FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CASA DE OSWALDO CRUZ

Kenneth Rochel de Camargo Júnior

(Entrevista)

Ficha Técnica

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

Entrevistado – Kenneth Rochel de Camargo Jr (KC)

Entrevistadores – Tania Maria Fernandes (TF), Otto Santos (OS) e André Luiz Lima (AL)

Data – 24/05/2018

Local – Rio de Janeiro/RJ

Duração – 1h18min

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

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. *Kenneth Rochel de Camargo Júnior. Entrevista de história oral concedida ao projeto* Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Saúde Pública - História e Memória, 2018. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2023. 34p.

Projeto: História da Saúde Coletiva no Brasil

Entrevistado: Kenneth Rochel de Camargo Jr
Data: 24 de maio de 2018
Local: Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) **Entrevistadores:** Tania Maria Fernandes (coordenadora), Otto Santos (bolsista) e André Luiz Lima (colaborador)
Legendas: trecho inaudível: [?]; pausa: [...]

TF: Entrevista com Kenneth Camargo, no dia 24 de maio de 2018, para o Projeto História da Saúde Coletiva no Brasil da Casa de Oswaldo Cruz entrevistado por Tania Fernandes, Otto Azevedo e André Lima.
Kenneth, como eu havia falado para você, a gente está trabalhando com o processo de construção da Saúde Coletiva no Brasil, então eu queria que você fosse falando... Inicialmente eu queria que você falasse um pouco da tua trajetória, como é que você caiu nessa área e depois a gente vai trabalhando a questão institucional. Está bom assim?

KC: Ótimo. Bom, eu fiz Medicina aqui na UERJ, acho que isso aí foi um pouco a porta de entrada para uma série de coisas [...] durante o curso de Medicina eu tive uma perspectiva muito crítica de uma série de coisas que estavam me sendo apresentadas dentro do curso e isso me fez buscar áreas marginais dentro da faculdade, vamos dizer assim, não medicina alternativa, mas alternativas para a medicina. Então desde muito cedo [...] primeiro eu comecei a me envolver com questões de ensino, desde o início já pensando em fazer carreira universitária, então eu fiz monitoria de várias coisas e ai eu acho que teve um momento que foi chave para mim, que foi no terceiro ano. Eles estão até mexendo no curso de medicina, porque o curso médico no Brasil é meio Frankenstein porque ele começou com modelo europeu, acordo MEC-USAID tentaram fazer uma americanização mas ficou pela metade, então a gente tem uma divisão de ciclo básico e ciclo profissional, mas é um curso de seis anos e você entra logo depois do segundo grau, não é que nem nos Estados Unidos que você faz um *college* e depois é que você vai fazer faculdade de medicina, é quase que uma pós-graduação. E esses dois anos iniciais você vê uma série de coisas, que é laboratório, anatomia, mas não tem contato nenhum com paciente e aquilo me deixava um pouco exasperado. No terceiro ano é que a gente começa, de fato, a ver alguma coisa mais próxima da Medicina. E aí no terceiro ano, isso depois mudou, mas na minha época a gente tinha pela

primeira vez uma disciplina chamada Psicologia Médica e, nessa disciplina de Psicologia Médica eu tive contato com um professor que não era dessa disciplina, mas era de uma outra área dentro da faculdade, que foi uma figura pivotal para várias coisas. Um amigo meu hoje em dia, Francisco Barbosa Neto. Ele chegou a ser diretor da Secretaria das Cidades Universitárias do MEC, essa coisa toda. E o Chico também tinha essa coisa muito curiosa, de curiosidade de mexer com várias coisas, então embora ele não fosse psicanalista, como era a maior parte do pessoal da psicologia médica, ele trabalhava no ambulatório daqui do Pedro Ernesto, que foi criado, o Pedro Ernesto foi um dos primeiros hospitais, acho que foi o segundo do Brasil a assinar o acordo MEC - MPAS. Então com isso ele abre as portas do hospital universitário que era aquela coisa que eram só os casos raros, não sei o quê, que ficava quase tudo deserto, ele abre as portas para o segurado do antigo INPS. Isso aumenta muito a demanda, então surge a necessidade de criar um ambulatório, eles criam uma série de ambulatórios e foi criado um ambulatório chamado Ambulatório de Medicina Integral e esse nome vinha de uma proposta que estava muito influenciada por uma Alma-Ata, essa ideia de você trabalhar prevenção e tratamento ao mesmo tempo. Na verdade ele veio influenciado pelas ideias de uma Alma-Ata, mas ele antecede a uma Alma-Ata que é de 1978 e esse ambulatório foi criado 1976-1975, mas é dentro desse ideário que já vinha desde antes, e muito preocupado com as questões não estritamente biológicas da medicina, mas com a própria perspectiva também social, também do subjetivo, do psicológico. Então o Francisco [Barbosa Neto] foi um dos fundadores desse ambulatório, uma das primeiras pessoas a serem contratadas, aquela pessoa que meio que pensou isso tudo foi o [Ricardo] Donato, que tem pouco tempo que se aposentou, e são todos nomes muito importantes hoje em dia na Medicina de Família Comunitária. Eu tendo aula com o Francisco [Barbosa Neto] durante um ano, no final do ano ele me convidou, quando eu estava no terceiro ano, para fazer a monitoria na psicologia médica e fazer estágio no ambulatório ao mesmo tempo. Normalmente você faz, agora eu não sei como é que está, mas na minha época, a gente tinha cinco anos de ensino mais ou menos convencional e o 6° ano no internato. E você só fazia ambulatório no 6° ano, uma vez por semana, eu comecei a fazer já no 4°e isso foi uma experiência muito rica. E ao mesmo tempo, segui fazendo a monitoria de Psicologia Médica que aí eu continuei, eu tinha feito duas outras, eu continuei na Psicologia Médica até o final da faculdade. Em função desse contato, aí no 4° ano a gente tinha umas disciplinas ligadas aqui ao Instituto de Medicina Social e eu fui conhecer alguns professores aqui do IMS e que também eram amigos do Francisco [Barbosa Neto] e faziam parte deste mesmo circuito, pessoas que se formaram aqui na faculdade amigos do Donato, exceto o

[João] Regazzi, no caso. E quando eu estava no final do 4° ano, me chamaram para participar de uma pesquisa, no quarto ano, não foi no final, foi durante o 4°ano, me chamaram também para participar de uma pesquisa aqui no Instituto de Medicina Social que era ligado a algumas coisas que eram feitas no IMI, o pessoal do IMI tinha muita preocupação com essa questão de avaliação, como é que você avalia a qualidade do atendimento, eles faziam todo um processo de revisão de prontuário então isso aí foi incorporado numa pesquisa lá do IMS e eu fui chamado a participar. Então eu comecei a fazer contato com essas coisas. Eu terminei a faculdade e estava com uma indecisão de para qual lado que eu caía, porque eu tinha um interesse muito grande na área de saúde mental, eu cheguei a fazer internato em psiquiatria e eu vi pelo internato que não era exatamente psiquiatria que eu queria e acabei pensando em termos do que eu queria fazer de pós-graduação, e fiquei muito interessado na pós aqui da Medicina Social. Até porque na época era só mestrado e todo o pessoal que eu conhecia do IMI tinha feito mestrado aqui no IMS, então era uma coisa que me parecia bastante interessante. E na época, o mestrado, como não tinha gente com titulação suficiente dentro da Medicina Social para criar um programa autônomo, ele era uma área de concentração do mestrado em Medicina, foi criado em 1974. Então por conta de ser um mestrado em uma área de concentração ele tinha os mesmos requisitos que os mestrados em Medicina, e um deles era, para você entrar no mestrado tinha que ter residência na área ou experiência profissional compatível. Como eu era recém-formado, a forma mais rápida de eu ter o acesso era fazendo a residência. Então na época eu fiz a residência em Medicina Social aqui no IMS. Enquanto eu ainda estava fazendo a residência, surgiu a possibilidade de uma vaga na Psicologia Médica, de médico no hospital. Foi feito um concurso oficioso na época, como isso foi pré 1988, esses contratos eram por indicação, mas o pessoal ainda assim fez um concurso, quer dizer, eu passei, e fui contratado. Então enquanto eu trabalhava como médico da Psicologia Médica, eu fui fazendo a formação. Então eu terminei a residência, entrei para o mestrado, e aí como era um mestrado que não tinha doutorado, era um mestrado doutoral, você tinha dois anos para fazer crédito, aí todo mundo depois que fazia os créditos trancava um ano, para depois fazer a tese, para depois defender. Então eu gastei mais tempo fazendo Mestrado do que fazendo Doutorado, eu inverti, levei quatro anos para concluir o Mestrado. E se você for olhar a qualidade do material que a gente produzia na época eu pelo menos não vejo muita diferença em termos de aprofundamento da minha tese para minha dissertação de mestrado para a tese de doutorado, uma é meio que continuação da outra. Aí eu terminei em 1990, defendi a dissertação de mestrado, e fiquei brincando na época que eu estava com depressão pós- parto

depois que eu defendi a dissertação, porque enfim [...] eu queria mais coisas e não tinha. Ai que estavam começando a abrir os doutorados em Saúde Coletiva. Passou um tempo abriu aqui no ano seguinte em 1991, então entrei na primeira turma fiz rapidamente o meu doutorado porque eu tinha a intenção de tentar conseguir uma contratação, porque tinha uma série de problemas dessa coisa da vinculação como médico aqui, o salário era menor, você não tinha progressão, então o fato de eu ter mestrado e doutorado não acrescentava nada ao salário, tinha uma série de limitações do ponto de vista do que você poderia fazer. Embora eu estivesse dando aula, não tinha reconhecimento como professor e então eu queria fazer o Doutorado o mais rapidamente possível para fazer um concurso.

TF: Mas e aí você foi contratado [...]

KC: Como médico, em 1985.

TF: Como médico do IMS?

KC: Não, do Pedro Ernesto.

TF: Do Pedro Ernesto.

KC: Mas estava no IMS como aluno, comecei como pesquisador, na época não existiaisso, mas seria iniciação científica.

TF: Você dava aula lá?

KC: Para Medicina, mas aí enquanto eu estava fazendo doutorado aqui eu já comecei a dar aula no IMS, a convite, primeiro, do Jurandir [Sebastião], para graduação, não ainda para pós.

TF: O IMS dava aula para graduação?

KC: É, o IMS, o que acontece, depois eu falo do IMS. Mas ele surgiu em um departamento da Faculdade de Medicina, então ele tem algumas disciplinas da Medicina sem carga, ele não tem curso próprio, mas dá três a quatro disciplinas para Medicina. Eu terminei o doutorado em 1993, por conta de uma peculiaridade da legislação interna da universidade eu não podia fazer concurso para professor porque a UERJ não reconhecia o seu próprio doutorado. Porque ele tinha que ter credenciamento da CAPES, avaliação, enfim. Passado esse tempo, eu fui, surgiu a oportunidade de eu ser pesquisador visitante na Casa de Oswaldo Cruz. Eu estava me preparando para fazer concurso para a COC aí veio o "tio Collor" [Fernando Collor de Mello] e bloqueou todos os concursos, não sei se vocês se lembram disso. E de novo eu fiquei meio desnorteado, mas aí abriu vaga aqui e eu acabei

fazendo concurso para cá e passei em outubro de 1995. De lá para cá eu tenho trabalhado, e do ponto de vista de pesquisa eu acho que tem certa consistência no que eu venho fazendo, desde muito tempo, mas acho que essa coisa da perspectiva crítica com relação à própria Medicina, sobretudo do estatuto da questão da Ciência e da relação com a prática médica. Então a minha dissertação de mestrado foi exatamente sobre isso, qual era essa relação de Ciência e Medicina, fazendo uma revisão teórica e pegando em cima de uma revisão de prontuários. Eu fiz um negócio assim, eu revi vários prontuários, eu trabalhava como um auxiliar de pesquisa de cada prontuário tinha todo um critério porque era a primeira vez, então a gente fez uma ficha resumindo os achados, o que foi dado de encaminhamento e pediu para um painel de especialistas avaliarem a cada uma dessas fichas, e depois eu fiz uma comparação com as avaliações dos especialistas. Era aleatório, não tinha muita correspondência, a gente trabalhou com a ideia de duas correlações, o quanto que os achados estavam correlacionados com a hipótese diagnóstica e o quanto que a hipótese diagnóstica estava correlacionada com o tratamento. E foi um festival, quer dizer, embora na maioria as pessoas achassem que havia correlação, eu trabalhei com *score* e não havia muita correspondência entre os scores dos avaliadores, o que para mim mostra que você tem um grau de indeterminação com relação à questão da prática muito maior do que seria de se esperar do que se você tivesse seguindo uma coisa puramente técnica. E para o doutorado, uma coisa que ficou muito forte, é o quanto você tem uma série de conceitos chaves dentro da Medicina que são completamente implícitos, não são declarados em lugar nenhum e isso traz uma série de problemas em particular doença. E para o doutorado eu resolvi tentar trabalhar, entender o que é doença como construção teórica. Eu fiquei pensando, eu podia pegar qualquer doença, mas eu pensei, é melhor eu pegar alguma coisa mais recente porque para trabalhar com coisas mais antigas eu vou ter que fazer uma pesquisa histórica e possivelmente eu não vou ter recursos aqui para isso. Eu achei que seria mais fácil trabalhar com AIDS, doce ilusão. Primeira revisão bibliográfica que eu fiz eram "trocentos" artigos. Enfim, eu consegui, mais ou menos, cercar e delimitar. Eu peguei o período de 1981 a 1987, foi desde que você teve aquelas primeiras publicações no MMWR [*Morbidity and Mortality Weekly Report*], que ainda não tinha nem o nome da ocorrência de casos de *pneumocystis* em homens homossexuais previamente saudáveis, até o momento que você já tinha estabelecido o diagnóstico, já tinha toda uma descrição biológica do vírus, o que causava, já tinha o teste. E deixei de lado a questão da terapêutica porque aí já ia ser outra complicação. Só de fonte foram quinhentos textos que eu tinha que ler entre artigos, capítulos de livro e etc. Desde então, quer dizer, eu comecei uma vez contratado orientar aluno de pós-graduação, mestrado

e doutorado, eu tenho um monte de tese, eu até já perdi a conta, eu já nem sei mais quantas são. Mas sempre tentando trabalhar nessa perspectiva. Em função disso eu comecei a trabalhar com as discussões sobre medicalização, mais recentemente, e o que eu tenho tentado aproximar muito, é de alguns autores trabalharam com *science studies*, duas influências muito fortes do [Thomas] Kuhn e do [Ludwik] Fleck, e tentar aproximar isso, adaptar, porque não é exatamente a mesma coisa para pensar a questão do conhecimento e da prática da Medicina. E mais recentemente eu tenho trabalhado muito com o [Harry] Collins a coisa da sociologia da expertise. Então de carreira é mais ou menos isso. Então se tem algum detalhe que você [...]

TF: Você poderia trabalhar com a gente a questão do IMS mesmo. Até porque o IMS foi criado em 1971, como é que [...]

KC: Pois é, essa é uma questão. Eu já tentei procurar aqui a documentação oficial da criação do instituto, tem uma controvérsia que eu já vi pessoas falando falando 1970 outras 1971, ou em 70 ou em 71, foi criado o IMS com uma influência muito forte e um apoio do Piquet Carneiro, e em cima da *troika*, foi o Hésio [Cordeiro], o Moisés Szklo a Nina Pereira Nunes, foram os três que foram o embrião original e que desde a criação do instituto estavam lotados inicialmente para pesquisa e eles conseguiram recrutar outras pessoas, eu não sei a ordem exata, mas já nessa primeira ou segunda leva já entrou a Madel [Luz], o Zé Fiori, a Maria Andrea, acho que o Mario Dal Poz já entrou aí, agora não sei se [José] Noronha e Reinaldo [Guimarães] também ,o Mario já estava também desde de aluno, tantos foram, Jane Sayd, Eduardo Reichenheim, foi o primeiro núcleo não?

TF: O IMS, então ele veio [...]

KC: Era o departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, que se torna independente.

TF: Isso. Então vamos, vamos pensar um pouquinho essa coisa da Medicina Preventiva para Medicina Social em termos de conteúdo e conceito.

KC:O nome oficial inclusive da residência era Medicina Preventiva e Social. Eu acho que a tentativa era de incorporar uma perspectiva crítica, o Fiori é que falou uma coisa muito interessante numa comemoração que a gente fez da pós, que ele via assim, uma tensão, ele não usou essa expressão, mas seria parafraseando o [Thomas] Kuhn, quer dizer, uma tensão essencial estruturante dentro do próprio IMS, você tinha um grupo razoável de pessoas, em grande parte ligadas ao partidão, com uma perspectiva marxista, então trabalhando com essa

ideia de determinação social de saúde e doença, e o grupo de pessoas com uma influência muito forte de pensamento francês, particularmente [Michael] Foucault, e que ele dizia assim: "Então se você pensa por um lado você vai querer ter mais serviços de saúde atendendo a população e se você pensa por outro isso é uma forma de controle da sociedade e é discutível se você quer mais atendimento..."

TF: Quem estava em um grupo e quem estava no outro?

KC: Olha, isso é meio esquemático. Digamos assim, certamente a maior parte dos médicos estava nesse grupo do pessoal de pensamento marxista, mas se você tem a Jane [Russo] eu acho que transitava entre os dois com muita tranquilidade, isso certamente do pessoal que veio das Ciências Sociais eu acho que estava mais próximo desse pensamento, então Madel, Maria Andrea, quer dizer, o pessoal que veio depois Sérgio Carrara, Jane Russo mais tarde, mas isso é altamente esquemático. E outra coisa que tinha uma certa divisão, era que se tinha um grupo muito mais, eu acho que o Hésio transita por todas. O Hésio era uma figura muito [...] pena que ele está muito adoecido atualmente. Ele tinha, ele tem uma capacidade, um conhecimento que é um negócio extraordinário. Ao mesmo tempo ele era capaz de falar de Medicina, originalmente ele era instrutor de Clínica Médica aqui da faculdade e me deu aula para mim na residência de Gramsci, não é qualquer um que faz isso. Então você tinha assim, pensando polarmente, acho que o Hésio, por conta dele, eu acho que muito por conta da influência do Juan César Garcia, tenta trazer muito essa coisa das Ciências Sociais para dentro do pensamento, e você tem o pessoal da ação também, que ao mesmo tempo também tem essa coisa de compromisso com a mudança com uma leitura muito importante, com uma inserção dentro da política. Então você tinha uma turma muito forte dentro da política de saúde e esse grupo das Ciências Sociais um grupo mais digamos acadêmico, então também tinha uma certa tensão, mas eu acho que é uma força, quer dizer, quem é dominante num determinado momento ou não isso vai variando ao longo do tempo. É, ele começa como um instituto de pesquisa na verdade, a pós-graduação começa em 1974 e é inaugurada com uma sequência de conferências do Foucault, que tem duas publicadas no "Microfísica do Poder", e tem uma que saiu numa revista que depois foi incorporada pela OPAS. Uma é o nascimento do Hospital, outra o nascimento da Medicina Social e tem uma terceira sobre medicalização que não tem em português, ela foi editada em uma revista em espanhol. Ela foi incorporada pelo Boletim da Pan-americana, eu esqueci o nome, mas era uma das revistas que depois juntou e que são textos muito interessantes. Porque pegou o [Michael] Foucault exatamente no momento em que ele estava fazendo a passagem da arqueologia para

genealogia, então, eu acho que ele estava acabando de lançar ou ia lançar o "Vigiar e Punir", e por isso tem elementos dessas duas coisas de pensamento muito interessantes. Isso também é uma marca de nascença de alguma forma.

TF: Nessa marca de nascença do IMS, qual era a articulação que ele fazia com outras instituições tipo Fiocruz? Ou com outras Universidades que também estariam se movimentando, quem era essa parceria?

KC: Eu não tenho muita clareza porque eu cheguei depois.

TF: Tipo ouvi falar[...]

KC: Tinha uma relação de proximidade, tanto é que o Paulo Buss foi da primeira turma de mestrado aqui e tem várias pessoas com participação relevante na Fiocruz que fizeram mestrado, às vezes fizeram mestrado e doutorado aqui, como o próprio [Paulo] Gadelha. É [...] o IMS deu abrigo temporário para o [Sérgio] Arouca quando ele foi expulso lá de Campinas, não me lembro, ele e a Anamaria Tambellini ficaram aqui um tempo antes de ir para a Fiocruz.

TF: Ficou na embaixada?

KC: É, quase que exilado na embaixada. Eu acho que tinha essa coisa assim de trincheira comum. Acho que particularmente aqui no Rio no grupo da IMS com a ENSP e um pouco também com Bahia, acho que até pela distância geográfica, mas eram pessoas que estavam em comunicação, e tinha algum grau de diálogo também com o grupo lá da UNICAMP. Mas aí eu não tenho muita clareza disso porque isso tudo foi bem antes, quer dizer, minha primeira participação no IMS foi em 1981, como aluno, então, essas coisas eu sei pelo que as pessoas me contam, história oral que fica. E tem essa questão da participação política, todo mundo de uma forma ou de outra estava ligado ao MDB, aquele documento da questão da saúde na Nova República, ele foi elaborado aqui no IMS, foi Reinaldo, que na época saiu sem crédito, e a Célia Pierantoni depois recuperou e a gente publicou até na Physis um documento com quem foram os autores. Agora eu não me lembro de cabeça quem são. Sei que o Reinaldo e o Fiori, e acho que o Hésio também. Acho que foram estes três que fizeram, mas que faz parte na verdade de todo um consenso que passa pela 6ª Conferência, aquele seminário no congresso, eu acho que havia uma articulação.

TF: A própria Constituinte, a Constituição.

KC: Sim**.** O tal do Movimento da Reforma Sanitária eu acho que tinha uma articulação

interna bastante forte, você tem a criação CEBES em 1976, ABRASCO em 1978, 1º Congresso da ABRASCO acontece aqui na UERJ, então eu acho que tem uma coisa de presença forte nesse campo.

TF: E ao mesmo tempo assim quando o mestrado do IMS foi criado, foi criado em 1974, já foi criado como Saúde Coletiva.

KC: Não, não foi.

TF: Isso é o que está escrito lá na documentação.

KC: Não, não foi. Ele foi criado como Medicina Preventiva e Social, ele só vira Saúde Coletiva em 1987, isso com certeza. Eu tenho certeza, eu sou o último diploma de mestrado em Medicina Preventiva e Social.

TF: É, Programa de Pós-Graduação em Medicina Social. Essa passagem de Medicina Social para Saúde Coletiva, não é, quer dizer, tinha Medicina Preventiva e Social, Medicina Preventiva, Medicina Social e Medicina de Saúde Coletiva. A Saúde Pública.

KC: Eu acho que a ideia de Saúde Coletiva ela veio [...] a Medicina Social acho que era uma coisa deliberada, quer dizer, em função dessa história de ligação com a Faculdade de Medicina, influência do Juan César, foram criadas nas Américas, as duas primeiras Pós-graduações foi uma no México e outra aqui, com esse nome de Medicina Social. E era isso, era uma ideia de você trazer uma perspectiva crítica das Ciências Sociais de uma maneira geral. História e Filosofia também nas humanidades para dentro desse campo. Eu acho que essa foi uma força que atuou no sentido de construir a tal da Saúde Coletiva, é um pouco em contraposição a uma Saúde Pública tradicional. De onde surgiu esse nome eu já vi umas quatro ou cinco falas contraditórias, o [José] Carvalheiro fala uma coisa, o Reinaldo [Guimarães] fala outra e ainda tem aquele texto clássico do Joel Birman, no primeiro número do, da Physis da Saúde Coletiva que também, enfim, acho que há certo consenso que havia uma tentativa de demarcação de um campo de conhecimento que se afirmava para além e crítico de certa forma e, contraposto a Saúde Pública tradicional, que é uma Saúde Pública muito medicalizada, quer dizer assim, muito propensa a ações tecnocráticas. O Padrão tradicional Oswaldo Cruz início do século XX. Então assim: "Tem mosquito? Tira as pessoas da casa, arrasa a casa, onde as pessoas vão morar não é problema meu, eu tenho que acabar com o mosquito."

TF: Mas ao mesmo tempo o próprio Movimento da Reforma Sanitária estava revendo, e

instituindo, e construindo uma nova, podemos chamar assim, Saúde Pública. Saúde Pública estava andando, então porque não poderia ter buscado outra denominação?

KC: Eu acho que a ideia de Saúde Coletiva é a tentativa de fazer uma síntese dessas coisas todas que estavam acontecendo meio paralelo, eu acho que passa por coisas do tipo: O que foi chamado de Medicina Integral, depois o Gastão [Wagner] vai começar a falar, por exemplo, em Clínica Ampliada nesse campo de você pensar não apenas o coletivo, mas como é que você trabalha também a questão da atenção individual, é um pouco uma ideia de alargar. Eu acho que tem duas coisas, eu acho que essa perspectiva é ao mesmo tempo ampla sobre a saúde, o processo de saúde e doenças de uma maneira geral, seria uma coisa. É [...] que não é só um campo de estudos, mas é um campo de intervenção, que propõe intervenções do ponto de vista da política macro e das questões micro também, e que tem uma característica forte de uma perspectiva crítica e reflexiva. Que eu acho que não necessariamente estava presente nos modelos tradicionais de Saúde Pública.

TF: Antes?

KC: Antes.

TF: Mas o modelo daquele momento de Saúde Pública? Como é que estava este diálogo? A Fundação Oswaldo Cruz continuou trabalhando com Saúde Pública? Coisa que ela foi incorporando [...]

KC: Mas eu acho que é questão de nome, eu acho que a Fundação Oswaldo Cruz, a ENSP já estava participando, o nome já estava lá, não dava para mudar o nome ENSP. Como também não dá para mudar o nome [...] É Instituto de Medicina Social, mas o mestrado e doutorado são em Saúde Coletiva, quer dizer, eu acho que tem muito menos diferença do que o nome poderia indicar, entendeu? Eu acho que era só uma questão do momento, no tempo que estas coisas foram criadas, então, o ISC é criado mais tarde, aí já tem o nome de Saúde Coletiva na Bahia, o NESC que depois vai virar IESC aqui na Federal é a mesma coisa. Então pouco um reflete o momento histórico da criação, mas do ponto de vista de conhecimento, eu acho que tem muito mais [...] claro que você tem sempre pequenas variações, mas eu acho assim o *core*, o núcleo duro eu achei muito parecido para todos os lugares, inclusive em termos de autores que as pessoas estão discutindo. Ah, o cara que vai pegar teoria política então vai olhar mais para o [?], o outro vai olhar mais para não sei quem, e assim vai. Eu são variações em torno de um tema, eu acho que não tem grandes diferenças até onde eu possa perceber.

TF: E como é que foi, ou como é que não foi, esse diálogo para fora do Brasil? O Brasil, o resto continua falando *Public Health.*

KC: Sim.

TF: O que que aconteceu aí? Houve uma tentativa de internacionalização ou não houve?

KC: Tem, mas não sei se deliberada. Eu acho que tem uma questão, esse movimento também é muito marcado politicamente pela questão da resistência à ditadura, então ele necessariamente, por conta disso, é muito voltado para dentro. Coincidentemente ou não, ao final do regime militar você tem um movimento forte, que está ligado a questão das constituições das pós-graduações no Brasil, os estímulos que você tinha, de pessoas indo fazer o seu doutorado fora. Você tem uma revoada de gente, você tem duas revoadas na verdade, a política da Nova República tem uma revoada de gente que vai trabalhar no Estado em vários níveis, aqui quase que esvazia. O Hésio vai para o INAMPS, depois o Noronha vai para a Secretaria de Saúde, a Nina [Pereira] vai para a secretaria municipal de saúde. Tem essas coisas do pessoal sair se espalhando por aí. E sai uma porção de gente para fazer doutorado fora, sobretudo na área de epidemiologia, eu acho que aí marcou uma inflexão forte porque você tinha uma transição da epidemiologia muito marcada por uma perspectiva marxista e ela muda para uma epidemiologia que se torna muito mais antenada, afinada com o que está acontecendo em nível global. Então ela incorpora pesadamente a questão metodológica, mas de alguma forma ela não trabalha mais tão fortemente com essa perspectiva política. E ela consegue produzir, publica freneticamente desde então. Então eu acho que isso é uma internacionalização, é uma internalização da internacionalização. Agora eu acho que progressivamente tem alguns autores lá fora, que enxergam nessa tradição da antiga Medicina Social e dessa perspectiva crítica alguma coisa importante para o resto do mundo, tipo o Weiss e Nancy Krieger que começaram a publicar falando, antes, mais do que a gente, mostrando para fora o que é que tinha. Eu acho que hoje em dia está tendo um certo movimento. Eu acho que houve alguma retomada da ideia da epidemiologia social, tem uma discussão dentro do próprio campo da epidemiologia e você tem tentativa de recreação, acho interessante aí de novo a questão do nome, algumas escolas que seriam antigamente chamadas de Saúde Pública ficam sendo chamadas de Population Health. A que foicriada no Canadá por exemplo [...]

TF: Amadurece a perspectiva do diálogo com a Saúde Comunitária, da Saúde Coletiva você acha? Ou é da saúde comunitária?

KC: Não, eu não sei. Eu acho que não é com a Saúde Comunitária, eu acho que é uma perspectiva interdisciplinar. Eu não sei, acho que seria muita arrogância achar que era por influência nossa, mas eu acho que é evolução conveniente?

TF: É, diálogo.

KC: Eu acho que tem uma coisa assim das pessoas começarem a se tocar da importância das Ciências Sociais, que isto não está acontecendo só aqui. O modelo americano ficou muito separado. Tanto é que você tem a Escola de Saúde Pública e você tem áreas de epidemiologia completamente separadas do *Public Health*, não necessariamente em Harvard por exemplo são duas coisas meio separadas, duas coisas dentro da mesma escola. São poucos os lugares onde você tem essa junção, a Columbia em Nova York trabalhava assim, um ou outro lugar que você ainda consegue ter isso agregado, no Canadá não tinha. Agora recentemente que as pessoas estão começando a incorporar um pouco essa perspectiva mais ampliada. A Escola do que seria de Saúde Publicada Universidade de Montreal foi criada recentemente, a British Community tinha um departamento que agora virou coisa de uns dois ou três anos e aí a estão adotando essa denominação da *Population Health*, que eu acho que também é uma tentativa de diferenciar da Saúde Pública tradicional pelo caminho deles.

TF: Isso é Estados Unidos e Europa?

KC: Estados Unidos. Na Europa tem [...] eu sei que o King´s College recentemente abriu, ainda não sei qual é o nome, mas que quem está trabalhando lá é o Nikolas Rose, com essa perspectiva muito parecida com a nossa. E o Nikolas Rose tem contato aqui com o Brasil, enfim, ele já esteve aqui, tem um grande diálogo com o Ortega, o Ortega já esteve lá, então tem alguns tipos de intercomunicação. [vozes sobrepostas] A França é meio esquisita, porque acho que você tem essa coisa meio de INSERM lá é uma estrutura muito vertical, então acho que lá, ainda tem muito essa divisão de epidemiologia e uma hegemonia muito grande, como você tem quase que em todo mundo da epidemiologia dentro desse campo da saúde, qualquer coisa coletiva, pública, população, são poucos lugares onde você não tem isso. Lá você tem dentro do âmbito do INSERM mas você tem outras áreas fora do INSERM trabalhando com pesquisas que a gente vê que é de Saúde Coletiva que tem outras perspectivas. Você pega [?] por exemplo, tem algum grau de trabalho de um pessoal da área de Ciências Sociais trabalhando com pesquisa em AIDS. Agora eu não vou saber te dizer assim o nome de uma escola que junta isso tudo, entendeu?

TF: Eu estava pensando nessa conversa do Brasil com essa denominação. Saindo daqui

consegue-se conversar?

KC: Consegue, mas é uma coisa meio que fragmentada, entendeu, você não encontra homólogos exatos do que seria IMS uma ENSP, um ISC lá fora. Então você tende, então essa vertente mais ligada a História, a Filosofia da Ciência não sei o quê. O pessoal começa com Max Planck, o Max Planck que diz história da ciência, e o pessoal vai. Enfim, tem gente que estava trabalhando com Bourdieu ou com Foucault quando ele estava vivo. Então tem essa coisa assim de lugares específicos, agora não tem, até onde eu saiba, acho que está começando a surgir agora essas experiências de tentar juntar. Então, assim, como eu estava falando, *Mailman School of Public Health* que é a Universidade da Columbia, o diretor durante muito tempo foi o Richard Parker, então tinha essa coisa de trabalho, de trabalhar de forma integrada forte.

A.L: A ALAMES, Associação Latino Americana de Medicina Social tem algum papel de relevância nessa situação ou foi secundário?

KC: Eu acho que não. Isso eu acho que é o problema, o Brasil tem muita pouca conversa com os nossos vizinhos. Eu sei que a gente teve uma influência muito forte na Argentina, então, por exemplo, a Universidad de Lanús criou um Instituto de Saúde Coletiva, eles tem doutorado em Saúde Coletiva, tem uma revista de Saúde Coletiva, que uma das principais das pessoas, que são as lideranças lá, fizeram a formação aqui. O [Hugo] Spinelli foi doutorando na UNICAMP, orientando do Gastão [Wagner]. A gente não tem intercâmbio que poderia ter com figura chave tipo do Jaime Breilh, que criou uma Universidade nova no Equador. Eu sei que o Jaime tem uma coisa pessoal com o Naomar [de Almeida Filho], mas isso não reflete para o campo da Saúde Coletiva. Eu acho que esse é um dos problemas da forma dessa internalização, da internacionalização que se deu, é que a gente esqueceu muito desse passado. Então figuras que são importantes na constituição do campo internacionalmente, não tem tido tanto espaço, no caso Cristina Laurell, o [?], eu acho que tem uma série de nomes Mario Testa na Argentina, que são nomes que a gente falava muito, hoje em dia a gente não [...]

TF: Tinha mais contato, estavam muito aqui. O Testa estava sempre aqui.

KC: Sim, e já não tem. Até porque está mais velho, adoeceu, essa coisa toda. Mas assim, o campo passou a não dar muita bola para isso. Eu acho que tem essa coisa da, alguma medida, uma influência, uma consequência imprevista do processo de organização da pós-graduação que cria determinados estímulos, ela faz com que algumas coisas sejam deixadas

de lado. Então como você teve um estímulo muito grande, durante muito tempo em publicar, publicar, publicar, e privilegiar, da forma como os veículos de publicação são organizados você acaba valorizando o que é americano, o que é europeu, você tende a se voltar muito mais para esses lugares então o diálogo acaba sendo muito mais com, principalmente com os Estados Unidos, um pouco menos Canadá. Reino Unido mais e um pouco menos o resto da Europa e a gente quase que abandona a conversa com os "*vecinos*". Então desse ponto de vista a ALAMES, ela, não sei fora daqui, mas no Brasil [...]

AL: Tem muito pouco no Brasil.

KC: É mas está, quase que uma existência fantasma, você não ouve falar, não aparece, não tem expressão quando você faz congresso da ABRASCO, não é um negócio que tenha [...]

TF: É, ainda, não sobre essa origem pelo menos nesses dois blocos que você estava colocando, que era o Reinaldo e o Carvalheiro, qual era a divergência ali?

KC: O Carvalheiro fala que essa coisa da mudança de nome foi uma estratégia porque já existia uma associação de Saúde Pública que era dominada pelo pessoal mais tradicionalista e que o pessoal, os jovens turcos, não tinham como entrar e eles criaram uma outra associação que também tinha outro nome, ele fala que era uma coisa assim.

TF: É, isso ele contou para gente.

KC: O Reinaldo fala que não, que isso aí foi uma coisa deliberada que era estrutural, que havia um projeto de construção de um campo novo de conhecimento que não se confundia com a Saúde Pública tradicional. Eu já vi três ou quatro versões. Agora eu não me lembro quem falou assim: "Cada um que você conversa vai te dizer uma coisa completamente diferente". Então, esse aí é um mistério que eu não sei se algum dia a gente vai conseguir esclarecer. Eu acho que alguma medida deve ter tido alguma coisa disso tudo, eu acho que é uma combinação de um momento político, com afirmação de determinados saberes, com resistência à ditadura, isso acabou criando um coquetel interessante num certo ponto de vista.

TF: Aí me diga o seguinte, em termos de diferença conceitual, você acha que eles foram de certa forma caminhando nessas conjunturas ou nessa conjuntura de Reforma Sanitária? Quer dizer, se você me permite associar, como eu estava falando antes, Medicina Social, Medicina Preventiva [...]

KC: Eu acho que isso acaba refletindo muito com posições internas dos corpos de docência

dos pesquisadores das diversas instituições. Você tem algumas coisas que são muito marcantes, essa questão da participação das Ciências Sociais e Humanas ela muito forte no IMS, sempre foi muito forte nesta história desde o início. Eu esqueci de falar, porque não ficou muito tempo, mas o Roberto Machado durante um bom tempo trabalhou no IMS. Se você pensar tem uma série de livros que são estruturantes do próprio campo que foram escritos por gente ligadas ao IMS, aquele pessoal da social da década de 80, a tese da Madel [Luz], inclusive em Instituições Médicas, o Danação da Norma, aquele Medicina e Enfermidade, loucura e enfermidade, alguma coisa assim, do Joel [Birman] tem uma produção meio que inaugural do campo, tem um pouco antes os livros da Cecília Donnangelo. O campo é meio que criado em cima desses livros, essa é outra coisa que mudou muito, você tem bem poucos livros com essa característica de ser a fundação teórica do campo até por conta do estímulo que você tem para a publicação de artigo. Então isso acaba marcando determinadas diferenças, eu acho que, a ENSP até por sua vinculação com o Ministério da Saúde eu acho que tem uma perspectiva muito mais forte de governo, governança, tem várias coisas trabalhando com isso. Eu vejo o pessoal de Campinas. A gente ficava brincando assim que tem alguns nomes que são personalidades jurídicas, não é pessoa física. O Gastão, ele tem uma gravitação forte e isso acaba fazendo com que o programa caminhe numa determinada direção. Então tem uma força muito grande dessa coisa de aproximar à saúde mental da atenção à saúde geral, que ele vai desenvolver. O Naomar [de Almeida Filho], o Maurício [Barreto] e o Jairnilson [Paim] com peso muito forte também lá no ISC. Então essa coisa das pessoas que são meio que fundadores ou que emergem, no caso o Gastão não foi fundador na UNICAMP, mas acabou sendo uma liderança importante, essas características quase pessoais acabam virando marcas institucionais. Mas é o que eu estava te falando, não é uma coisa de que você tem uma grande divergência ou um racha teórico, eu acho que são variações em torno de um tema. Acho que tem muito mais proximidade do que divergência.

TF: E ao longo do tempo, quer dizer as três áreas, não é? Epidemiologia, planejamento, que aí [...]

KC: Planejamento político.

TF: É, planejamento de políticas públicas e política de Estado e tem uma denominação, às vezes, que dependendo do lugar ela vai assumindo, existia a de Ciências Sociais e essa outra área de Políticas Públicas.

KC: Ciências Sociais, Humanas e de Saúde, a gente acabou ficando com essa [...]

TF: É fica uma, vai variando um pouco, quer dizer a entrada das Ciências Sociais com certeza muda a ideia de Saúde Pública, seja lá Saúde Coletiva, vai trazendo uma nova vertente. E tem também, que eu queria conversar contigo o seguinte, quais são as estratégias para a consolidação desse campo? Estratégia institucional, criar instituição onde esses campos vão dialogando. A própria epidemiologia num momento estava para baixo daqui a pouca ela supera as duas áreas.

KC: Ela passou a ser hegemônica exatamente em função dos processos de avaliação da CAPES, eu tenho isso com muita clareza, porque é assim, é o pessoal que consegue publicar mais, e mais se aproxima do modelo biomédico de publicação e que por conta disso acaba tendo, e como se faz toda uma fetichização dessa coisa de impacto, as revistas que são mais valorizadas e etc, se você for ver 90% das revistas que são A1 dentro da Saúde Coletiva são revistas médicas. Porque, o que acontece? Como é a forma de classificação? Alguém publicou, tem que entrar no Qualis, então assim, o Qualis da Saúde Coletiva pouco tempo atrás tinha uma revista de teologia. Porque teve uma pessoa até da Fiocruz que publicou e ela mesma fala: "Isso aí não era para ter entrado". Mas como está no Lattes dela é capturado e aí entra na classificação. E como você tem uma cooperação muito grande, natural, razoável, não tenho nada contra não, isso não é uma coisa crítica, do pessoal da epidêmico com várias áreas médicas sai publicado muito coisa de área médica. E aí pela sua própria natureza, por uma série de questões que não tem absolutamente nada a ver com qualidade nem com coisa nenhuma, revista biomédica tem muito mais citação do que qualquer revista de qualquer outra área.

TF: Mas isso não vai de encontro, choca com a ideia inicial que era a incorporação das Ciências Sociais? Pois é. E como é que...

KC: Completamente, completamente. Isso tem sido uma briga constante. E eu acho que pessoas importantes da própria epidemiologia têm assumido que isso é um problema, a própria Rita [Barradas] em um determinado momento. De brigar, porque houve certo momento que se falava da epidemiologia sair do campo da Saúde Coletiva.

TF: Ah é?

KC:É. Pelo menos para alguns programas criar programas independentes só de epidemiologia. Qual foi o modelo que ficou hegemônico, qual o programa que tirava, e ainda hoje tem as notas maiores? É o de Pelotas, que é um programa só de epidemio. Então isso criou essa coisa. Quer dizer, o processo de avaliação induziu determinadas [?] dentro do

campo que não tem nada a ver com a sua dinâmica original de construção. Essa coisa das áreas também é complicada porque se você for ver a taxonomia do CNPq o que está como aspas de especialidades ou subáreas dentro da área de Saúde Coletiva não têm absolutamente nada a ver com isso. E a gente já tentou várias vezes mudar isso e não consegue. E da vez que eles fizeram uma proposta de mudança ia ficar pior ainda porque eles queriam colocar Saúde Coletiva junto com Economia Doméstica, não sei se vocês lembram disso.

TF: Não.

[risos]

KC: Pois é eu lembro. Isso foi abortado, mas era ideia de *girico* que estavam colocando, daí a importância que dão para a Saúde Coletiva. Se você for ver lá a Saúde Coletiva está dividida em Epidemiologia, Medicina Preventiva e Social e Saúde Pública. Não faz o menor sentido.

TF: É, Saúde Pública é um item 3.

KC: Aí, por exemplo, na CAPES, não no CNPq, que eu fiz parte do CEO um tempo, o que a gente fazia? A gente viu que não dava para você tratar igualmente epidemiologista com os demais. Então a gente fazia uma avaliação meio que separada do epidemiologista para um lado e os outros para o outro. Mas a gente não tem, porque você não tem essa identificação. Na taxonomia separar, por exemplo, quem é especificamente da área de Ciências Sociais, Humanas e Saúde. E até porque tem certa interpenetração, eu posso falar assim, do ponto de vista do IMS essas áreas não existiam. Nem como áreas de concentração, nem como departamento, o IMS era monobloco. As áreas de concentração foram criadas, agora eu não tenho isso de cabeça, mas muito próximas à criação das áreas de concentração e a passagem para ser um programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, que foi em torno de 87. Porque o que acontecia você tinha um programa interdisciplinar com professores de todas as áreas que só podia ter aluno de Medicina. O que criava uma restrição séria e uma incongruência dentro do próprio programa. A medida que você foi tendo a incorporação de novos professores de titulação dos antigos houve a possibilidade de você criar um programa autônomo. Então foi mais ou menos por aí em 87. Eu não sei o que que aconteceu antes e depois, mas faz parte desse meu momento.

TF: Já que a CAPES tem esse programa que fortalece, que dá mais luz a epidemiologia, como é que fica o IMS, entedeu, nessa avaliação?

KC: Acho que essa atenção foi criada dentro de todos os programas. Acho que a gente conseguiu administrar isso e ter uma forma mais ou menos cooperativa de trabalhar que a gente assim, a gente agradece ao pessoal da epidêmico que está publicando bastante e a gente tenta compor. Aí tem umas estratégias de você ver o que é corpo docente permanente, e qual o critério que vai usar, de colocar pessoas que tem destaque e não necessariamente por conta da sua produção científica, mas que são relevantes para colocar. Então por exemplo, o Jurandir sempre fez parte do corpo docente permanente do IMS e não importa o que está publicando ou não está publicando porque o cara, enfim, é o cara. Intelectual do ano no JB. Eu tive uma vez em uma avaliação, o Janine foi conversando com o pessoal dos vários comitês de avaliação e quando ele passou pelo nosso, ele nem sabia que eu era da UERJ, ele começou a falar: "Não, que tem um sujeito lá no Rio que é muito bom, acho ele é um dos maiores pensadores do Brasil na atualidade, o Jurandir". Entendeu? Eu vou dizer que um cara desses não pode fazer parte de um corpo docente permanente porque não publicou meia dúzia de artigos em três anos? Não é isso, mas a lógica da CAPES empurra para isso. Isso criou problemas sérios em alguns lugares. Porque teve lugares que virtualmente expulsaram os cientistas sociais do seu programa, pelo menos como corpo docente permanente.

TF: Como? Exemplo?

KC: Eu sei que teve uma professora de Santa Catarina, porque as pessoas reclamaram muito. Na própria ENSP houve tensões e houve aquela coisa da criação do mestrado, do programa epidemiologia separado da Saúde Pública. Não sei se foi exatamente por aí, mas em Minas, a primeira vez que teve essa divisão de corpo docente permanente e colaborador, tiraram uma porção de gente e as pessoas entraram com ação na justiça para serem reintegradas. Acho que com o tempo essas coisas foram amortecidas. Mas isso é um problema. E a gente até fez um estudo há uns anos atrás, um grupo grande de pessoas, o Jorge Iriart puxou isso, mostrando que o fato de você ter o programa predominantemente de epidemiologia ou só de epidemiologia é alguma coisa que já predispõe o programa a ter nota mais alta na avaliação da CAPES.

TF: Ah tá, só pelo título? Assim, pelo título entre aspas, do conteúdo e tal.

KC: Só para fechar, para eu não esquecer depois eu volto a isso. No IMS, mais ou menos em torno de 87 foram criados três departamentos que não existiam e um Mestrado na época com três áreas de concentração. Quando o Doutorado abriu, ele abriu só em duas áreas de concentração originalmente, só tinha em Ciências Sociais e Humanas, e Política e

Planejamento. E epidêmio abriu uns dois anos depois, porque tinha um pessoal que estava fora e não tinha gente suficiente que estava um pessoal voltando que tinha ido se titular. Nisso aí eu acho que teve uma importância muito grande nesse movimento, da ABRASCO, no sentido de fortalecer o fórum de coordenadores, então a ABRASCO abraça o fórum de coordenadores e isso ainda [...]

TF: O fórum de coordenadores?

KC: De programas de pós-graduação, que eu acho que acabou se colocando, é um agente político importante, pelo menos cria alguma resistência, não é tão fácil assim atropelar e passar por cima. Então tem algum grau de resistência.

TF: É o que vai fazer o embate, digamos assim, com a CAPES.

KC: Isso. Vai tentar pelo menos, resistir de alguma forma, a algumas coisas num grau ávido de sucesso. E as comissões. Você tem as comissões temáticas dentro da ABRASCO, e uma delas é a Comissão de Ciências Sociais e Humanas, que ela tem uma importância muito grande em primeiro lugar pelo nome. Isso foi um seminário que teve na Fiocruz em 2000 – 2001 que houve esse consenso que a gente precisava de mudança.

TF: E foi duro, porque eu fiz parte dessa comissão.

KC: Foi, porque era só Ciências Sociais e Saúde, e teve toda briga, e não, e a História, e a Filosofia? Então ficou com a denominação oficial e eu acho que tem sido uma comissão que tem procurado brigar, para mostrar essa relevância, que assim, não tem uma Saúde Coletiva sem esse componente, ela não é Saúde Coletiva. Ela perde, ela amputa uma parte importante. Eu acho que essa coisa até hoje não está resolvida. Por mais que a CAPES, a própria Rita [Barradas] falasse o tempo todo nisso, os relatórios que saíram da avaliação, da última trienal, antes de virar quadrienal falam: "Estes modelos de avaliação estão esgotados". Mas continua fazendo exatamente a mesma coisa. E com isso você privilegia, induz a determinadas formas. E isso tem criado problema em outras áreas, isso tem sido problemático também, toda área que você tem padrões diferentes de publicação, você cria esse tipo de conflito.

TF: Tensão.

KC: Dentro da área de Biologia, eu estava conversando com uma pessoa que trabalha na área de taxonomia, deve ter umas 200 pessoas trabalhando na área de taxonomia no mundo inteiro, só tem uma revista importante, óbvio que o fator de impacto dela vai ser pequeno,

porque não vai ter um monte de gente citando artigo de taxonomia. Aí quando chega na hora de avaliação das revistas essa fica para baixo e o pessoal que publica ali e se dá mal. Eu estava lendo recentemente um livro, que não tem nada a ver com isso, de Economia, que foi escrito por um grupo de pós-graduandos de uma Universidade no Reino Unido e eles estavam dando exemplo de um professor, que aí você tem uma hegemonia dentro da Economia dos Neoclássicos. Eles falam que tinham um professor que trabalhava com modelos com outro tipo de pensamento dentro da Economia muito mais próximo das Ciências Sociais, que não fazia artigo baseado em modelo matemático e tinha muita dificuldade de publicar por conta disso e ele acaba não sendo recontratado, ele não tinha [?] e ele acaba saindo da Universidade apesar de ser considerado um ótimo professor pelos alunos, entendeu? E isso acaba funcionando como um mecanismo de "gatekeeping" também, porque você começa a enquadrar.

TF: Ter uma ideia mais ou menos do que a CAPES estava resolvendo.

KC: Sim. Deliberadamente ou não, quer dizer, eu não vou entrar nesse mérito, mas esse é um efeito que acaba produzindo. E a gente brigou muito por uma série de coisas, para incluir livro. Tem uma avaliação de livro e isso veio direto dentro da comissão de Ciências Sociais e Humanas para que livros fossem considerados de forma importante, algumas revistas da área das Ciências Sociais foram promovidas dentro do quadro do Scielo, mas assim, são avanços pontuais. Eu acho que tem um problema sério, não sei se você leu, tem um artigo fantástico da Hebe Vessuri mais umas duas ou três pessoas, falando essa questão de uma ideia de Ciência de excelência e o desenvolvimento de fato da Ciência. Então ela fala que na América Latina, de uma maneira geral, você trabalha com essa ideia de criar excelência. Então você cria uma série de prêmios e incentivos para no final das contas você ter meia dúzia de cientistas e outros programas de nível internacional lá fora. Com isso você não vai nunca criar um parque estável de produção de conhecimento porque você depende de ter um coletivo de pessoas trabalhando, não é? Mas a lógica tem sido essa de premiar. Eu até escrevi um editorial um tempo atrás, pegando a coisa do Machado de Assis do "ao vencedor as batatas" com essa coisa do que o método tradicional de princípio de Mateus de "quem já tem vai ter mais ainda e quem não tem vai ficar cada vez menos." Isso cria uma série de problemas, óbvio. Eu acho que tem uma questão não resolvida. Eu acho que a gente tem que pensar, por exemplo, é óbvio que é importante avaliar, especialmente no Brasil, mais de 90% da pesquisa é financiada com isso, com recurso público. Então eu não vou ficar dando dinheiro para as pessoas pela "cara bonitinha que elas têm" ou qualquer coisa que o

valha. Mas eu tenho que repensar essa lógica que estimula barbaramente essa competição. Eu vou tentar falar um pouco disso no ABRASCAO. Por uma ciência que precisa de cooperação. Faz parte do seu próprio ethos.

TF: Falando na ABRASCO, a própria ABRASCO quando você tem, o enquadrar, por exemplo, a epidemiologia na Saúde Coletiva. A epidemiologia como o senhor já falou, não pode estar fora, alguns momentos esteve fora. Quer dizer, aí você tem uma ABRASCO que com certeza vai refletir esse quadro. Grande parte vai ser de epidemiologia, que podia estar fora da Saúde Coletiva. Você acha que não?

KC: Eu acho que não, porque a ABRASCO, justamente, como você tem esta coisa de um campo que é acadêmico, mas também prático a ABRASCO é muito maior do que isso num certo sentido. Ela atrai, os profissionais da Saúde Coletiva e ela tem uma vertente ligada a política de saúde muito forte. Então isso flutua. Se você for ver em termos da composição das diretorias, você sempre tenta compor em termos disciplinares e regionais. Eu acho que a ABRASCO sempre lutou em todo momento, e assim, mesmo dentro da ABRASCO você tem figuras que mesmo sendo identificado de certa forma com a epidemiologia, tem uma visão muito mais aberta do que o campo é, no caso da Rita [Barradas], do próprio [José] Carvalheiro se você pensar assim, os epidemiologistas mais *hardcore* que vestem a camisa da ABRASCO são pessoas que trazem essa perspectiva, a comissão de epidemiologia dentro da ABRASCO sempre se colocou como comissão da ABRASCO, essa coisa de sair fora, não é, entendeu? Ela encontrou resistência dentro da própria associação. Eu acho que não aconteceu exatamente por conta disso, porque houve uma pressão política forte para que não acontecesse e você tem pessoas, a atual diretora do IMS, a Gulnar [Azevedo e Silva], ela é epidemiologista, mas ela mesma fala, eu fiz uma entrevista e ela disse: "antes de eu ser epidemiologista eu sou sanitarista". Eu acho que isso é uma marca forte também.

T.F: Essa coisa também é uma questão interessante, sanitarista, semanticamente está colado com a Saúde Pública. Aí o menino sai da ENSP ou sai daqui formado no núcleo [?] que eu digo, da graduação ou da pós-graduação, no mestrado ou da especialização, sai sanitarista e vai trabalhar com a Saúde Coletiva na Secretaria de Saúde que não tem Saúde Coletiva. Como é que fica essa junção de coisas? Quer dizer, a formação, o diploma, certificado ou aceitação?

KC: Eu necessariamente não vejo isso como um problema. Na prática não tem isso, principalmente quando você está trabalhando no ponto de vista da política essas demarcações não são tão claras. Então se você for ver as pessoas que estão formulando

política de saúde em vários momentos, elas não estão muito preocupadas com os rótulos acadêmicos que aquilo possa ter. Então você vai ter dentro do Ministério da Saúde com todas as questões tradicionais, a proposição, por exemplo, de política de humanização. A própria ideia, da coisa de Saúde da Família, isso não tá muito contemplado dentro do modelo tradicional de Saúde Pública, que é campanha. Então, você tem [...]

TF: Modelo clássico, lá da Oswaldo Cruz. Já acabou. Esse modelo não existe mais.

KC: É, mas ainda está na cabeça de algumas pessoas, não no campo, acho que fora. Tem gente que ainda quando, jornalista, sobretudo, na parte de Saúde Pública não é tão [...] mas assim, você tem uma flexibilidade muito maior, nas instituições não existe esta preocupação com óbvio. O que me preocupa muito mais é a questão da graduação em Saúde Coletiva e esses meninos, aí esses meninos estarem disputando espaço na hora de procurar emprego com alguém que já tenha pós-graduação. Até hoje eu sou meio ambíguo com relação a essa coisa da graduação em Saúde Coletiva embora tenha saído coisas muito interessantes, eu trabalho com alunos que são egressos do Programa de Saúde Coletiva que estão fazendo mestrado e estão trabalhando com pesquisa comigo, são pessoas muito interessantes, mas eu acho que ainda é uma coisa que não ficou muito claro o próprio campo de trabalho.

TF: É isso que eu estou perguntando.

KC: Mas não é por conta de ser Saúde Pública ou Saúde Coletiva. É a questão da formação graduada e pós-graduada. Que tradicionalmente o sanitarista é um pós- graduado. Alguém que vem da área de saúde e faz uma especialização ou mestrado, doutorado ou residência, antigamente não existia, seja lá o que for. Então ele não tem uma formação adicional a de profissional de saúde. E você ter alguém que faz uma graduação é um fenômeno relativamente novo, isso não tem 10 anos. Eu acho que o espaço profissional de atuação dessas pessoas não está muito claro. Você não tinha, até muito recentemente, diretriz curricular mínima. Os currículos eram muito diferentes entre si, acho que tem todo um movimento de tentar estruturar isso de forma melhor eu não estou acompanhando de perto, mas é uma coisa que me preocupa um pouco. O que vai ser oferecido para os meninos e meninas.

[vozes sobrepostas]

TF: Sim. Não estou querendo ser [...] longe de mim. Em todos os lugares que a gente vê, em quase todos, uma definição para Saúde Coletiva aparece, “um campo de saberes e práticas

com características transdisciplinares". Este campo de saberes e práticas, ainda tentando buscar essa diferença entre Saúde Coletiva e Saúde Pública, principalmente, ele aparece agora, por mais que Medicina Social o nome não exista ela não, na prática ela acaba não existindo, quer dizer, esse campo de saberes e práticas não é isso tudo que a gente está trabalhando?

KC: Sim.

TF: Então isso tudo que a gente está trabalhando tem essa definição?

KC: Sim.

TF: Seja lá o nome que ela tiver. Eu também vejo assim. Agora outra questão que eu vejo é a seguinte, chamar de campo ou de área. A [Andrea] Loyola até tenciona um pouco isso, tem um texto dela que diz que: "A Saúde Coletiva não pode apenas ser considerada como campo, é também uma disciplina". E aí tem um grupo que diz: "Não é uma disciplina porque na realidade ela é multidisciplinar". Você vê essa tensão de tentar uma definição para essa história?

KC: Eu acho que do ponto de vista das estratégias institucionais a criação da área de Saúde Coletiva na taxonomia do CNPq e como programa separado dentro da CAPES, que aí é a maneira dela ter um papel importante, foi fundamental, porque se não a gente estava ferrado. Porque enquanto a Saúde Coletiva estivesse sob o julgo das Medicinas 1,2,3 a gente ia estar sempre lascado. Nunca ia ter um programa 7, porque as exigências são outras e foi muito importante recentemente para Nutrição também. Agora, eu concordo, não é uma disciplina. Eu acho até que você pode falar área, eu acho que faz mais sentido, mas disciplina não é. De jeito nenhum.

TF: Se não ela não é transdisciplinar nem interdisciplinar. Mas há um grupo que define assim. [vozes sobrepostas]

KC: Eu acho que se você tem uma disciplina específica e própria do campo é a tal da epidemiologia. Mas ela é uma parte, ela não é um todo.

TF: E a questão de campo e área? Aí campo remete a Bourdieu, e área tenta talvez [vozes sobrepostas] como você vê?

KC: Eu acho que a área, eu vejo mais como uma ideia de área CAPES, quer dizer, área domínio de conhecimento e campo Bourdieu mesmo. E aí tem essa questão da prática que

não interessa a CAPES, por exemplo, você tem programa de pós-graduação que tem que ter uma estrutura, tem que ter um acompanhamento, etc, etc, etc, e que se organizam dentro de uma área. Agora o trabalho da Saúde Coletiva entra a questão da prática, quer dizer, como é que ficam os profissionais da Secretaria de Saúde. Eles não fazem parte de uma área, podem até ter tido formação nessa área mas tem um campo que é profissional também

TF: Então quando a gente fala dessa prática, essa prática está colocando esses profissionais dentro da Saúde Coletiva?

KC: Sim.

TF: Porque tem uma tensão, em que a Saúde Coletiva seria um campo de saber. Que a Saúde Coletiva seria acadêmica e a Saúde Pública seria o Estado. [?] Meu ex-aluno disse isso. Por isso o IMS só trabalha com Saúde Coletiva porque ele é um campo voltado para a academia, e a Saúde Coletiva ela é da academia. Só diz assim, o que que circula em termos de pensamento do que seja Saúde Coletiva no seu..

KC: Isso aí é um nominalismo extremado [risos] que eu acho que não tem sentido. Eu acho que é dar importância demais para rótulo também. Se a prática não se define assim.

TF: E você definiria se dissessem assim: O que é que é Saúde Coletiva?

KC: Acho que é isso aí. É campo, é área, é prática, é produção de conhecimento, é pesquisa. É o que eu acho que em torno das questões dos processos de saúde e doença, quer dizer, e eu acho que no caso a marca forte, além disso, da transdisciplinaridade é essa auto reflexividade. Essa questão da perspectiva crítica ela é muito importante porque esse é um campo que está permanentemente se criticando. Quer dizer assim, você faz um programa, você formula uma política de saúde ao mesmo tempo você está tentando fazer política de saúde de uma coisa que aumenta o controle do Estado sobre a população. Mas você precisa de política pública. Então como é que você [...] eu acho que essa tensão, ela é interessante, você não vai ter isso, nem dentro das Ciências Sociais você necessariamente vai ter isso. Eu acho que é muito diferente, por exemplo, da Antropologia. Você não tem uma preocupação necessariamente da antropologia para a intervenção, a gente tem.

A.L: Dentro desta perspectiva da intervenção, pode-se afirmar que a Saúde Coletiva é um campo é uma área militante na área de pesquisa militante?

KC: Sim, às vezes demais. Eu acho que esse é um dos problemas que a gente às vezes tem, de saber separar o que é uma coisa e o que é outra. Eu sempre falo para os meus alunos: "Olha só, se você já sabe alguma coisa, se você já tem a conclusão da sua tese ou dissertação pronta, não faz pesquisa, escreve um manifesto". Com todo respeito, não tenho nada contra, mas acho que é entender o que são os espaços. Várias pessoas, o próprio Noronha, eu já vi vários falando assim: "Se no teu processo de pesquisa, você não está se colocando em risco de chegar ao final e admitir que seja o exato oposto do que você achava que era o correto, você não está fazendo pesquisa". Isso eu tenho e tem gente que não consegue entrar na "cabecinha". Eu acho que essa coisa da militância às vezes atrapalha, e é uma coisa interessante que a gente ouve muito dos alunos. Pelo menos na minha área de concentração, que a gente faz um bombardeio teórico logo na entrada, eles falam assim: "Puxa, mas eu perdi o chão, tudo o que eu achava agora você
...". Mas é para isso mesmo, eu acho que isso é fundamental. Se você já chega com tudo prontinho então você não precisa fazer mais nada. E eu acho que isso atrapalha em algumas questões específicas. Acho que algumas pessoas são muito militantes em certas coisas específicas, tem uma dificuldade muito grande poder ter uma perspectiva crítica

em relação àquilo por razões óbvias. Então assim, pego o pessoal que é entusiasta de amamentação, por exemplo, que tem toda a razão, não tenho nada contra, só que isso pode ser levado ao extremos, como uma vez estavam me falando assim: "se acharem uma chupeta dentro de um hospital ele não vai ser mais considerado hospital amigo da criança". E se você traz isso para dentro da pesquisa "ferrou". Um exemplo extremo, que eu peguei uma vez foi o de uma menina, ela fazendo mestrado aqui, passou com muito esforço, com muita benevolência da banca, era uma pesquisa, podia ter sido muito interessante era um Centro Espírita que tem na Tijuca que trabalha com questões de cura, que não sei o que, poderia ter dado um relato antropológico fantástico, só que ela assumiu uma perspectiva nativa, acabou fazendo uma descrição dizendo que aquilo tudo é maravilhoso, que funciona, que resolve mesmo. Então não está fazendo pesquisa, está fazendo propaganda do negócio. O pessoal que trabalha com terapias específicas também têm uma tendência a fazer muito isso, que é uma coisa que para mim particularmente me irrita. Já vi várias pessoas pegando o meu trabalho [...] Então a gente critica a tal da Medicina, ou o nome que você quiser dar, eu tenho usado muito o termo Biomedicina por causa do meu [?] então você critica a Biomedicina, agora a minha terapia não pode. A Biomedicina é uma construção teórica, agora a que eu faço é uma verdade mesmo, não tem problema, é uma coisa concreta. O que é completamente assimétrico. Lembrando lá do Latour. Eu acho que isso é, acho que intelectualmente [...] é um [...] Ia falar uma palavra mais forte mas acho que não [...]

[risos]

TF: Nós estamos estudando essa institucionalização do Brasil, levantando as universidades, vendo as origens em geral dentro do departamento de Medicina Preventiva, ou algo parecido, e como é que você vê [...]

KC: E quem não consegue fazer isso sofre muito. Porque você não consegue ter esse movimento de independência, que fica ligado a uma faculdade de Medicina, por exemplo, tem muito problema porque não consegue contratar professor. Na hora que entra em uma disputa política de qual vai ser o professor de não sei o quê, o departamento de epidemiologia consegue com mais facilidade que o de Medicina Preventiva. Com raras exceções, esse movimento de independência foi fundamental para própria criação do campo e para sustentar uma pós-graduação.

TF: E existe uma diferença, como em toda universidade brasileira do norte, nordeste, sul, sudeste, etc e tal. Você tem contato com essas universidades?

KC: Algumas.

TF: Fala um pouquinho dessa dinâmica nacional. Dessa independência-dependência, que eu acho que é um ponto interessante isso, a gente também já [...]

KC: Eu acho que essa coisa assumido que você tem disponível de recurso, capacidade de atrair pessoal. Eu acho que isso mudou muito, eu acho que o Nordeste, por exemplo, qualificou muito. Não dá para hoje em dia para você falar do Nordeste como falava há alguns anos atrás. Você tem programas de gente importante, qualificada trabalhando no Maranhão, trabalhando no Ceará, trabalhando em Pernambuco. Pernambuco teve alguns problemas com o programa de lá, não que assim, tem centros importantes, mas essa coisa da avaliação é um negócio que acaba, foi descredenciado o programa da Federal de Pernambuco, eu não sei como é que ficou, porque eu não continuei acompanhando depois. Nessa hora não dá para fugir, porque a CAPES tem um papel embutido muito forte. Vamos dizer assim [...]

TF: O que não está na Sucupira você também perde?

KC: Então assim, certamente você ainda tem uma hegemonia muito grande de sudeste, principalmente Rio de Janeiro e São Paulo. A Bahia, a UFBA especificamente, porque têm outras lá, e Pelotas são os *outliers* desse ponto de vista, mas você tem um número grande de problemas fortes no nordeste. Aqui na região sudeste a Federal do Espírito Santo tem feito todo um esforço de qualificação. Onde é ainda muito complicado é na região norte. Eles estão inclusive com um doutorado interinstitucional com a Universidade Estadual do Amazonas para formar professor lá porque eles querem fazer um programa específico.

TF: Onde? Acre, Rondônia, Roraima.

KC: Acre tem, tem um programa que eu acho que com um apoio da Fiocruz, agora Rondônia que eu saiba não tem nada. [vozes sobrepostas] É a Federal do Acre.

TF: A gente até tem.

KC: A gente está com este doutoramento institucional já tem um tempo com a Estadual do Amazonas, se eu não me engano a Fiocruz tem alguma coisa com a Federal do Amazonas.

TF: A gente tem diálogos com Roraima [...]

KC: Você tem o Instituto de pesquisa da Fiocruz lá, eu esqueci o nome.

TF: É, tem o Instituto. O DINTER.

KC: Eu acho que isso acaba servindo como base de apoio. E Mato Grosso também, região centro-oeste de uma maneira geral tem, você tem Brasília, também por razões óbvias ficou um ponto fora da curva. Mas você tem programas na Federal de Goiás, tem Mato Grosso, mas que luta com muita dificuldade. Acho que também fica essa dificuldade de atrair professores, inclusive. A gente está formando alunos que querem ficar por aqui. Eventualmente tem vagas em outros lugares e eles não vão. Porque eu acho que entra uma série de coisas até para estar ganhar mais, porque quanto mais você se afasta do centro mais difícil fica participar de eventos, participar de seminários, essa própria coisa do circuito internacional. Até por razões práticas, para você pegar um voo para ir para a Europa, aqui você vai direto, quer dizer agora está tendo voo direto de Fortaleza também. Imagina você ter que pegar dois, três voos para chegar aqui, isso atrapalha um pouco. Eu acho que atrapalha também assim, ai de novo, a CAPES poderia ter feito muito mais, ela tem alguns programas, mas acho que ela poderia ter exercido um papel um pouquinho mais forte de estimular essas parcerias, existem programas específicos, mas acho que pela quantidade de recursos que nem o estímulo eu poderia ser dado [...]

TF: Talvez essa competição, ela provoca uma competição muito forte, de certa forma estimula uma competição que é exatamente o oposto do que essa perspectiva que você estaria prevendo como necessária.

KC: Sim

TF: Como é que você está vendo essa ABRASCO agora? Esse ABRASCÃO que nós vamos sediar?

KC: Eu acho que, a prática tem sempre um momento muito bom para uma série de coisas, quer dizer, mas aí tem um problema que o país está na merda, desculpa o termo, mas assim, eu acho que a situação política está em polvorosa. O Gastão, alguns tempos atrás ele falou, logo que teve o golpe, ele falou uma coisa que eu concordo plenamente com ele. Em toda esta história o SUS nunca teve um Ministro da Saúde que bancasse integralmente o SUS, mas sempre apoiava uma coisa ou outra, é a primeira vez que a gente tem um Ministro da Saúde que é contra o SUS. Que só fala em plano de saúde. Concretamente você tem desinvestimento no SUS em todos os níveis, estadual, municipal. Eu acho que a gente vai ter que brigar muito contra o desânimo. Uma coisa que eu não falei é do próprio SUS, que a grande criação desse movimento todo é o SUS, mas que até hoje é uma coisa meio capenga

por uma série de razões. Houve uma série de avanços, acho que é uma política, a grande inovação em termos de política pública no Brasil nos 100 anos, mas que sofre de problemas de subfinanciamento desde sua origem, desde antes de existir o SUS, a gente estava conversando isso outro dia, no momento que o Hésio [Cordeiro] era presidente do INAMPS ele passa o INAMPS para o Ministério da Saúde, o INAMPS vai e orçamento fica. Assim, mais ou menos 30% do orçamento da Previdência era para assistência a Saúde, ficou na Previdência, não foi. Você tem um momento inaugural onde você abre a porta dos hospitais do INAMPS para toda a população, corretamente, e você tira uma boa parte do financiamento. Quer dizer, desde o início você tem esse problema. E aí você tem coisas do tipo mais tarde [Adib] Jatene usa o seu prestígio pessoal para negociar CPMF como um aumento do orçamento da saúde, consegue aprovar a CPMF no Congresso, que o governo não conseguiria, conseguiu ele pessoalmente, falando de deputado em deputado, aprova a CPMF no dia seguinte o Ministério do Planejamento, tira do Ministério da Saúde, bota a CPMF, e tira exatamente o total equivalente ao que a CPMF entrou. No dia seguinte o Jatene pede demissão. Eu estava lá em Brasília na Secretaria dando consultoria e ouvi o discurso dele de despedida, tinha gente chorando no auditório, foi um negócio muito traumático. Você tem essa coisa, mas agora está muito pior. E a gente não conseguiu superar uma série de impasses particularmente aqui no Rio de Janeiro. Eu tive em uma banca de tese sofre regulação lá na ENSP e assim a conclusão que sai é que assim, no Rio não dá para você falar de SUS pelo menos com "U", porque não está unificado, você não tem articulação praticamente nenhuma entre as três instâncias de governo. Então você tem os hospitais federais para um lado, o Estado com toda a sua estrutura para o outro, o município para outro, você tem central de regulação independente, e agora acabaram com a coordenação dos hospitais federais, ainda por cima, na estrutura do Ministério da Saúde. Quer dizer, acho que a conjuntura da gente está muito complicada. Eu acho que a gente tem que fazer, o Gastão [Wagner] vem falando e algumas outras pessoas em um certo sentido, refundar o Movimento de Reforma Sanitária e começar a brigar de novo. Nada do que a gente achou que estava garantido está garantido e se a gente ficar passivo vai perder de novo. E lembrar que a gente conseguiu conquistar uma série de coisas em circunstâncias muito mais adversas. O início desse processo vem lá, da década de 70 ainda, ditadura.

TF: Era uma Ditadura diferente.

KC: Era uma Ditadura mais escancarada, pelo menos ninguém está sendo torturado, quer dizer, ninguém não sei.

TF: Ninguém está morrendo de fome, as criancinhas estão morrendo. Bom, enfim, temos um quadro [...]

KC: Dantesco.

TF: Dantesco. Acho que cobrimos.

A.L: Boa aula.

KC: Tem só uma coisa que eu queria acrescentar, ainda do ponto de vista dessa coisa política, que eu tenho insistido muito. Até que as pessoas não têm nada de original nisso não, mas eu acho que é importante a gente não perder isso de vista. A gente não conseguiu fazer com que o SUS fosse comprado pela população da mesma forma que o NHS é no Reino Unido, da mesma forma que o sistema de saúde é no Canadá. E você tem setores expressivos do que seria mais avançado em movimento social que resistiram desde o início e que continuam resistindo até hoje, e tem duas coisas que eu me lembro sempre. Uma, essa coisa do Hésio [Cordeiro] que eu estava falando agora, no momento que o Hésio passou INAMPS para o Ministério da Saúde, não sei se você lembra, teve gente que disse que ele estava roubando patrimônio do trabalhador, porque estava tirando, abrindo o que era só de trabalhador, quer dizer, com carteira assinada, para todo mundo e, movimento sindical, os mais fortes, pauta de reivindicação sempre tinha o que? Plano de saúde, até hoje. Quer dizer, então você tem essa, eu acho que a gente tem uma coisa complicada para gente vencer, inclusive das barreiras de comunicação, que nem uma porrada de pesquisa de opinião começam assim, as pessoas que mais falam mal do SUS são as que não usam.

TF: Nem sabe o que que é.

KC: Nem sabe o que é. Nunca foi num centro de saúde, aí vai e fica maravilhado com o atendimento. Não que não tenha problema, não estou sendo ingênuo não, mas eu acho que tem essa coisa da comunicação negativa que acaba afetando a forma com as pessoas veem.

TF: Bom vamos voltar uma coisinha que acho que ficou confuso. O CEPESC (Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva), tem uma editora que publica a revista de vocês. O que tem de diferente aí?

KC: Não o CEPESC [...]

TF: Você tem uma publicação..

KC: A Physis é [...]

TF:A Physis é do CEPESC?

KC: Não, é do Instituto de Medicina Social, aí você [...]

TF: Pois é, mas o CEPESC tem uma publicação?

KC: O CEPESC funciona um pouco como escritório de projetos, em vários momentos ele ajuda com o financiamento. O que o CEPESC faz? Ele apoia as pesquisas do IMS e tem um pequeno *overhead* que fica no CEPESC para ajudar porque se não fosse a CEPESC a gente não existia, assim, concretamente. Para vocês terem ideia teve um determinado momento, em uma gestão da universidade aqui que não vem ao caso dizer qual foi, que o repasse total durante quatro anos de gestão de recursos pro IMS foi da ordem de R$ 4.000,00, fora o salário. Não tinha dinheiro para comprar papel higiênico. Então manutenção, aquisição de computadores, essas coisas todas, a gente consegue com recursos de pesquisa. Até funcionário, o funcionário que a gente tem dentro da universidade são três, a gente tem que contratar gente com recurso do CEPESC para poder prestar serviço de secretaria, a coisa de informática, manutenção, instalação, essas coisas todas. Então para algumas coisas ele apoia financeiramente, nesse sentido. O que o IMS publica, uma parte da bancada pelo CEPESC.

TF: Pelo CEPES.

KC: Mas a revista é do IMS. **TF:** E você está aonde agora?**KC:** Como assim?
TF: Isso aqui é o que?

KC: Isso aqui é um órgão da reitoria [...]

TF: Você não está mais no IMS, onde é que você está? Você é de lá, eu sei, mas você está [...]

KC: Eu estou, temporariamente. Eu continuo dando aula, eu reduzi um pouco a minha atividade, eu continuo dando aula, orientando normalmente, toda a segunda-feira eu tenho reunião com meu grupo de pesquisa lá. Mas durante essa gestão, a UERJ tem três sub-reitorias, que a pró-reitoria aqui a gente chama de sub. Tem uma sub-reitoria de Graduação, SR-1, uma sub-reitoria de Pós-graduação e pesquisa, SR-2 e uma sub-reitoria de extensão. A SR-2 por sua vez tem dois grandes departamentos, o departamento de, eu não sei a sigla, mas é da pós-graduação e o departamento de pesquisas, eu estou coordenando o

departamento de pesquisas.

TF: Ligado reitoria?

KC: Isso, terceiro nível. Reitor, sub e eu. [risos]

TF: Bom trabalho!