes sobrepostas]

EN: Porque essas pessoas também vieram de uma formação que trazia uma coisa muito mais de generalista, vamos dizer, porque essa questão de, vamos dizer, de parcialização muito do conhecimento que pode estar ocorrendo nas temáticas escolhidas, etc, ela vem de uma geração que era muito mais generalista em termos de formação. Tenta-se resolver um pouco essa questão internamente, vou esclarecer um pouco, vamos dizer, nós por exemplo temos um curso de pós-graduação por três áreas de concentração, mas para você, você ingressa numa determinada área com determinado orientador, mas esse, todos alunos passarão obrigatoriamente por disciplinas das três áreas, existem disciplinas obrigatórias para as três áreas, por isso que eu [...] esse programa que vocês levam desse semestre, como estão as disciplinas que são dadas. Então isso me parece [...]

TF: É a mesma lógica da escola de saúde pública.

EN: Exatamente. Eu acho que isto favorece você não ter uma formação só dentro de uma determinada, de um determinado campo. Mesmo os cursos de epidemiologia, que só tem epidemiologia, eles também tem, não conheço agora, no momento eu não tenho aqui, uma estrutura curricular que passa por áreas que não são especificamente da epidemiologia, mas por outras áreas do conhecimento, então fica uma formação fragilizada em aspectos sociais, em aspectos de gestão, e que são necessários à formação. Não sei se eu respondi a sua questão.

TF: É uma questão que é uma questão.

EN: É. Mas eu acho que ela está posta né?

TF: Deixa eu te perguntar outra coisa. A graduação em saúde coletiva, que foi criada não tem dez anos, a partir de dois mil e oito se não me falha. Que foi o primeiro curso de graduação. Como é que você vê esse curso de graduação? Quer dizer, na área que até agora era uma área, até aquele momento, uma área mais vinculada com uma especialização, depois de uma faculdade. Aí tem uma proposta de graduação. Como é que está essa discussão? Você acompanhou?

EN: Nós não temos graduação, propriamente aqui, em saúde coletiva.

TF: Já existem algumas faculdades que já tem, a Bahia já tem.

EN: Tem várias, muitas, são [...] eram trinta e um cursos.

TF: Trinta e um cursos. Isso mesmo.

EN: Minha memória está...

OS: Está ótima.

TF: A gente falou isso lá, naquela apresentação.

EN: Eu acho que foi importante, porque sem essa formação inicial, se torna muito difícil você incorporar tardiamente esse mundo que nós estamos discutindo da saúde coletiva, por exemplo, se você pegar um estudante para o mestrado que venha de uma área, mesmosendo da saúde, mas que teve pouquíssima discussão sobre saúde coletiva, você vai ter que sempre chamar a atenção dele: “Olha! Você está entrando num mestrado em saúde coletiva. Você não está entrando em mestrado da sua área de formação, não é proibido entrar, você pode se candidatar, mas você vai ter que...” Entende? Não perder a sua identidade, mas ir criando uma outra identidade com [...]

TF: Profissional.

EM: Profissional. Isso porque os cursos se tornaram abertos a todas as, são multiprofissionais. Não existe nenhum curso no Brasil mais, na área de saúde coletiva, que não seja multiprofissional. Então eu recebo alunos que tem formação em fisioterapia, em educação física, em [...]

TF: Farmácia, nutrição, biologia...

EN: Várias, história em sociologia mesmo...

TF: Direito.

EN: Tem, no momento eu tenho um formado em educação física, um fisioterapeuta, um formado em história. Enfim, essa formação tão diversificada, eu acho que, se a gente tem um curso de graduação, você resolve, resolve estou exagerando, mas você já situa previamente e possivelmente no futuro, quando ele já estiver no nível de especialização, de pós-graduação, etc, será mais fácil essa [...] a linguagem, e você já recebe alguém que veio se preparando pra isso. Tanto assim que muitas vezes, quando a gente recebe alguns estudantes, que a gente vê o perfil do estudante, você aconselha, estão muitos jovens ainda, estão entrando muito jovens agora na [...] Porque foi feito uma pesquisa sobre os egressos, nós fizemos uma pesquisa sobre os egressos, e eu cito no meu trabalho. A ideia então de que a graduação pode favorecer essa trajetória de quem vai fazer saúde coletiva. O que eu estava dizendo que a gente às vezes quando vê o perfil do aluno, e percebe que ele vem de uma área totalmente diferente, e que nunca teve esse contato para prestar um mestrado em saúde coletiva, eu aconselho a fazer um ano de aprimoramento. Então a gente tem aqui na faculdade um aprimoramento de largo espectro porque envolve praticamente todas, hoje, quase todas as áreas dos dezessete departamentos da Faculdade de Ciências Médicas, para formar esses aprimorandos, que seriam residentes, seria a avaliação da residência médica, ser aprimorando. E nós temos pessoas que passaram peloaprimoramento, foram fazer o mestrado, foram pro doutorado. Fizeram, e às vezes fazem essa trajetória, pode parecer um pouco lisogenia, mas com o mesmo orientador, mas isso facilita porque já vem dentro de uma estrutura de temas que esse orientador está estudando, então isso eu acho que é altamente positivo. Eu não tenho uma avaliação maisrecente dos cursos, eu andei lendo sobre a questão da graduação em saúde coletiva.

TF: Vocês não têm perspectivas de implantar isso aqui?

EN: Não ouvi essa proposta, porque seria criar um curso de graduação, como criar dentro, vamos supor, hipoteticamente, as ciências médicas resolva, ela vai criar um departamento, daí ela teria que criar um departamento, aliás, ela já tem um departamento de saúde coletiva, então não precisaria criar, ela poderia criar um curso de graduação dentro do departamento. Isso eu acho que nos dias atuais é muito difícil, dados os recursos, recursos financeiros, recursos humanos, etc. Mas parece que os cursos que existem estão se saindo [...]

TF: Estão crescendo.

EN: Crescendo, aumentando, saindo bem.

TF: Outra questão. Com relação à internacionalização. Esse seu último texto é um texto em espanhol onde você dialoga com a América Latina. Como é que ficou essa questão com a saúde coletiva? No início da nossa conversa a gente estava falando, lembro que você chamou a atenção, que a tradução pra saúde coletiva, entre aspas, seria a saúde pública, a “public health”. E como é que está essa conversa para fora do Brasil, como você vê? Será que saúde coletiva em termos conceituais, a base dela, ela tá existindo em outros lugares com nome de saúde pública, ou é outra forma de ensinar e de pesquisar esse tema? Como é que é isso?

EN: Olha! Na América do Sul, na América Latina de um modo geral, já existem algumas tentativas de saúde coletiva. A Argentina por exemplo tem caminhado muito nesse sentido, tanto assim que além de cursos, e ela tem levado para os cursos brasileiros de vários departamentos e de várias faculdades, eu acho que o que eu conheço mais de perto, é o país que mais tem empreendido em “salud colectiva”, inclusive com uma revista própria de saúde coletiva, com artigos e com uma reflexão teórica aplicada, ela tem feito um percurso muito bem elaborado. Um dos divulgadores e uma das pessoas que tem projetado essa questão na Argentina, é o Hugo Spinelli que fez o doutorado aqui conosco, ele fez o doutorado aqui com o professor Gastão [Wagner].

TF: Aí o fato dele ter feito o doutorado aqui você acha que ele ajuda essa [...]

EN: Essa relação se tornou muito próxima. A não ser por uma, também, uma relação que é pessoal, mas que isso vai marcar, o professor Gastão [Wagner] é casado com uma argentina que é deste departamento, que é a professora Rosana [Onocko]?, e que tem uma relação grande com a cidade de Rosário, onde também sempre houve um grupo muito forte relacionado às questões de saúde, na linha da saúde, da medicina social, da saúde coletiva.

TF: Isso iria conversar lá com a saúde pública, com a medicina social, com que área que a saúde coletiva vai dialogar? Ou substituir, não sei, em Argentina?

EN: Essa pergunta eu não saberia responder, mas eu acho que ela, pelo que eu vejo nos trabalhos, ela se constitui como uma área com uma certa autonomia, entende? Agora, de um modo geral, a ideia que perpassa na América Latina na atualidade, é de não deixar de lado a expressão medicina social porque ela ficou consagrada, mas em realidade eles incorporam nessa dimensão, não o aspecto só médico, mas tem incorporado as questões da saúde, então assim que hoje é comum usarem “barra” saúde. Um dos textos que eu passei pra você é da Ana Lucia Casallas Murillo, ela é minha orientando, e ela fez um trabalho, ela é minha orientanda, falei para vocês, no Equador, e ela tem um trabalho que ela fez,

muito grande e deve ser consultado, porque é uma pesquisa extensa sobre o que ela chama de “Medicina Social/Saúde Coletiva na América Latina: uma questão contra hegemônica”, em que ela vai discutir esses aspectos, então você vê que existe essa, vamos dizer assim, expansão. Continuam tendo uma associação própria, Associação Latino Americana de Medicinas Social, ALAMES, mas que tem vínculos muito estreitos com o Brasil, com a ABRASCO, com o CEBES, então eu acho que pelo menos em termos de América Latina, nós estamos aqui incluindo México até o Caribe, sempre houve uma relação muito estreita da medicina social latino americana com Cuba, então essas relações foram se estabelecendo, foram sendo recriadas, repensadas, através mesmo desses congressos, dessas oportunidades de encontros que foram feitos ao longo dessa década, a partir até mesmo da influência que vinha lá da década de setenta, foi a própria Organização Pan Americana de Saúde promovendo e participando dos congressos, da ALAMES e da ABRASCO.

TF: Minha pergunta tem relação com a Europa por exemplo. Eu vou dar só um exemplo para você ver qual a preocupação. Ano passado eu fui a um congresso em Salamanca e que, onde havia, era um congresso de Ciências Sociais, e que havia, um dos simpósios falava em saúde comunitária, em saúde coletiva. Aí fiquei muito curiosa e na ementa percebi que o que eles estavam falando de saúde coletiva na verdade era uma saúde da comunidade, usando esse termo, usando esse termo saúde coletiva. Aí eu apresentei meu trabalho e o interessante é que a coordenadora do simpósio, não vou lembrar o nome, a coordenadora do simpósio ficou muito curiosa de saber o que que era isso que o Brasil estava chamando de saúde coletiva. Então só chamando a atenção dessa relação para fora do Brasil, como é que ela se estabelece ou não se estabelece, se existem algumas frentes aí, minha pergunta vai, saindo da América Latina, se na Europa existe alguma conversa, talvez Portugal, não sei, você sabe dessas possibilidades de troca?

EN: Olha! Eu acho que o que tem havido com Portugal é uma questão mais específica em termos do campo da sociologia em saúde, porque tem algumas pessoas que foram nessa direção, então não é em relação à saúde coletiva.

TF: Mas ao conteúdo?

EN: É mais direcionada, então há pessoas, a gente pode citar nomes, então é o mesmo caso da Espanha, na Espanha também, por tradição mais antiga, eles tem pessoas que vinham se dedicando à sociologia no campo da saúde, interessante, com formação nos

Estados Unidos porque também não tinham cursos específicos de Ciências Sociais aplicadas à saúde, entende? Os Estados Unidos criaram essa área na década de cinquenta, da sociologia médica, e que se expandiu por todo o país. A Inglaterra tem também uma tradição desde a década de sessenta, de setenta, a França, também na década de setenta, há nomes assim consagrados nesse campo, não é? Existem publicações, hoje já, com o nome, *sociologie de la santé*, por exemplo, na França, existe pessoas que se dedicam a isso, Claudine Herzlich Na Inglaterra até então, muitas pessoas, eu nem vou citar nomes, mas pessoas que, no campo da sociologia da saúde, com um desenvolvimento muito acentuado. Como eu disse os Estados Unidos é o primeiro nessa construção. Existem diferenças desse campo entre os países, entre Estados Unidos, Inglaterra e França, onde também tem se desenvolvido, mas não em termos assim de saúde coletiva, mas *Health Sociology* é Austrália, a Austrália tem se tornado um campo de muita curtição, muito interessante, com gente [...] Eu tenho lido autores australianos na área de Sociologia da Saúde que estão dando uma conotação muito importante. Eu acho que saiu publicado, acho não, saiu publicado lá pela revista de Manguinhos, uma resenha que eu fiz de um livro de uma autora australiana sobre o campo, entende? Porque ela lá também já conseguiram institucionalizar esse campo mas a partir da sociologia e não a partir da saúde, entende? Então são questões que também podem dar características de estarsituado no campo *hard*, e situado mais na periferia, vamos chamar [...] eles têm feito a partir mesmo da sociologia. Então a produção que eles têm tido, histórica, teórica, de buscar os aspectos teóricos da sociologia da saúde tem sido bastante presente e intenso. Eles têm uma publicação específica já sobre esse campo.

TF: Por falar nisso, na palavra campo, você desde o início está usando, no início você falou a palavra campo, aspirou, fez uma referência a Bourdieu, eu queria que você trabalhasse um pouco isso, todas as áreas, campo, é campo com aspas, é campo Bourdieu.

EN: Eu acho que quando a gente fala em área, a gente fala como as instituições caracterizam, então, CNPq, FINEP, CAPES, etc, e outras fundações, pode falar em área. Uma área, porque daí não tem muita, vamos dizer assim, teorização sobre isso. Quando você fala em campo realmente você está tentando utilizá-lo, e acho que no Brasil foi uma constante essa utilização, a ideia do Pierre Bourdieu, e que vem, ele especificamente não estudou esse campo da saúde, ele estudou outros campos, estudou até o esporte, estudou arte, estudou o campo científico etc, como esse lócus onde as questões se levantam, são debatidas e vão se estruturando, dão conformação a um determinado saber, eu acho que

aí seria mesmo essa ideia de campo.

TF: Então seria campo enquanto saber?

EN: É, enquanto saber e o campo que entra em confronto, em luta, segundo Bourdieu, até que ele consegue se posicionar, não é isso?

TF: Você acha que a saúde coletiva se posicionou, já conseguiu alcançar essa [...]

EN: Segundo a Ligia Vieira da Silva não. Eu estou citando porque o trabalho, ela estudou Bourdieu na França, ela tem uma trajetória de trabalhar com esse conceito, portanto, ela, segundo esses últimos trabalhos que eu li, ela prefere um termo que dê margem a integrar, a colocar pessoas, atores, conhecimento, ainda em construção.

TF: E ela chamaria como? De área então?

EN: Não, ela chamaria espaço. Seria o espaço social, então essa seria a questão.

TF: Para ela, então na leitura dela então campo seria algo já pronto?

EN: Pronto, estruturado, definido [...]

TF: E você não concorda com ela por conta de considerar que o campo seria informação, é isso a discordância?

EN: Não, eu acho que a gente pode usar essa expressão espaço social, e usar campo quando você especifique realmente como você está tentando utilizá-lo, não é? Senão fica estranho.

TF: Então eu não entendi a diferença de espaço e campo.

EN: Porque no campo você tem uma estrutura consolidada de conhecimentos. Será que a gente consegue com toda essa diversidade, com toda essa fragmentação, constituir realmente um campo? Eu usei muitas vezes a expressão campo em trabalhos, eu acho que continuam sendo utilizados várias vezes por outros autores, mas se levar com dureza o próprio conceito, eu acho que dificilmente ela vai se constituir como esse campo já estruturado, era um campo que trabalha se estruturando continuamente. Não que seja desestruturado, desorganizado, não é isso. Mas ele vai dialeticamente incorporando [...]

TF: Isso estaria na previsão do Bourdieu? Essa [...]

EN: Não, até onde eu conheço eu acho que não, não teria.

TF: Então seria um campo não bourdiano?

[risos]

EN: É, seria.

TF: Palavra por palavra.

EN: Rigorosamente penso que sim, e mais como essa questão. E como eu disse já anteriormente, isso também avançou para as questões da própria identidade do campo e da institucionalização. Então, por exemplo, a [...] quando a Fran Collyer ela estuda a disciplina da sociologia da saúde e da doença na Austrália, ela diz assim, nos Estados Unidos o campo, ela não usa campo, a disciplina está estruturada, tem um nome, tem um local, tem uma associação, tem mais de uma revista, tem tudo estruturado como uma disciplina, ela existe. Falou, *medical sociology*, que alguns quiseram até trocar o nome. “Ah, vamos mudar pra Sociologia da Saúde, é muito mais amplo”. Não passou. Não passou. *American Sociology Association* não mudou, porque classicamente eles se denominam assim, embora eles possam ter estendido esse campo, ou essa disciplina, porque ali nós poderíamos dizer que eles têm um campo muito claramente definido, as pessoas vão fazer cursos especificamente de sociologia médica, para serem sociólogos médicos e trabalharem nas universidades, nos empregos públicos, etc. Nós não temos essa formação. Nós temos no Brasil formação de Historiador Social? Temos historiador.

TF: Temos historiador. Tem História Social.

EN: Tem História Social.

TF: É, historiador social não existe.

EN: Um pouco pra pensarmos em outras áreas, se não a gente fica meio confuso. Eu acho que essa é a questão que pega, você ter conseguido se estruturar tão formalmente, uniformemente, eu acho e eu escrevi isso, não estou mudando nesse momento, de como a saúde coletiva se encontra no Brasil institucionalizada, e até eu falo de uma disciplinarização, porque se ela já é ensinada na graduação, é porque existe um nível de disciplinarização que ela construiu, entende? Então ela se institucionalizou, ela percorreu os caminhos, digamos assim, da insegurança inicial, passando depois para um estágio de juntar as pessoas que pensavam da mesma forma, depois as pessoas que pensavam na mesma forma, construir um tratado, existe um tratado de sociologia e um tratado de saúde coletiva, existe o segundo tratado de teorias práticas, saúde coletiva e teorias práticas.

Quer dizer, uma área que constrói tratados é porque ela já tem uma área de formalização já conseguido. Ela consegue publicar uma revista? Consegue. Ela tem uma revista publicada, Ciência e Saúde Coletiva, que é do órgão, que é da comunidade abrasquiiana, ou de quem se interessar pelo assunto. Ela sai da comunidade da ABRASCO. Então eu acho que ela tem se estruturado, mas isso não quer dizer que haja uma terminalidade, porque o dinamismo que ela vem se apresentando é muito grande.

TF: E aí falando de Brasil. Como é que você vê essa circulação? Isso tudo estamos falando de circulação de ideias e de formações. Essa circulação de ideias no Brasil, digamos, lá no Acre, lá no Amazonas, Rondônia, estados mais longínquos, onde a gente acredita que seja mais difícil inclusive, mesmo com a internet, essas formações mais recentes ou mais sofisticadas cheguem. Você tem tido contato com essas, todas elas têm a saúde coletiva de alguma maneira, não sei, como a gente estava falando anteriormente, se pela “forção de barra”, usando entre aspas essa palavra, essa expressão que é feia, mas da CAPES e do CNPq, que direciona, você tem que colocar aqui, nessa caixinha, se não se colocar não vai ganhar financiamento, não vai ganhar legitimidade, não vai ganhar pós-graduação, não é? Então como é que você vê essa distribuição de bens para formar um campo, um espaço, se não tem tradição ou se tem tradição? Porque uma coisa estamos falando de São Paulo, de Campinas, Minas Gerais, Bahia, Rio de Janeiro, então estamos falando aqui desse núcleo forte e aí depois começa a chegar Mato Grosso, o Nordeste é forte, aliás muito forte, muito poderoso, aliás em várias áreas do conhecimento, é maravilhoso, mas do Norte temos que pensar um pouco sobre ele, talvez até o sul também, o sul também é precário.

EN: É, pelo número de [...]

TF: Pelo número [...] até pelo número de publicações, imagino eu, a gente não chegou nesse ponto, mas você já deve ter esse panorama.

EN: Olha, não estudei profundamente essa questão, mas eu acho que isso acompanha outros níveis de desenvolvimento do processo de formação universitária, de um modo geral no país, e dentro dela, de pós-graduação, e da possibilidade de regiões mais distantes poderem ter esses projetos em desenvolvimento, então eu acho que [...] a gente repete, está repetindo ainda um pouco as estruturas anteriores de avanço do ensino superior, e agora do ensino pós-graduado. Eu acho que tem sido uma coisa interessante, é que a gente vê muitos formados, doutores, indo para essas regiões, saindo dos cursos aqui do sudeste e indo para outras regiões menos desenvolvidas, com muitos problemas e tentando contribuir para fixar um pouco essas ideias.

TF: É, era esse ponto que eu queria chegar. Quando eu estudei plantas medicinais eu vislumbrei isso, uma preocupação de alguns profissionais em implantar aquela perspectiva de pesquisa em lugares onde ainda não havia, como dividir a riqueza com os mais pobres, não é riqueza financeira, mas riqueza do conhecimento.

EN: Por exemplo, falando de uma coisa muito próxima, três das nossas doutorandas foram para uma região muito difícil, o Rio Grande do Norte, e uma delas depois já foi para Pernambuco num outro concurso, e uma delas estava num congresso da ABRASCO [vozes sobrepostas]

TF: Mas é um movimento, mas um movimento mais individual?

EN: Individual, mas elas também estão abrindo frentes de concursos e possibilitando que esses formados, recém-formados, se aventurem e com toda dificuldade de estarem numa região que não tem contato com outras pessoas, só pela internet, de outras formas, não diretamente, mas parece que alguns exemplos são bem-sucedidos. Lógico que isso são exemplos muito particulares, isso precisaria ser verificado mais na totalidade do país e daí verificar, vamos dizer assim, como esses egressos estão se situando, as dificuldades ou o trabalho que estão realizando.

TF: Ótimo. Eu estou super satisfeita. Linda, maravilhosa a entrevista. Agora eu queria perguntar pra você o seguinte, quer dizer, se tem alguma coisa aí nas suas anotações que você queira colocar, que eu não deixei você falar.

[risos]

EN: Não tem não.

TF: A ideia nossa é exatamente pegar a reflexão, mais a reflexão do que a informação.

EN: Que horas são? Cinco para as quatro. Sabe o que foi? Parou de gravar?

TF: Não.

OS: Não, não. Quer que pare?

TF: Não, vamos gravar, vamos gravar.

EN: Não, pode parar. Essas reflexões são notas que foram feitas porque eu queria ter um pouco, verificar um pouco como tinha sido esse movimento da pós-graduação no Brasil,

quando que havia surgiu essa ideia na década de quarenta, depois o movimento de pós-graduação impulsionado, foi muitos pesquisadores na década de sessenta, sessenta e cinco, o Conselho Federal de Educação definiu os cursos em dois níveis. *stricto sensu* e *lato sensu*. Isso foi bem a reforma de sessenta e oito.

TF: A sua memória está fantástica.

EN: E ela foi feita assim bem pontual, por exemplo, o novo estatuto separando a graduação da pós graduação, criação de centros regionais de pós-graduação nas cinco regiões do país e propondo a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, decretou o fim da cátedra vitalícia, mil novecentos e sessenta e oito, substituindo pelo sistema departamental e criou uma carreira universitária aberta e o regime de dedicação exclusiva para o corpo docente universitário. Então essas questões foram todas sobre a pós-graduação de um modo geral, inclusive sobre a questão que foi dos planos nacionais de pós-graduação que começam em setenta e quatro. Depois um pouco da evolução da pós-graduação em saúde coletiva, eu já havia citado na entrevista logo no início, os primeiros cursos criados, em setenta e três na Faculdade de Medicina da USP, em setenta e três na UFBA e setenta e quatro na UERJ, instituto [...] Instituto de Medicina Social na UERJ. Bom! O que mais? A evolução dos cursos de pós-graduação, [...] as fases por que passou a pós-graduação daqui da FCM/Unicamp na Saúde Coletiva. A primeira fase tem suas origens no curso de pós-graduação de medicina, que começou a se desenvolver em 1979, nesta data o Departamento de Medicina Preventiva e Social oferecia algumas disciplinas. A segunda fase foi a partir de oitenta e cinco, foi em oitenta e cinco, houve a formalização de uma área de concentração em saúde coletiva, então fica respondida o momento, em oitenta e cinco que se passa aqui a usar a expressão. A clientela era exclusivamente de médicos. A terceira fase em oitenta e um, foi aberta uma área específica, agora já não é mais parte, o cursão como a gente chamava. E a quarta fase em dois mil e três, quando são constituídas as três áreas de concentração: planejamento, epidemiologia e ciências sociais.

TF: Vocês têm curso de residência aqui?

EN: Temos, temos.

TF: Eu não me lembrava.

EN: Tem residência. Algumas características dos discentes, de 91 a 2016 foram quinhentos e cinquenta alunos, nesse período largo, do sexo feminino: 68,7%, e masculino: 31,3%.

TF: Muito bem.

EN: Vocês estão bem né? As mulheres estão em 69%. Depois tem algumas características sociodemográficas. Acho que eu não respondi uma pergunta, que ficou meio [...] não ficou claro. Inserção profissional dos egressos. A maioria dos mestres e doutores atua na academia, universidades e instituições de pesquisa, que abrange mais da metade dos egressos, 86,2% e 78,3%. Mas outros segmentos ocupacionais também empregam expressivos contingentes de mestres e doutores. Bom! Na avaliação da CAPES, na última avaliação, nós ficamos com conceito 5. Bom essa era [...]

TF: Está ótimo. Só pra você ficar feliz. Só pra você ficar feliz. Você foi tão bem! Só pra você ficar feliz.

EN: Obrigado [risos] mas o que você vai encontrar, que eu acho que é bastante interessante para fazer um cenário, você também está lidando com as histórias orais,

TF: Com atores.

EN: Mas obviamente com a história institucional. E eu acho que cada instituição, apesar de todas terem o mesmo nome de saúde coletiva, cada uma delas vai ter um cenário com algumas características específicas. Então, as nossas, para estudo das etapas históricas do departamento, ela é, aqui nas minhas notas, essas notas são colocadas inter-relacionadas com o que estava acontecendo, algumas ocorrências importantes na faculdade, na instituição maior, certo? Inclusive eu coloquei vermelho para chamar a atenção. Queria só lembrar uma questãozinha [...] Bom! Quando você me perguntou sobre a questão da chamada medicina comunitária e a relação com o novo campo que o departamento criou de trabalho que foi sair dos limites da cidade e de um bairro e ir para um outro município. Nessa ocasião, o chefe do departamento disse o seguinte, que era constituída uma rede de serviços de saúde. O homem será considerado de maneira integral, visando seu bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença. A organização do programa seguirá um sistema regionalizado com os seguintes critérios: sua base estará localizada na periferia, cujo vértice estará o Hospital das Clínicas da Universidade, composto por vários níveis de prestação de serviço dos quais serão elementares na base da pirâmide e se tornarão cada vez mais complexos à medida que se aproximarem do vértice. Cada nível terá definida sua atividade, pessoal necessário e dotação instrumental. Será um sistema integrado no qual haverá íntima relação e coordenação entre os seus vários níveis. O projeto propunha uma outra fala, nesse trabalho que foi feito pela Ana Maria Canesqui. A participação da população na gestão de serviço de saúde, sua maior capacitação quanto a

apropriação do saber médico, pela ruptura com a velha educação sanitária, substituída por uma prática pedagógica, democrática e organizativa dos movimentos sociais, e destaca-se que foi nesse momento que o próprio departamento criou o que se chamou um laboratório de educação médica e medicina comunitária. Então são essas anotações que eu deixei com você. Os outros são as disciplinas, não vamos falar delas, a produção e o trabalho, deixa eu ver, que eu citei pra você da Ana Lucia Casallas Murillo, que é a “Medicina Social Saúde Coletiva Latino Americana, uma visão integradora frente à saúde pública tradicional”.

TF: Com certeza vão trazer para a gente boas reflexões.

EN: Depois eu quero saber qual foi, o que que vocês acharam dessas [...] trabalho.

TF: Eu te agradeço muito, achei que a entrevista foi ótima. Agradeço muito a sua paciência conosco e a sua colaboração.