Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Casa de
Oswaldo Cruz

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CASA DE OSWALDO CRUZ

JAIR FERREIRA

(Entrevista)

Ficha Técnica

Projeto de pesquisa – Memória e história da hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960-2000)

Entrevistado – Jair Ferreira (JF)

Entrevistadoras – Laurinda Rosa Maciel (LM) e Maria Leide W. de Oliveira (MO)

Data – 28/11/2003

Local – Poços de Caldas/MG

Duração – 1h40min

Transcrição – Maria Lúcia dos Santos

Conferência de fidelidade – Angélica Estanek Lourenço e Laurinda Rosa Maciel

Sumário – Angélica Estanek Lourenço e Laurinda Rosa Maciel

Resenha biográfica – Angélica Estanek Lourenço e Laurinda Rosa Maciel

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

FERREIRA, Jair. *Jair Ferreira. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória e história da hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960-2000)*, 2003. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2023. 52p.

Resenha biográfica

Jair Ferreira nasceu no dia 29 de outubro de 1947, em Rio Grande, no Rio Grande do Sul. Recebeu dos pais o gosto pela leitura e pela música e ainda hoje participa de um coral cujo repertório inclui óperas italianas, tango e música popular brasileira.

Aos 15 anos saiu de sua cidade indo para Porto Alegre completar o segundo grau no Colégio Júlio de Castilhos. Seu gosto pela biologia e a percepção de que o curso lhe proporcionaria uma visão humanística da sociedade, foram os fatores principais que o levaram a optar pela Medicina, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em 1970. A escolha pela Dermatologia veio a partir das aulas na disciplina. Assim, ao final da graduação, optou por fazer o estágio obrigatório em Residência em Dermatologia. Defendeu a tese de doutorado pela UFRGS, "*Validade dos indicadores epidemiológicos utilizados para avaliar de forma indireta a magnitude da hanseníase*", em 1999.

Foi convidado pelo professor César Bernardes, em 1971, para trabalhar na Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul como médico de Saúde Pública (dermatologista). Em 1973, fez o Curso de Especialização em Saúde Pública, na Universidade de São Paulo (USP), cuja carga horária era de 900 horas.

Ao retornar desse curso foi admitido no convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) para trabalhar como médico em regime de dedicação exclusiva, que o obrigou a abrir mão de trabalhar em consultório particular. Foi nesse trabalho que implantou um sistema informatizado para o registro dos pacientes de hanseníase, sendo o cadastro feito por nome.

Dr. Jair foi consultor da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hanseníase, em vários países como Venezuela, República Dominicana, Guatemala, entre outros. Assim como Consultor Temporário para Desenvolvimento de Programas de Hanseníase em alguns estados brasileiros e é membro da Comissão Nacional de AIDS do Ministério da Saúde, desde 1992.

Em 1989, prestou concurso para professor auxiliar de Epidemiologia no Departamento de Medicina Social, na UFRGS, onde ministra aulas também na Faculdade de Nutrição. Ainda hoje atua como Coordenador do Programa de AIDS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e como participante do comitê de Cooperação Técnica em Hanseníase do Mercosul.

Sumário

Fita 1 – Lado A

Lembrança da infância em Rio Grande, no Rio Grande do Sul e a origem familiar; formação escolar, a ida para Porto Alegre para finalizar o curso secundário no Colégio Júlio de Castilhos e para fazer o vestibular; a opção pela Medicina e a ditadura militar durante a graduação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), entre 1965 e 1970; o interesse pela Dermatologia e a Residência Médica em Dermatologia Geral e Hanseníase, em 1972; circunstâncias de sua ida para a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul como médico de Saúde Pública (dermatologista), em 1971; a especialização em Saúde Pública, na Universidade de São Paulo, em 1973; o convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul com a Fundação SESP que selecionava profissionais para trabalhar em regime de dedicação exclusiva; sua entrada neste convênio na Dermatologia Sanitária, em 1974 e a criação do sistema de registro informatizado dos pacientes de hanseníase; a atuação como consultor de hanseníase de curto prazo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1978; a eliminação da hanseníase no Rio Grande do Sul, em 1995; sua tese de doutorado intitulada "*Validade dos indicadores epidemiológicos utilizados para avaliar de forma indireta a magnitude da hanseníase*", defendida em 1999, na UFRGS.

Fita 1 – Lado B

O término do convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde com a Fundação SESP, em 1989; a aprovação no concurso público para professor auxiliar do Departamento de Medicina Social, na UFRGS; a aposentadoria na Secretaria Estadual de Saúde, em 1996; o convite recebido logo após para assumir o cargo de Coordenador do Programa de AIDS, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; relato sobre a realização das supervisões pela Comissão Nacional de AIDS, do Ministério da Saúde, a partir de 1992; a implantação da poliquimioterapia no estado do Rio Grande do Sul; os trabalhos realizados no Hospital das Clínicas e a implantação do registro do câncer; avaliação sobre o interesse dos médicos pela Dermatologia, atualmente; a participação em congressos internacionais de hanseníase e a mudança na denominação da doença, de lepra para hanseníase.

Fita 2 – Lado A

Comentários sobre o alto número de casos de hanseníase ainda registrados no Brasil; alguns problemas encontrados e as medidas de combate à doença; comentários sobre a validade da proposta de diagnóstico, a partir do número de lesões encontradas no paciente em vez da realização da baciloscopia; os casos de reações pós-alta e virchowiana; o seu contato e a amizade com Marcos Virmond; a avaliação sobre a atuação de novos profissionais em saúde pública atualmente; a necessidade de implantação de novos serviços de atendimento ao paciente.

Fita 2 – Lado B

Comentários gerais sobre a atuação governamental na área de Saúde Pública e na Educação, nos últimos anos.

Projeto de pesquisa – Memória e história da hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960-2000)

Entrevistado – Jair Ferreira (JF)

Entrevistadoras – Laurinda Rosa Maciel (LM) e Maria Leide W. de Oliveira (MO)

Data: 28/11/2003

Fita 1 – Lado A*

LM: Projeto "História e Memória da Hanseníase no Brasil através de seus Depoentes". Entrevista com o Dr. Jair Ferreira. Hoje é dia, ainda, dia 28 de novembro de 2003. Fita número um. Eu sou Laurinda Rosa Maciel e é a nossa primeira entrevista.

Bem, Doutor Jair, eu gostaria da gente começar, da gente a conversar que o senhor falasse pra gente o seu nome todo, onde foi que o senhor nasceu, quando, o nome dos seus pais, se tem irmãos e as lembranças, assim, primeiras da sua infância; onde fez o primeiro grau, o segundo grau. Enfim, até o ensino universitário.

JF: Hum, hum. Bom, eu... É Jair Ferreira apenas. Não tenho outro nome o que me traz muito problema com os estelionatários que têm o mesmo nome que eu. E eu nasci em Rio Grande no dia 29 de outubro de 1947. Se for olhar o meu documento está escrito 29 de junho, eu tive que... Meu pai teve que...

LM: Junho?

JF: É, está escrito junho porque meu pai teve que antecipar minha idade, senão não podia fazer exame de admissão, tinha uma lei que não permitia... que as crianças que não tivessem dez anos e meio, fosse fazer 11 até...

LM: Hum. Aquelas coisas...

JF: E aí ele antecipou a minha idade para poder fazer exame de admissão. Meu pai chamava-se Osmar Ferreira, era uma pessoa que tinha apenas o curso primário, na época o primário dos anos do início do século, era sete anos. E a minha mãe também, Dalva Ferreira, também tinha o mesmo grau de instrução. Mas eram pessoas que eram... Gostavam muito de cultura, assim, liam muito, eram muito bem informados. Eram pessoas que... Minha estudava música, estudava canto.

LM: Ah! Daí é que vem, não é?

---

* LEGENDA:
Palavra sublinhada – demonstra ênfase na fala.
Palavra em *itálico* – não pertence à Língua Portuguesa.
Palavra em **negrito com um ponto de interrogação junto** - é porque não se tem certeza dos fonemas ou da grafia.
(...) - é para demonstrar silêncios ou pausas na fala, como se o orador estivesse pensado, ou tiver sido interrompido pela fala do outro, ou qualquer coisa equivalente.
Palavras em **(negrito e entre parênteses) -** necessidade de explicar algo ocorrido e estranho à fala, como tosse, riso, pigarro, batidas de marcação da fala, toque de telefones etc.,
(inaudível) – palavras incompreensíveis devidos a problemas de gravação ou fala.

JF: O meu pai tinha conhecimentos assim de história, de política, de...

LM: Ótimo.

JF: Conversavam muito na mesa como a gente sobre assuntos vários. E eu tenho apenas uma irmã, a Mara Ferreira.

LM: Mara?

JF: E na realidade era pra ter uma irmã mais velha que faleceu antes d'eu nascer de meningite tuberculosa.

LM: Olha!

JF: E aí nós... Bom, enfim tudo... A família sempre foi ligada com a cultura. A minha irmã hoje é professora de literatura na Escola de Literatura e sempre se interessou por difundir leitura.

LM: E lá na universidade?

JF: Não, atualmente ela professora numa faculdade autônoma em Porto Alegre, mas lecionou o segundo grau, foi da Secretaria da Educação, foi Coordenadora do Projeto do Livro. Enfim, é...

LM: Tem uma atuação nessa área, não é?

JF: Eu gosto também de ler. Ela tocava piano, eu não, só cantava. Ela tocava piano.

LM: Ah, toda família é musical então, não é?

JF: É, meu pai não era muito, meu papai gostava de música, mas não era muito... Ele sabia que desafinava, então não cantava. (**risos**), mas... Nós... Então a minha infância foi em Rio Grande, eu fui criança nos anos [19]50. Então eu vivi os anos [19]50 como criança, e fui adolescente nos anos [19]60, mas eu era adolescente excêntrico, não sou daquele tipo de adolescente que foi *hippie*, que deixou crescer o cabelo, deixou crescer a barba. Nunca fiz nada disso, sempre fui...

LM: Mais centrado, não é? Mais...

JF: Sempre o mesmo jeitão assim, meio... Aparentemente e fisicamente um conservador, mas com idéias não tão conservadoras. Sempre tive idéias...

LM: Hum, hum. Ah, é mais interessante isso, não é?

JF: Era.

LM: Do que a pessoa ter sempre uma postura de...

JF: Tinha idéias próprias...

LM: ...Ser pra frente, mas na hora H são conservadoras.

JF: Bom, então eu vivi... Até os 15, eu vivi em Rio Grande e sai de lá pra estudar em Porto Alegre pra fazer o segundo ano do segundo grau. Eu até morei lá.

LM: Só um instantinho.

JF: Rio Grande é o porto de lá do Rio Grande do Sul.

LM: Pois é.

JF: É uma cidade...

LM: É perto de Porto Alegre?

JF: Não, é uns 300 quilômetros de Porto Alegre.

LM: Nossa!

JF: Lá no sul do Brasil.

LM: Ai! Deve ser um frio danado!

JF: É. Não é... É, é frio, é mais frio do que (**risos**)

LM: Do que Porto Alegre.

JF: Do que Porto Alegre inclusive. É mar, não é? Então o verão é um tanto quanto mais ameno do que o de Porto Alegre, que é muito quente; o inverno costuma ser mais frio, mas não cai neve em Rio Grande. É, é baixo, mas subindo a serra cai, não é? Mas é desagradável, o clima ventoso, faz temperaturas baixas, úmido.

LM: Ah, não fazia ideia que fosse tão distante de Porto Alegre. 300 quilômetros.

JF: É, e ao sul. É dos lugares mais ao sul do Brasil, mais ao sul tem duas outras cidades só.

LM: Aí depois acaba a mapa. (risos)

JF: Depois acaba o Brasil, ou começa o Brasil. Depende do ponto de vista. (risos)

LM: É, depende do ponto de vista.

JF: Então, Rio Grande é uma cidade de colonização portuguesa, mas com algumas influências de inglês também. Tinha várias, porque por causa do porto havia várias firmas, Swift, Pork, Wig, eram firmas importantes que tinham lá, indústrias, que eram de ingleses. E aí então tem algumas, alguns hábitos, às vezes, que lembram hábitos ingleses. Eu estudei lá primeiro grau, num colégio público... Estudei sempre em colégios públicos.

LM: Em colégio público, é.

JF: Só que colégio público na época tinha uma qualidade diferente.

LM: É, eu também sou da geração ainda de colégio público.

JF: Eu estudei no primeiro grau num colégio chamado Juvenal Müller. E esse colégio... As professoras eram mulheres da classe média alta, entendeu?
LM: Hum, hum. Que coisa, não é?

JF: Então assim, eu era colega de muitos filhos de professoras.

LM: De classe média alta.

JF: De classe média alta, mas também freqüentavam o colégio pessoas de classe mais baixa. Então a gente vivia numa certa misturada ali.

LM: O que é interessante, não é?

JF: Que era uma mistura de classe.

LM: É. eu gosto também.

JF: Bom, então... E quando eu passei pra o ginásio, naquela época tinha o ginásio que hoje não tem mais, não é? Eu fui pra um outro colégio chamado Lemos Júnior, era muito interessante...

LM: Lemos?

JF: Lemos Júnior. O Juvenal Müller ele tinha ginásio, mas só para menina. Ele separava, no ginásio nos anos [19]50 ainda era assim, quando chegava no ginásio eles separavam as meninas dos meninos. (**risos**) E nós lá em Rio Grande no tínhamos colégios mistos no ginásio. Só ia ser misto de novo no segundo grau. Bom, o Lemos Júnior tinha moças e rapazes, mas eram em aulas diferentes, pátios diferentes.

LM: Não se encontravam. (**risos**)

JF: <u>Não se encontravam</u>. Não se encontravam.

LM: (**risos**) Na hora do recreio.

JF: Não, de jeito nenhum. Bom, mas eram colégios bons, os professores que se lecionavam eram pessoas assim que eram profissionais, então professores de química, de física, os caras eram engenheiros, eram químicos industriais. Nós tínhamos uma lista de professores de um gabarito muito alto. Eu tenho sorte, tive sorte na vida, eu tive bons professores e bons colégios. E quando eu cheguei no segundo ano científico, na época era o segundo grau dividido em clássico e científico. Eu e um outro colega resolvemos seguir pra Porto Alegre porque nós visávamos o vestibular de medicina. E Rio Grande não tinha os cursinhos, não tinha... Então a chance era ir pra Porto Alegre e nós fomos pra um colégio chamado Júlio de Castilhos, que também é um colégio público.

LM: Júlio de Castilhos.

JF: E que na época era chamado colégio padrão. Era interessante que boa parte dos professores que nos davam aulas no Júlio de Castilho eram professores que davam aulas nos cursinho.

LM: Ah, olha! Hum, hum.

JF: Então era uma... Então eu também fui pra um colégio bom e no terceiro ano eu fui fazer os cursinhos...

LM: O curso preparatório, não é?

JF: Sim. Tive bom resultado, tive sucesso, nós passamos no primeiro vestibular a gente entrou pra medicina.

LM: Com 18 anos?

JF: 17.

LM: 17. Em 1970?

JF: Não, em 1965.

LM: Em [19]70 você acabou?

JF: Em [19]70 eu acabei a medicina.

LM: Terminou o curso, ta. Hum, hum.

JF: De todos os formandos, eu era o segundo mais moço. Era porque eu tinha puxado a idade, tinha um outro já de Porto Alegre que também tinha feito alguma mutreta e tinha entrado, esse era de dezembro. Bom...

LM: E por que medicina, Doutor Jair?

JF: Pois é, uma boa pergunta.

LM: E não a história, literatura...

JF: Ou áreas exatas, porque...

LM: Ou... Exatas? É, pode.

JF: Sim, porque eu sou... Eu tenho uma facilidade tremenda em matemática. Eu sou uma pessoa com grande facilidade de cálculo mental, tenho lógica matemática. (risos) Pois é, a razão é meio complicada. Na verdade eu acho que eu fui pra medicina uma parte influenciado por colegas que iam também que estavam procurando medicina, mas eu gostava muito de biologia. E tem uma coisa medicina assim, quer dizer, pra pessoa que quer ser eclético, conhecimento eclético, a medicina dá uma certa vantagem porque a

medicina obriga, se a pessoa quer ser bom médico obriga muito a ter conhecimento humanístico, não é? Então na verdade a medicina dá um campo muito amplo.

LM: Mais abrangente, não é?

JF: E eu foi por causa disso aí. Quer dizer, eu podia ter ido pras áreas das exatas. Mais fui para área da medicina. Bem, e aí na medicina... Agora eu lembro porque eu fui fazer Dermatologia.

LM: É. Foi alguma coisa na graduação?

JF: Foi.

LM: Como é que foi a chegada na universidade?

JF: Bom...

LM: Foi o esperado, não foi, como é que eram os colegas; o que você achou dos professores.

JF: De um modo geral eu me...

LM: Porque [19]65, época aí de regime militar, não é?

JF: Era, mas...

LM: Quer dizer, como que era isso dentro da universidade?

JF: Ah, era uma época de muita movimentação, e aqui entre nós, eu sempre fiquei à margem.

LM: À margem, tá.

JF: Por uma razão muito simples. Como eu disse, olha aqui, eu sempre fui muito crítico. Sempre tive idéias muitos próprias. E na minha cabeça o que estava acontecendo naquele momento era o seguinte, havia duas facções. Uma que queria manter uma ditadura de direita e a outra queria implantar uma ditadura de esquerda. Ditadura por ditadura eu não ia me meter com nenhum dos dois. Então eu sempre me mantive... Até fui de Centro Acadêmico e tudo mais, mas...

LM: Nunca teve nada.

JF: Nunca me meti em manifestações políticas, coisa nenhuma, não. Sempre fui, sempre fiquei assim à margem do processo, não é? Alguns colegas meus que não ficaram à margem sofreram torturas.

LM: Eu imagino.

JF: ...horrores etc e tal. Outros foram dedos duros...

LM: É opção, não é?

JF: ...eu tinha colegas que eram dedo duro. Eu fui cantado pra ser dedo duro, eu fui cantado pra ir participar de manifestações das esquerdas, eu nunca me meti em nenhuma delas, fiquei de fora, não me arrependo. Certo. Porque eu acho que como... Hoje conversando com os meus colegas que eram militantes de esquerda ele dizem: "Não, a gente ia implantar ditadura de esquerda sim, era isso, era a idéia". Fala-se, falava-se em democracia e tudo mais, mas tudo isso era da boca para fora, na prática era isso, eram duas facções cada uma querendo a sua ditadura. A sua que era boa. Naquele momento a da direita estava ganhando. Era isso. Bom, mas foi uma época conturbada, embora nós ali não tenhamos, que houve, em [19]68 principalmente houve muitos movimentos de greve e de... Mas eu caí numa turma que era bastante conservadora, não se metia muito.

LM: Isso não prejudicou o andamento do curso, não é?

JF: Não, em nenhum momento **(inaudível)** curso prejudicado. Bom, eu aproveitei... Agora porque dermatologia, não é?

LM: É.

JF: É o seguinte, eu acho que a origem disso está numa aula do segundo ano em microbiologia, certo? Que estava ministrando o professor Jobim que depois foi reitor da universidade.

LM: Você lembra do prenome dele, não?

ML: Homero.

JF: Homero (**inaudível**) Jobim. Homero Sá Jobim. E o professor Jobim estava dando aula...

MO: É parente do Tom Jobim.

JF: Era.

LM: Oi?

MO: É da mesma família do Tom Jobim.

LM: Ah, ta!

JF: Bom, o professor Jobim estava dando uma aula de microbiologia e estava falando sobre as microbactérias.

LM: Sim.

JF: E projetou um slide de uma pessoa, da face de uma pessoa que tinha uma lesão tuberculóide. Muito bem, mostrou ali e tal aquela lesão, descreveu assim, descreveu outras lesionarias, aquela lesão tuberculóide me chamou atenção. Isso foi no segundo ano da faculdade, dois anos depois no quarto ano eu estava tendo uma aula prática de

dermatologia na cadeira de dermatologia com o professor César Bernardes, que esse é um nome que eu gostaria também de citar, porque foi muito importante na minha vida.

LM: Ótimo.

JF: E o professor Bernardes trazia o paciente pra sala de aula pra discutir diagnóstico.

LM: Sim.

JF: E entrou um paciente com uma lesão de face que na minha cabeça lembrava...

LM: A tuberculóide.

JF: Aquela hanseníase tuberculóide.

LM: A imagem que o senhor tinha visto.

JF: E aí o professor Bernardes falou: "Bom, o que vocês acham, qual é a hipótese de diagnóstico?" Na hora que vou dar meu hipótese eu falei: "Eu pensaria na Hanseníase Tuberculóide". Aí ele começou, como ele fazia sempre, colocava os diagnósticos no quadro negro. (**um telefone toca o gravador é desligado**) Então ele colocava no quadro negro os hipóteses e começa a fazer críticas das hipóteses: Ah isso aí podia ser porque tem isso, mas não tem isso, não tem aquilo, ou tem tal coisa que não... Foi dando a aula...

LM: Uma maneira interessante, não é? de...

JF: É, era uma maneira interessante, muito boa. E aí no final ficou que certamente era hanseníase tuberculóide. Aí recebi, "Ah, parabéns, tem muito... Como é que tem um..."Não, eu lembrei da foto". Ele disse assim: "Ah, tens boa memória visual.", não é? Elogiou e eu disse "pô mas dermatologia é uma coisa que realmente tão objetiva não é? É algo que eu..." Cai no rosto, a gente olha a lesão e pode saber, não é?

LM: (**risos**) E vê.

JF: E aí eu comecei a gostar da dermatologia e comecei a freqüentar fora das aulas curriculares quando tinha folga eu ia para dermatologia.

LM: Esse professor era de dermato[logia]?

JF: Dermatologia, sim, esse professor Bernardes era de dermatologia. Bom, quando terminou, quando chegamos nos sexto ano nós tínhamos a possibilidade de escolher o estágio final. E tinha o estágio obrigatório de clínica, a gente era obrigado a fazer de pediatria, de obstetrícia, de cirurgia e de clínica, mas entre as enfermarias de clínica que a gente podia freqüentar estava dermato[logia]. Então eu encaixei o opcional de clínica e mais o obrigatório de... Quer dizer, o obrigatório de clínica e o opcional de seis meses que durava na época. Eu escolhi dermatologia. Muito bem, e esperando ficar de Residente em Dermatologia. Bom, naquela época o professor titular escolhia os residentes.

LM: Isso é o que no hospital universitário?

JF: Naquela época, era a Santa Casa da Misericórdia , que era o hospital universitário da época. Bom, na época o professor, o professor ele... O professor titular que não era o Bernardes, era o professor Clóvis Bope, ele tinha o poder de escolher os residentes como bem entendesse, não tinha concurso, não tinha nada.

LM: Clóvis Bope?

JF: Clóvis Bope. Aí o professor Bope não me escolheu. Ele escolheu um outro colega e um de outra faculdade, que já tinha mais tempo com ele, enfim, mas eu fiquei, eles me aceitaram que eu permanecesse de Residente voluntário, então, por alguns meses eu fiquei lá trabalhando de Residente sem ganhar nada, mas o professor Bernardes que já me conhecia bem e tinha algum tipo de admiração por mim , era na época o Chefe da Hanseníase no Estado e lá pela metade do ano ele disse: "olha eu tenho uma vaga lá para médico, para atender dermatologia e hanseníase no Estado. Se tu queres, o professor concorda que os alunos... que quem está fazendo Residência possa, e está de voluntário, possa ter um emprego na Secretaria de Saúde, não tem problema". Então claro que eu queria, não é? Então em agosto de [19]71 eu entrei para a Secretaria de Saúde, naquela época não tinha concurso, era realmente por indicação. Não foi uma indicação política, foi uma indicação, até que eu nem pedi, ele me convidou. E eu fui trabalhar no ambulatório que tinha a Secretaria de Saúde. Que era um ambulatório de dermatologia onde se atendia hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e dermatologia geral.

LM: Hum, hum. Na Secretaria Estadual de Saúde?

JF: Na Secretaria Estadual de Saúde. Eles recente tinham reformado, feito uma reforma no prédio. E aí ele... (**interrupção, o gravador é desligado**)

LM: Tá, legal, a bateria está boa. Podemos recomeçar.

JF: Bom, eu passei então a atender nesse ambulatório. Eu entendia dermatologia geral e hanseníase. Muito bem. Em seguida eles perguntaram se eu não gostaria de fazer supervisão. Porque eu já tinha experiência com hanseníase lá da Santa Casa e o programa de hanseníase precisava de gente que viajasse para o interior, para orientar o...

LM: Com disponibilidade, não é?

JF: É. E aí eu topei. Topei e comecei a viajar, ainda em [19]71 eu comecei a viajar para o interior fazer supervisões, orientar os colegas que não eram especialistas. E foi quando eu comecei a ter gosto para coisa. (**risos**) Para serviço público. Naquele negócio da supervisão a gente ia no interior e conhecia a situação local, ia na casa dos pacientes, e recebia pacientes nas unidades, conversava com o pessoal das unidades e sobre os assuntos nas unidades.

LM: É um trabalho que é muito humano também, não é?

JF: É.

LM: É muito humanístico nesse sentido também.

JF: Com certeza. E tinha aquela coisa, viajem, pegar de manhã cedo uma viatura e ir embora, ficar cinco dias fora e dormia nos hotéis do interior e pegava estradas e conhecia as menores cidades do Rio Grande do Sul. Enfim, foi uma experiência muito interessante. E eu me saía muito bem, o pessoal elogiava. E aí quando estava terminando a Residência eles me selecionaram como um possível candidato a fazer o Curso de Saúde Pública em São Paulo, ganhar uma bolsa da (**inaudível**)

LM: Isso em [19]73 não é?

JF: Isso.

LM: Que o senhor foi fazer. Ham, ham.

JF: E aí eu fui, eu aceitei, recebi... Eu ficava recebendo o meu salário do Estado e mais uma bolsa.

LM: Certo. (**interrupção**)

JF: Muito bem. Então em [19]73, eu passei praticamente o ano inteiro em São Paulo fazendo um curso na USP.

LM: E como que foi esse curso Dr. Jair?

JF: Bom, era um curso de especialização em... Mas era um curso de 900 horas.

LM: Sim!

JF: Era um curso muito grande.

LM: É, denso, o tempo todo.

JF: Muito denso, o tempo todo. Não, fui para São Paulo e lá fiquei um ano. Eu ganhei dispensa do...

LM: Da Secretaria.

JF: Da Secretaria e... Muito bem, quando eu retornei, ou quando eu estava por retornar, a Secretaria de Saúde naquela época firmou um convênio com a Fundação SESP. Por isso...

LM: Sim. Esse curso o senhor fez junto com o Foguinho [Cláudio Marcus da Silveira]?

JF: Não.

LM: Mas ele fez esse curso também.

JF: Fez, mas em anos anteriores.

LM: É, ele fez antes.

JF: É, tinha quatro colegas do Rio Grande do Sul juntos, naquela época. Um deles foi depois meu colega muito tempo na Secretaria de Saúde que foi o José Taquarussú Fiúza Lima, que chegou depois a coordenar a SUCAM aqui no Brasil.

LM: José?

JF: Taquarussu Fiúza Lima. Ele foi coordenador do SUCAM nos anos [19]80. Bom, nós tínhamos essa... Esse curso, quando eu estava no finzinho, nós tínhamos esse convênio com a Fundação SESP e esse convênio, ele selecionava profissionais que estivesse interessado em fazer dedicação exclusiva em saúde pública. Isso implicava dizer que não podia ter consultório.

LM: Hum, hum. Porque eles alegavam que já pagavam um tremendo salário, não é? Então... Eu não sei se era isso mesmo, não é? mas...

JF: Não, mas eram bons salários.

LM: Era bons salários, não é?

JF: Eram bons salários.

LM: Justamente para que não se tivesse consultório, é.

JF: Bom, porque eu cheguei a ter consultório médico. Durante a Residência mesmo, tive um colega meu, mais velho, que foi para Londres, e nesse período eu fiquei no consultório dele, foi um ano de consultório. Tudo calhou, quando ele estava voltando eu estava fazendo a Residência e... E me ofereceram essa possibilidade de ir fazer o Curso de Saúde Pública. E na volta do Curso de Saúde Pública me acenaram, se eu quisesse, ficaria fazia dedicação exclusiva, permaneceria na área de dermatologia sanitária, mas aí eu teria que trabalhar com Vigilância Epidemiológica, Planejamento em Saúde, junto com outros que trabalhavam já com outra doenças, com tuberculose, com o pólio...

?: E o...

JF: Hein?

?: (**inaudível**)

JF: Sim, o (**inaudível**) todos eles estavam nesse convênio. Muito bem, eu ponderei e aceitei. Então a partir de [19]74 quando eu retornei eu já entrei para esse regime de dedicação exclusiva. Eu permaneci em dermatologia sanitária, fiquei de chefe substituto do Dr. César Bernardes, continuava, subchefe, mas o Dr. César me deu assim, carta branca para mexer no programa de hanseníase e de doenças sexualmente transmissíveis que fazia parte na época. Então eu comecei um trabalho de renovação, de reformulação de normas, enfim. E aí ainda em [19]74 mais para o fim, eu comecei a fazer um trabalho de transformar o registro que nós tínhamos que era manual em registro de computador. Porque a Secretaria tinha um centro de processamento próprio. E tinha gente que estava de programadores e analistas... que nos auxiliariam a fazer isto, e eu então comecei a trabalhar com alguns dessas pessoas do CPD lá, do Centro de Processamento de Dados, a criar um sistema de computador. Na verdade o que ele teve de interessante foi o

seguinte: Eu achei que como a doença de hanseníase é uma doença crônica, o sistema de registro tinha que ser diferente das agudas. As agudas tinham necessidade de registro numérico, as unidades que diziam: "Oh tenho tantos casos..." E botava para o (**inaudível**) epidemiológico, mas hanseníase não pode ser isso. Hanseníase o paciente vai ter que entrar por nome, registrado e nós vamos ter que depois registrar o segmento dele. E assim eu criei, e criei na prática assim, eu fiz um trabalho braçal, porque nós tínhamos um fichário manual imenso.

LM: Nossa Senhora! Já pensou o que é isso!?

JF: E eu pegava as listas de pacientes e nas viagens que eu ficava fazendo, de noite, no hotel eu pegava e transferia, passava para uma planilha para ser codificado no computador. Assim eu codifiquei 3.500 pacientes que era o total de registro ativo do Rio Grande do Sul.

LM: E como que era esse trabalho assim, aí o senhor já está na capital, não é? Diremos assim, já está em Porto Alegre.

JF: Sim.

LM: E esse contato que se mantinha com as secretarias, assim, municipais de saúde...

JF: Na época as Secretarias Municipais de Saúde não tinham expressão nenhuma com execução a de Porto Alegre que era expressão, mas as demais não tinham, chegava a não existir Secretaria Municipal de Saúde, compreende? O estado tinha unidades em todos os municípios. Unidades sanitárias, então o estado é que era o grande atuante e tinha o INAMPS que fazia assistência médica.

LM: É, não, mas aí é diferente.

JF: Agora a área de saúde pública era a Secretaria de Saúde. Então as municipais, nessa época. Agora é diferente, mas naquela época...

LM: Sim, sim, ta. Está bom.

JF: Bom, então este programa, causou uma revolução do programa de hanseníase, no programa de Registro de Dados por computador.

LM: Imagino. (**risos**)

JF: Porque anos depois eu descobri que ele foi pioneiro no mundo. Ninguém tinha, era uma coisa óbvia. Para mim era óbvio, pega um sistema tipo dos bancos, como tinha os bancos. Porque eu via nos bancos, essas pessoas... Naquela a gente ia lá no banco e dizia: "Eu quero fazer um depósito, eu quero fazer uma retirada..."

LM: Eu lembro disso. (**risos**) Ficaria no...

JF: E a pessoa via a lista, tinha o meu nome lá, com o meu saldo, o pessoal riscava o saldo.

LM: Gente! É verdade, era assim. (**risos**)

JF: Eu digo: Bom, então hanseníase tem que ser a mesma coisa, o cara muda a data do último exame, muda, risca, bota...

LM: É. é.

JF: Nada mais do que... É o sistema comercial. E então eu apliquei o sistema comercial na hanseníase.

LM: Certo, na saúde.

JF: E funcionou e eu publiquei, junto com o César Bernardes, um trabalho no Boletim da Divisão Nacional de Dermatologia sanitária, publicamos em [19]76.

LM: Sobre esse...

JF: Sobre esse programa.

LM: Esse programa.

JF: Muito bem, que eu acredito que ninguém tenha lido, com exceção de uma única pessoa.

LM: (**risos**) Quem, doutor?

JF: O doutor Célio de Paula Mota, que era o Coordenador do Programa de Hanseníase da Organização Pan Americana da Saúde e ele estava radicado na Venezuela, a sede do programa era lá. Ele leu e disse: "Mas é isso aqui que nós estamos precisando aqui na Venezuela, que eles estão tentando fazer".

LM: "Vou chamar esse rapaz"?

JF: E aí me convidou para fazer uma assessoria na OPS de quatro meses em [19]78.

LM: Certo. Consultor de curto prazo, é isso? Nas doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, e de hanseníase?

JF: Não, não. Não, mas esse é outra coisa. Não hanseníase é que eu tenho... Esse primeiro foi só para hanseníase.

LM: Só para hanseníase, na Venezuela, não é?

JF: Foi na Venezuela...

LM: Agosto e setembro.

JF: Depois fui para [República] Dominicana. Depois eu fui para... Estive em Washington.

LM: USA. É, depois Guatemala.

JF: Guatemala e aí...

LM: Uruguai e Bolívia.

JF: Uruguai e Bolívia já foi em outras épocas.

LM: É, é, na década de [19]90.

JF: Isso. Mas essa assessoria que durou três meses e meio. Foi para essa finalidade, eu fui olhar o sistema de informação nesses países aí. Muito bem, com isto eu abri minha carreira internacional. Eles... O Dr. Célio estava para se aposentar e me indicou como substituto dele, no que eu o decepcionei, porque eu não aceitei. Eu não quis.

LM: Ele deve ter ficado arrasado. (**risos**)

JF: Mas o Dr. Célio era uma pessoa muito...

LM: Não, porque ele deve ter confiado muito no senhor, não é?

JF: É, mas eu não quis ir mas é uma (**inaudível**) temperamento, porque a pessoa para ir para ser consultor internacional.

LM: Tem que ser meio cigano assim...

JF: É, (**inaudível**) Tem que ter esse gosto, para estar, ser cidadão do mundo, coisa que eu definitiva não sou, sou muito arraigado, sou muito filho de raízes. Aí, eu continuei eventualmente fazendo assessorias, STC sempre. **(inaudível)** porque no momento que a gente abre um espaço, depois me chamaram pra doenças sexualmente transmissíveis, me chamaram para... a OMS também, fui em [19]80, a OMS me colocou dentro do Conselho de Especialistas deles de hanseníase, e eu estou lá até hoje. E, com isso eu fiz assessorias diversas. Estive no Egito, estive em Genebra duas vezes, estive na Indonésia, estive... Enfim, em outras situações...

LM: Claro!

JF: Participando de reuniões técnicas, como consultor de cursos e tudo mais... Então...

LM: Te abriu um caminho...

JF: Abriu um caminho.

LM: ... Legal, um caminho interessante.

JF: Bastante interessante. E eu... Mas eu permaneci no programa de hanseníase no Rio Grande do Sul. Esse foi o meu... Realmente o meu ... eu mantive o meu trabalho lá até me aposentar em [19]96. Em [19]95 a gente na eliminação. Quer dizer, eu me aposentei depois de ter chegado na meta de eliminação, no Rio Grande do Sul. Claro que no Rio Grande do Sul partir com uma vantagem que já tinha um endemia baixa, mas eu realmente..

LM: Então desde [19]95 já está eliminado lá?

JF: Desde [19]95.

LM: Olha só! Que bacana.

JF: Foi o primeiro estado que eliminou. Mas também era o estado que tinha menos casos.

LM: Sim.

JF: Não há tanta vantagem assim.

LM: É, mas de toda forma, não é? É o empenho dos profissionais envolvidos aí, não é?

JF: É. Bom, e o que aconteceu mais. Em [19]83, surge a AIDS no Rio Grande do Sul. E AIDS começa e toma um corpo muito grande e eu tive que... Eu já trabalhava com doenças sexualmente transmissíveis (DST), nós já tínhamos implantado um programa um primeiro programa, em [19]79, foi o primeiro programa de Educação em DST no Rio Grande do Sul e com a vinda da AIDS foi e cresceu o programa.

LM: Eu imagino.

JF: Então eu comecei a dividir meu trabalho entre hanseníase e AIDS. Em todo caso, embora a AIDS começasse a ter um volume muito maior, porque hanseníase era de baixa endemia no Rio Grande do Sul.

LM: É aquele "devagar e sempre", não é?

JF: É, eu manteve um vínculo muito forte com hanseníase, continuei sendo membro do comitê aqui. Fui também membro da Comissão Nacional de AIDS, por muito tempo. Mas, a minha tese de doutorado eu fiz em hanseníase.

LM: Em hanseníase, exatamente.

JF: Eu usei todo aquele registro computador...

LM: É. "Validade dos indicadores epidemiológicos utilizados para avaliar de forma indireta a magnitude da hanseníase".

JF: Exatamente, de certa forma isso é um trabalho de uma vida, porque eu fui buscar.

LM: Sim. Que o senhor defendeu em [19]99, não é?

JF: Isso, eu fui buscar... Porque eu já estava aposentado quando eu defendi, mas eu fui buscar tudo o que eu tinha de registro de computador e mais o que estava nos (**inaudível**) que eu conservei...

?: 99, não é 89.

LM: 99. É.

JF: Bom, [19]89 eu comecei o curso. (**risos**) Levei 10 anos para...

LM: Levou 10 anos. (**risos**)

JF: Então, é um trabalho de uma vida, porque eu peguei também as fichas que eu conservei, eu não deixei botar fora as fichas.

LM: Lógico.

JF: Não! Então eu tirei muitos dados das fichas que não estavam no computador e trabalhei a tese em cima disso aí.

Fita 1 – Lado B

JF: Cheguei a ser membro do Comitê da (**inaudível**), do Ministério [da Saúde].

LM: É, até porque... Não existe mais hanseníase no Rio Grande do Sul.

JF: Não, existe.

LM: Existe?

JF: Continua existindo, mas em endemia baixa. Na verdade a incidência não mudou muito, como em todo o lado caiu a prevalência, caiu o número de casos em tratamento, mas o número de casos novos, mas não é muito grande, em torno de 200 por ano, se mantém. Flutua em torno desse número. Dr. Jair, o senhor também, desde [19]99 está na Universidade, não é isso?

JF: Desde [19]89.

LM: [19]89... Ah sim, como professor auxiliar substituto, não é?

JF: Porque o convênio da Fundação SESP durou até [19]89.

LM: Exatamente.

JF: Não é isso? (**inaudível**) E aí nós perdemos dois terços do nosso salário.

LM: Nossa! Então ficou de [19]74, a [19]89 pela Fundação SESP.

JF: Isso, dedicação exclusiva, aí em [19]89, quando eles acabaram com Fundação, com o convênio...

LM: É. E logo depois acabaram com a Fundação, não é? em [19]90.

JF: É.

LM: Em [19]90 no governo do...

JF: A Fundação se fundiu, foi absorvida pela Fundação Nacional de Saúde.

LM: É, aí já não era mais...

JF: Não.

LM: Mudou completamente o... aquele ideológico da de Fundação SESP e tudo mais. Então quer dizer, que desde a década de [19]80 que senhor está lá na universidade começou como...

JF: É, eu comecei em [19]80.

LM: Começou como substituto...

JF: Comecei como substituto.

LM: É, [19]88, não é?

JF: No fim de [19]89 eu fiz concurso e entrei então como professor, naquela época auxiliar ainda, porque eu não tinha nenhum título acadêmico.

LM: Certo. Departamento de Medicina Social? É isso?

JF: Isso. Desliga um pouquinho que eu vou pegar um... **(o gravador é desligado).** Então eu [19]89 eu entrei pra universidade e eu fiz concurso para Epidemiologia, não foi uma entrada fácil.

LM: Por que não foi?

JF: Porque foi aberto um concurso em [19]83 que foi realizado em [19]86, que era para a Saúde Pública em geral, eu tirei em primeiro lugar e esse concurso foi anulado.

LM: Ih, meu Deus!

JF: Foi anulado por razões assim de questões burocráticas que encontraram porque ninguém reclamou, não houve Recurso, se tivesse havido Recursos... mas não. Os colegas que fizeram o concurso, eram segundo e terceiro, claro que acharam que tinha sido normal concurso, mas lá dentro, eu não sei se por brigas internas, não sei, eu sei que o concurso acabou sendo anulado. Então eu tive que fazer um segundo concurso, aí então, aí já foi separado, Por Medicina do Trabalho, Medicina Geocomunitária, Epidemiologia, Administração em Saúde...

LM: Hum, hum. Já foi mais setorizado, não é?

JF: Eu fiz dois, eu fiz Administração em Saúde, tirei em 3º lugar, e fiz de Epidemiologia e tirei em segundo, e aí eu entrei no Epidemiologia porque abriu uma vaga mais e eu entrei. Bom...

LM: Esse de Epidemiologia no Departamento de Medicina Social?

JF: Isto. E aí eu passei a lecionar em epidemiologia. A epidemiologia que a gente leciona lá tem dois aspectos, aliás tem vários, a gente divide em quatro módulos, a gente leciona Epidemiologia Clínica, que é a epidemiologia aplicada aqui em clínica e a pesquisa... Leciona Bioestatística; Epidemiologia Aplicada em Saúde Pública, que é o módulo que eu dou, que eu ministro. E ainda o Laboratório de Epidemiologia, que é com computador. Então é uma disciplina gorda, não é? Pesada. No sexto semestre atualmente, ela já mudou de semestre várias vezes, está no sexto então. E eu dou aulas também na Faculdade de Nutrição que é ligada a Faculdade de Medicina; dou aulas em curso de especialização tanto em área de epidemiologia, como área administração em saúde. Prioridades de Saúde Pública, Vigilância epidemiológica, isso tudo eu dou aula em curso de especialização. Então, eu estou com a minha atividade. Agora, além disto, em [19]96 em fim, finalmente eu me aposentei da Secretaria, houve um projeto lá dentro do estado que se chamava PDV.

LM: Pedido [Programa] de Demissão Voluntária.

JF: ... Voluntária. Mas o PDV, também contemplava quem queria se aposentar... Quem estava com o tempo próximo de aposentadoria, podia se aposentar proporcional, se aposentasse. Recebia um valor lá que era... um incentivo. E eu tive, nessa altura eu tinha recibo um convite do Hospital das Clínicas que é hospital universitário para coordenar a AIDS no Hospital das Clínicas.

LM: Coordenar a área?

JF: AIDS então eu aproveitei este convite, pedi então aposentadoria na saúde, e fui trabalhar.

LM: Se dedicou...

JF: E fui trabalhar no Hospital das Clínicas.

LM: Só à Universidade e ao Hospital.

JF: Claro que enquanto isso, eu estava fazendo o meu...

LM: Doutorado...

JF: Pós-graduação. Porque eu não tinha mestrado, mas eles me autorizaram depois de algum tempo a fazer doutorado direto. Tendo em vista tudo que eu já tinha publicado...

LM: Claro, claro, claro. É, já tinha uma trajetória...

JF: No ano de [19]89 aconteceu tudo para mim.

LM: Nossa!

JF: Porque eu perdi a Fundação SESP, eu perdi a dedicação exclusiva...

LM: Lógico, entrou para universidade...

JF: Eu entrei, é, primeiro como substituto depois como professor efetivo.

LM: Depois professor efetivo.

JF: E, eu comecei a fazer pós-graduação. Foi uma mudança de vida.

LM: É. exatamente. A década de [19]90 veio... (**risos**) A todo vapor...

JF: É, aliás... Não, e veio por Plano do Collor e eu fiquei matando cachorro a grito. (**risos**)

LM: Nossa!. É.

JF: Porque prenderam as poupanças só que eu tinha e tudo mais.... Bom, foi um carnaval, mas isso aí a gente sobreviveu. E, uma das coisas que me ajudou a sobreviver nesse período, que é o início de anos [19]90, foram as assessorias que eu fiz para a OMS. [19]91 foi o ano que eu fiz muitas viagem para fora, que pode ver aí que tem Uruguai...

LM: Isso. Tem.

JF: Tem Indonésia.

LM: Tem vários países.

JF: Tem o Chile, tem... não é? Foi em AIDS e hanseníase, as duas coisas. Eu trabalhei muito, para ganhar dólar, eu trabalhei para ganhar dólar. Mas em [19]92, o Ministério criou uma supervisão dos estados, então a endemia, a supervisão ia para interior como a gente fazia no início da carreira, a gente ia pros estados. E eu fiz muita supervisão pros estados. E a gente leva um valor fixo.

LM: Pelo Ministério?

JF: Pelo Ministério que equivalia a grosso modo a mil dólares que vinha da OMS o dinheiro e que dava para tirar o pé do barro, não é? Mil dólares, mais além do salário que tinha...

LM: E essa vistoria... É vistoria?

JF: Não, supervisão.

LM: Supervisão, desculpe, que vocês faziam nos estados ela era ... Como que era? Era uma supervisão dos trabalhos que se estava fazendo e de programa de hanseníase, de DST, de AIDS. Como que era?

JF: No meu caso, por causa do meu perfil, eu trabalhei muito com o sistema de informação dos estados e em outras coisas também, mas... Alguns trabalhos foram muito gratificantes. O de Espírito Santo, por exemplo, que a gente montou... partiu do zero, do sistema manual direto para o sistema informatizado. Então, eu trabalhei com o Espírito Santo, trabalhei com a Bahia, trabalhei como São Paulo que estava... Tinha andamento, mas a gente tinha muita coisa para discutir com o sistema de São Paulo. Trabalhei com o

Paraná, só que no Paraná eu já tinha feito um trabalho em [19]82, mas eu fiquei com o Paraná também, trabalhei com o Amazonas, trabalhei com vários estados.

LM: É... São Paulo, Minas, Bahia.

JF: Minas Gerais também. Enfim, eu tive uma oportunidade de não só auxiliar os colegas, mas também aprender com os colegas porque a gente trabalhava em... Todo mundo tinha a sua experiência em hanseníase. Isso durou dois anos, quer dizer, [19]92 e [19]94, foi muito gratificante realmente.

LM: E você fazendo doutorado e na universidade, e viajando, e dando assessoria... Caramba!

JF: Tudo isso aí.

LM: É, uma vida bem intensa, não é?

JF: Foi, esse período foi muito intenso, muita viagem, muita luta. Os anos [19]91, [19]92, [19]93, [19]94 foram os que eu mais viajei...

LM: Cansativo à beça, não é?

JF: ...Vivia dentro de avião.

LM: Se aprende muito também, não é? Se tem outras experiências, se pode fazer comparações também, não é? Com que se trabalha aqui, como se trabalha em outras lugares...

JF: Com certeza, fora isso, que dizer fora essas supervisões, Brasília estava num... o Ministério estava num momento muito fervilhante do programa. E AIDS também, foi da época que entrou o acordo com o Banco Mundial, no qual também fiz assessorias, e participei da elaboração do projeto, bom, era a maneira da gente se sustentar. Eu hoje estou mais quieto. Por quê? Eu tenho a minha aposentadoria do estado, tenho a universidade, e tenho lá no Hospital de Clínicas a bolsa de extensão. Do trabalho que eu faço com a AIDS é um trabalho de extensão. Então eu recebo uma bolsa que é um bolsa que todos os médicos que têm um atuação lá de direção ou de preceptoria de residentes recebem. Então eu... Mas antes me equilibrei ... Mais ou menos como quando estava na Fundação, no tempo da Fundação SESP, mais ou menos.

LM: Mais ou menos. (**risos**) Certo.

JF: Claro, continuo dando cursos também.

LM: Lógico.

JF: Foi autorizado a dar. Então alguma coisa ainda por fora disso ainda tenho algum tipo de ganho eventual, mas é eventual.

LM: Hum, hum. Me diz uma coisa, Dr. Jair, o senhor chegou a supervisionar a... Porque na década de [19]80, o senhor estava na Secretaria Estadual, não é? De saúde, e ajudou a

implantar, ajudou não, mas enfim, implantou o sistema de poliquimioterapia. Como é que foi isso no seu estado ou já era um estado que tinha...

JF: Foi bem tardio.

LM: ... Tão tardio, porque já não era uma coisa tão gritante, o número de casos.

JF: E além de tudo foi o estado que implantou um esquema que já tinha sido preconizado nos anos [19]70 que era rifampicina mais sulfona.

LM: Ah, então vocês já tinham desde a década de [19]70, já começado isso.

JF: Não era poliquimioterapia das OMS [Organização mundial de Saúde].

LM: Sim, não era da OMS. Tá.

JF: Era do Ministério da Saúde, chamada a terapia DNDS como chamava.

LM: DNDS

JF: É. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária que estava no Manual que saiu em [19]79, nós fomos... Em [19]77 nós tínhamos implantado, a partir de [19]79 estava 100% implantado no estado. Como vinha funcionando bem a gente relutou muito em entrar com a poliquimio[terapia] até que a poliquimio[terapia] mostrou realmente a sua...

LM: Eficácia?

JF: Eficácia.

LM: Hoje.

JF: Então em [19]91 quando por Ministério declarou a poliquimio[terapia] como um esquema, nós adotamos aí adotamos assim, naquele ano em [19]92, todo mundo entrou em poliquimio[terapia], mas eu já não era mais o chefe.

LM: Entendi.

JF: Certo. Aí quem já era chefe já era um colega que era o Hugo Vaz e ele foi quem implantou. Mas, eu continua no serviço, e ajudei a implantar muito bem. E aí com a implantação da poliquimioterapia foi que nós reduzimos rapidamente a prevalência e o estado... em [19]95 já estava com... Em [19]95 chegou a eliminação.

LM: Já chegou no patamar da eliminação.

JF: Então eu trabalhei na hanseníase até chegar eliminação, chegou em 31 de dezembro se declarou eliminada, eu me aposentei, eu pedi a aposentadoria em abriu e saiu a aposentadoria em setembro de [19]96. Então, quer dizer, a minha...

LM: Você acompanhou...

JF: Eu fui até a eliminação...

LM: É, é.

JF: Agora fora disso aí eu continuo de vez enquanto eu vou lá e a gente conversa eu dou algum tipo de assessoria se houver necessidade, assim no informal.

LM: Sei, uma coisa mais informal.

JF: Mas eu não tenho mais real nenhuma ligação formal com o programa de hanseníase do estado que eu me aposentei na saúde.

LM: Certo. Agora o senhor está mais ligado mesmo a essa questão da... Por conta da epidemiologia e AIDS, não é? DST, AIDS.

JF: AIDS por causa do Hospital das Clínicas que eu também não estou mais no Programa de AIDS, eu também não estou mais, porque eu trabalhei muito tempo no Programa de AIDS que era tudo junto, não é? Mas agora eu trabalho... Está tenho... Eu trabalho fundamentalmente com AIDS dentro do Hospital de Clínicas, que eu coordeno, são vários serviços dentro do Hospital de Clínicas que trabalha com AIDS, o Hospital das Clínicas é um hospital de alta complexidade, então tudo o que se pode imaginar que se ofereça em AIDS o hospital de clínicas tem. Ele tem ambulatório de adulto, de criança, tem internação de adulto e criança, tem hospital dia, tem laboratório para HIV, para CD4, para carga viral, tem psiquiatria e AIDS, tem psicologia, AIDS, tem psicologia e AIDS, tem assistente social e AIDS, tem grupos de pacientes de AIDS.

LM: Hum, hum. É módulo mesmo, não é?

JF: Não é? Nós temos tudo que possa imaginar. Bom. Emergência... tudo enfim, não falta nada. E isso tudo tem que ter uma coordenação.

LM: Lógico.

JF: Para que as coisas funcionem. Mas tem funcionado atualmente, até, não me dá tanto trabalho. Eu também sou responsável no Clínicas, por registro de câncer. Eu já tinha auxiliado na Secretaria a reformular o registro de câncer, isso em [19]79, [19]80. Nós passamos também do registro manual para o registro do computador, nominal. Claro, me chamaram exatamente porque eu já tinha experiência em hanseníase. E, além disso, eu também trabalho com indicadores hospitalares. Essa é uma área... indicadores é uma área que eu tenho desenvolvido bastante. Eu trabalhei muito dentro do Ministério... Assim com assessorias, dando assessorias para Ministério, para auxiliar nesta área de indicadores. Tenho capítulos de livros publicados de indicadores. E agora tenho me dedicado ao indicadores hospitalares que é um assunto pouquinho diverso dentro de uma mesmo linha de raciocínio, mas com a população diversa. Então esse é um outro, uma frente de trabalho que eu tenho que está.... Que está caminhando.

LM: Certo. Que está começando agora.

JF: Não é? Você vê que a minha tese são indicadores de hanseníase.

LM: É, exatamente.

JF: Então eu estou sempre trabalhando com indicadores...

LM: É, é. Hum, hum. O ‘indicadores’ é um ponto...

JF: É um ponto.

LM: É um ponto comum.

JF: É, um ponto comum.

LM: Deve ser por conta da cabeça matemática assim, também, não é? (**risos**)

JF: Com certeza, quer dizer, a própria epidemiologia.

LM: É, a epidemiologia também.

JF: É o raciocínio matemático que auxilia muito nisso aí.

LM: Sem dúvida.

JF: Bom, a fora isto, e fora essa questão aí de indicadores a gente também trabalha muita coisa de administração hospitalar. Sem ser um administrador hospitalar, mas todo o sistema de registro também, de informação do Hospital de Clínicas eu tenho trabalhado fortemente atualmente. E algumas coisas pioneiras. Hoje o Hospital das Clínicas é um dois hospitais que tem sido premiado como referência em qualidade e tudo mais porque eu tem um grande grupo pensando coisas e eu estou dentro disse grupo aí. Grupo grande.

LM: Que está...

JF: Então eu sou uma das peças. Bom, a verdade é que eu, de certa forma eu não me... Embora eu continue... eu seja professor também da pós-graduação...

LM: Eu ia perguntar isso agora.

JF: Eu oriento alunos.

LM: Eu ia perguntar isso agora, a questão de orientação.

JF: Não é a minha... Não é o meu *tchan*, principal. Eu não sou... Eu não sou... Embora eu lecione metodologia da pesquisa eu não sou um pesquisador, não é que não tenha talento, me falta vocação.

LM: Você não se considera um pesquisador? Não?

JF: Não, eu me considero um cientista. Eu entendo bastante de...

LM: Ta, entendi.

JF: ... metodologia da pesquisa.

LM: Entendi a diferença.

JF: Mas eu não me dedico a fazer a pesquisa. Quando eu publico, geralmente é algo que saiu do trabalho do cotidiano.

LM: Entendi.

JF: E aí eu puxo dali alguma coisa. Me falta vocação no sentido... aquilo... Para o sujeito ser pesquisador, além de talento de pesquisador...

LM: Tem que ter muita paciência.

JF: Ele tem que ter muita paciência para trazer projeto, e mandar projeto.

LM: Tem, é. (risos) Isso é muito chato.

JF: E depois prestar conta, e executar...

LM: É. E tomar conta de bolsista e num sei o que... E orçamento, é...

JF: Bom, um pouquinho do seu tempo... Eu tenho bolsista mesmo, no registro de câncer eu tenho bolsistas, eu tenho bolsistas nos indicadores que são dois projetos de extensão que eu tenho. Eu trabalho mais com extensão. Então a minha... **(pausa)** Bom, então eu me mantive, eu não tenho aquela cultura da universidade, a minha cultura eu considero a cultura da saúde pública.

LM: Entendi.

JF: Eu não sou uma cultura acadêmica que...

LM: Hum, hum. A cultura da saúde pública que você está querendo dizer é aquela cultura mais do: vamos lá no campo ver.

JF: Vamos ver e vamos e vamos aplicar.

LM: E vamos aplicar, é entendi.

JF: E quando assim... "Eu quero falar para você assim..." Eu fico logo pensando assim: "Qual é a aplicação disso agora? Então, eu gosto muito de ver pesquisas operacionais que estão testando o método A, o método B para aplicar logo, essas coisas me atraem.

LM: Hum, hum. Mas tudo com coisa finalística.

JF: Uma visão, isso, finalista. Uma visão de saúde pública. De aplicação para ver como é que vai isso vai beneficiar a população, como é que...

LM: Certo. Certo. É um outro tipo de pessoa. Me diga uma coisa, Dr. Jair, como é que o senhor tem visto nos últimos tempos já que o senhor é professor, lida com hospital, tem orientandos, enfim... O interesse das pessoas pela área da hanseníase?

JF: Não, no nosso meio lá do Rio Grande do Sul isso caiu muito.

LM: Imagino.

JF: Nunca foi muito alto, porque tem poucos casos. Então nós temos alguns colegas mais recentes, ou alguns pouquíssimos novos que ainda se dedicam.

LM: Se interessam pelo tema.

JF: Mas é ruim a perspectiva porque, uma nem se justifica muito, dar muito espaço para hanseníase que isso é uma coisa que as pessoas vão ver muito pouco. Porém, também não se pode deixar cair a peteca. Então uma saída é, por exemplo, fazer treinamento da hanseníase junto com outras doenças. Aproveitar os espaços para chamar atenção para a hanseníase. Em todo caso temos ainda bastante pessoas lá com muito conhecimento e que tem um acervo de conhecimento importantíssimo para difundir o seu conhecimento, mas... Ainda existe uma massa crítica muito importante. Só que a renovação está sendo muito pequena nesse momento.

LM: Está sendo pequena. É, eu acredito que hoje em dia na Dermatologia o interessante talvez seja mais pela área da estética, não é?

JF: Com certeza.

LM: Porque é muito mais... É muito mais proveitoso, ainda mais no contexto do Rio Grande do Sul que é uma doença que desde [19]95 já está eliminada, já está eliminada então não faz muito sentido assim. Então se acaba se dedicando mais a questão...

JF: Acaba, mas isso que está se falando é um problema que tem na dermatologia em geral.

LM: De um modo geral, mas lá isso deve ser mais acentuado, talvez.

JF: Talvez, mas acontece o seguinte, é que a dermatologia, ela é um mundo muito grande. A hanseníase é um aspecto... Claro. Que em áreas endêmicas a hanseníase tem uma certa importância, mas existem inúmeras outras dermatoses importantes e o que está acontecendo é que muitas vezes nós estamos perdendo a massa crítica de dermatologistas clínicos que façam, que tratem doenças dermatológicas. (riso) Compreendem?

LM: Entendi.

JF: Não apenas a parte estética dermatológica, que é a gente hoje quando vai, a gente vai nos congressos de dermatologia, está cheio de curso de peeling, de cirurgia estética...

MO: E a gente não consegue mais tratar doença.

JF: E cadê os médicos que tratam doença dermatológica, doença de pele?

LM: Hum, hum. Esses estão desaparecendo.

JF: Estão desaparecendo, está ficando muitos poucos. Até porque a medicina estética dá muito mais dinheiro. As pessoas que vão procurar são pessoas que podem pagar.

MO: *Status*.

JF: Dá muito *status*, não é?

LM: É.

MO: Sai na coluna social...

JF: É.

LM: É. Então acho que...

JF: Então, eu acho que até assim, mesmo abstraindo a questão da hanseníase,nós estamos acompanhando dermatologia aqui, que é dermatologistas clínicos.

LM: Clínicos, certo.

JF: que tratam doenças dermatológica. Que sejam... Tem mais que sejam bons... que sejam capazes também de diagnosticar as doenças internas que têm expressão dermatológica, e cujo tratamento é o tratamento sistêmico, eles tem que manobrar com o tratamento...

MO: Olha, eu fiquei muito triste que eu tinha... Duas... Eu ganhei três passagens para vir para cá, para alunos, não é? Para o projeto de Duque de Caxias, que é o projeto que eu estou trabalhando, mas para alunos. Ele deu três para funcionárias de Duque de Caxias, para a prefeitura, e três para os estudantes que (**inaudível**). Só uma estudante quis vir. Recebendo quatrocentos reais de ajuda de custo para vir. E o ônibus da graça da SBD [Sociedade Brasileira de Dermatologia]. E ninguém quis vir. Fiquei tão triste. Só uma veio, que está falando um trabalho, está fazendo tese de hanseníase por isso que ela veio, e eu dei minhas duas outras passagens para o pessoal do (**inaudível**)

LM: Isso é muito significativo.

MO: É bem significativo porque todos os alunos são obrigados a passar comigo pela hanseníase. Se fosse alguma coisa de cosmética eles viriam pagando.

JF: Com certeza. Pois é, então esse é um problema que nós estamos vivendo e que poderá...

LM: Na dermatologia...

JF: E em hanseníase também, porque tem menos (**inaudível**) clínicos tem menos pessoas olhando para hanseníase.

LM: Dr. Jair e os congressos assim que o senhor tem participado ultimamente. Embora o senhor tenha dito que a sua participação hoje esteja muito mais a frente com a questão de AIDS, e tudo mais, não é? a área mais epidemiológica e tal, mas o senhor continua participando dos congressos de hanseníase, não é?

JF: Continuo porque me convidam, não é? (**risos**) Não, na verdade é o seguinte, por exemplo, dos internacionais em hanseníase, dos últimos 20 anos, 25 anos, eu só não participei do China, eu fui a todos, menos o da China.

MO: Dos últimos 25 anos.

JF: É, eu fui ao México, eu fui a Índia, eu fui a Amsterdam, fui a Orlando, não fui ao da China e vim no de Salvador, então de [19]78 até agora, eu fui a todos. No de AIDS eu nunca fui Internacional de AIDS eu jamais botei o pé, em nenhum deles. Então, eu sou muito mais...

LM: Hanseníase do que...

JF: Hanseniano, do que aidético.

LM: Do que aidético, nesse sentido. (**risos**)

JF: E a Jornada, eu tenho vindo... hanseníase tem... Embora seja hoje quase que é periférico hanseníase. O meu único ponto de contato realmente é o comitê.

MO: Mas sabe o que eu acho Jair, outro dia eu vi um grupo discutindo isso, porque você continuava na hanseníase, no comitê assessor, porque você não está trabalhando especificamente com hanseníase. E eu fiz o seguinte comentário: "Eu acho que a experiência que o Jair tem com a hanseníase, a experiência que ele tem com o Serviço de Saúde... a saúde pública com epidemiologia, o olhar dele, os comentários dele, são sempre muitos úteis. Até é bom, que ele esteja um pouco... (**interrupção na gravação**)

JF: Muito bem, mais assim em termos do dia a dia da profissão eu estou muito distante da hanseníase realmente, muito distante.

LM: Certo. Mas esses congressos acabam sendo, como a Maria Leide falou, não é? O senhor acaba dando uma grande, uma contribuição até porque tem um outro olhar, conhece mas está de fora, não é? não está tão inserido ali, e também é uma questão afetiva, não é? Porque...

JF: Ah, com certeza.

MO: Você conhece todas as pessoas.

LM: (**risos**) Desde o segundo ano da faculdade, não é?

MO: Conhece todas as pessoas, não é?

LM: É, é. então nesse sentido...

JF: Na área aqui da hanseníase no Brasil eu sou... já faço parte do álbum da... (**inaudível**) como a Maria Leide acabou de dizer. Então tem essa... A gente vem nos congressos encontra os amigos todos não é? de tantas batalhas.

LM: Me diz uma coisa Dr. Jair, o que o senhor pensa sobre essa mudança de denominação, lepra, hanseníase...

JF: É, interessante porque eu, o seguinte...

LM: O que você acha, o que...

JF: Eu acho o seguinte, não é muito interessante falar porque é o seguinte, porque uma época que eu fui contra e depois me tornei a favor. Eu vou explicar porque.

LM: E eu quero saber. (**risos**)

JF: E até sei bem o momento que eu me tornei a favor, eu me tornei a favor numa reunião que aconteceu em Bauru em 1977, em novembro.

LM: Por que você era contra?

JF: Eu era contra porque eu dizia o seguinte: "Mas puxa vida todo mundo sabe que o nome dessa doença é lepra e se estão torcendo de nome, no momento e que as pessoas descobrem que aquela hanseníase, que isso que o pessoal chama de hanseníase na verdade é o chamava de lepra, vão pensar o seguinte: Ah, então é porque a doença braba mesmo, porque eles estão até trocando de nome que é para gente não..." (risos) Eu pensava assim. Mas eu fui numa reunião em Bauru... Depois que já tinham trocado oficialmente o nome, eu achei que isso tinha sido uma grande vantagem, não é? mas numa reunião que houve em [19]77 em Bauru para discutir assuntos vários do programa, e nós começamos, estávamos numa conversa lá e eu estava dando esse meu ponto de vista, e, de repente, eu mesmo comecei a me desdizer com o professor [Abrahão] Rotberg que era o...

LM: Ferrenho defensor...

JF: Ferrenho defensor.

LM: Sempre não é? dessa...

JF: Não é? E aí nós estávamos num debate e de repente eu mesmo comecei a achar que o meu argumento estava ficando ruim. Porque aí eu comecei a pensar o seguinte: Realmente para as pessoas em geral a lepra é uma doença em que cai os dedos, cai o nariz, a pessoas apodrece em vida.

MO**:** A imagem da lepra.

LM: É o imaginário coletivo, não é?

JF: Isso é a lepra, e é uma doença que não existe.

LM: Hoje nessa forma não existe mais

JF: Mas essa na verdade nunca existiu. São visões, quer dizer, uma pessoa tem coisa que é reabsorção óssea, e outra coisa e cair dedo, compreende?

LM: Mas eu vi pacientes só com esses cotoquinhos assim dos dedos.

JF: Sim porque houve reabsorção óssea, mas o dedo assim de cara assim: Bum! Caiu o dedo é impossível.

LM: Ah, ta. Sim, sim.

JF: Compreende?

LM: Entendi.

JF: São representações de um fenômeno, quer dizer a interpretação de um fenômeno. E é a menos contagiosa, das doenças contagiosas, provavelmente, no entanto é tida com a mais contagiosa. Então, quer dizer, essa representação da lepra ela me lembrou sabe o quê? Naquela ocasião isso assim, essa imagem me veio naquele dia, a imagem do dragão. Pergunta a qualquer pessoa o que é um dragão. (**risos**)

LM: Ninguém nunca viu um dragão.

JF: Nunca vi, mas todo é capaz de descrever.

LM: Mas todo mundo sabe o que é um dragão.

JF: "É um bicho com corpo de lagarto, que bota fogo pela boca". Num sei o que...

LM: Tem um rabo assim, uma flechinha...

JF: É um rabo assim, muito perigoso.

LM: É, e verdade.

JF: Mas ele não existe.

LM: Sim, só no imaginário.

JF: A lepra é o dragão é uma coisa semelhante, compreende? Então nós estamos chamando uma doença que tem, é como se eu quisesse de repente chamar um animal de dragão. Tem ale o lagarto dragão lá das ilhas Comodo, mas é um lagarto, não tem nada a ver com dragão, não bota fogo pela boca, (**risos**) compreende? É outra visão. Então assim, hanseníase está meio parecido... "O lagarto dragão é um bicho perigoso, hein!". Mas não é o dragão, não bota fogo pela boca. Então a hanseníase é uma doença perigosa, mas não era... Definitivamente não são sinônimos.

MO: Não, sinônimos não são.

JF: Não são sinônimos. Então foram essas coisas que me vieram a cabeça em novembro de [19]77 e eu elaborei isso, ninguém me disse exatamente assim, mas na própria discussão eu comecei a ver que a minha argumentação era falha e eu comecei a virar de lado, e aí eu voltei, cheguei e disse; "Olha..." Eu me lembro que eu voltei e falei assim: "Eu estou a favor do [Abrahão] Rotberg, eu acho que é hanseníase mesmo".

LM: Hum, hum. O senhor acha que isso ajudou a minimizar o estigma também?

JF: Olha os estudos que eu tenho... Em [19]82 uma colega nossa que era uma enfermeira lá, que lamentável faleceu precocemente, a Glória, ela fez um estudo tipo sociológico onde ela...

LM: Glória?

JF: Glória Lima. Kischler Lima... Glória Regina Kischler Lima. Ela era enfermeira do nosso serviço lá, e foi das últimas coisas que ela fez na vida dela foi essa pesquisa. E na verdade os pacientes que embora eles tenham até dificuldade de pronunciar o termo hanseníase, a esmagadora maioria dos pacientes...

MO: Se sentia bem.

JF: Se sentiam muito melhor com o nome hanseníase...

JF: Então eu acho que até por razões humanas.

MO: Os pacientes preferem.

JF: Porque o temo lepra ele está arraigado com algo impuro, algo padre, algo realmente sem nenhuma dignidade. De modo que até por razões humanas eu acho que a gente deve trocar o nome. De modo que... eu acho que o Brasil fez bem nisso aí. Eu acho que tem alguma... Eu acho que poupou o sofrimento para muita gente.

MO: Mas você concorda que tem uma complexidade?

JF: Tem, o que não pode deixar acontecer é as pessoas dizerem que é uma doencinha qualquer a hanseníase, ela não é, é uma doença grave, o fato de não ser a lepra, não deixa de ser uma doença grave.

LM: Não significa que não seja grave.

JF: Certo. Isso não pode é minimizar a doença, nós temos uma greve endemia no Brasil que é uma doença chamada hanseníase.

MO: E outro fato que também não foi bom, foi que se mudou o nome oficialmente em [19]76 e não se fez uma campanha esclarecedora.

LM: Para dizer que isso é aquilo.

MO: 20 anos depois as pessoas não sabiam o que era a hanseníase, não é? E aí começa a circular as duas entidades...

Fita 2 – Lado A

JF: ...Foi [19]89.

LM: Fita número dois. Sim?

JF: Não. Estava falando do Congresso que ocorreu lá.

LM: Do congresso?

MO: Foz de Iguaçu.

LM: Ah, de Foz de Iguaçu.

JF: Foz Iguaçu foi interessante, foi... Foz de Iguaçu, foi [19]97 (**pausa**) Não é?

MO: É, eu não fui em [19]97. Foi no Paraná.

JF: Ah Paraná, pode ser, está certo, em [19]86.

MO: É,[19]86.

JF: Bom, que mais?

LM: É, bem... Bom, a gente sabe que o Brasil é um país de dimensão continental, a gente sabe que fazer com que o medicamento chegue na Amazônia é complicado. A gente sabe de todas essas complexidades e diferenças e tudo mais. No entanto, eu queria assim a opinião do senhor porque que, por exemplo, o Rio Grande do Sul conseguiu eliminar a hanseníase em [19]95, mas outros lugares ainda têm o número de casos assim muito grande, porque é que o Brasil até hoje ainda tem o segundo lugar em números... Em número de casos, assim, o que o senhor acha dessa situação?

MO: Antes de você responder, eu queria te colocar: Hoje no início do Congresso, no início do Curso do SINAN, a Conceição apresentou aquele gráfico dessas tendências. A Conceição... Você não estava lá?

JF: Não, estava em outro evento...

MO: Foi uma discussão muito interessante, se você tivesse participado certamente você teria contribuído. Então ela falou que no Rio Grande do Sul nunca teve lepra, nunca teve hanseníase. E que a hanseníase do Rio Grande do Sul era uma hanseníase era confinada a focos familiares e por isso que ela não evoluiu. E aí eu coloquei: Olha, tem um dado... Essas questões da migração, da evolução do estado... Não foi um estado que recebeu uma migração brasileira como a Amazônia recebeu do nordeste, na época da borracha, realmente não foi essa a história do Sul. Mas também teve um momento no sul que houve a organização de um programa que foi até na época, eu me lembro criticado que era muito vertical, mas foi um programa que colocou a rifampicina acessível a todos os pacientes.

LM: Exato, ele falou.

MO: E com a supervisão de funcionamento daquele negócio que até citei seu nome, “Jair Ferreira era um dos supervisores”, cada região tinha um supervisor. E certamente isso aí contribuiu pra controlar alguns focos, certamente deve ter contribuído, não é? Porque houve esse impasse da Conceição achar que era só uma questão da migração, histórica e que nada tinha a ver com o serviço, o controle do Rio Grande do Sul. Então eu queria que você...

JF: Eu acho que as duas coisas estão parecidas. Em primeiro lugar, o Rio Grande do Sul tem a vantagem que partiu de uma endemia mais baixa, historicamente mais baixa. Mas, agora, o fato de que no Rio Grande do Sul foi só hanseníase familiar não é totalmente verdade. Alguns municípios, (**inaudível**), o caso de Juí, por exemplo, teve endemias altas, endemias bem acima da média do estado e tão alto quanto alguns municípios do Paraná etc que tem endemia alta.
Bem, mas a verdade é que no sul do Rio Grande do Sul a parte metade do inferior se assemelha muito ao Uruguai que tem poucos casos e ali parece talvez por razões raciais, a metade do Rio Grande do Sul é uma imigração tardia... Uma imigração do centro da Europa, onde hanseníase não era endêmica, mas esse pessoal veio bem menos resistente talvez, tanto que a maior parte dos doentes do Rio Grande do Sul tem ascendências italiana, alemã, polonesa e menos o pêlo duro, o ibérico, o negro tem menos hanseníase no Rio Grande do Sul. Então é uma situação interessante, é uma situação invertida. Porque a metade norte do Rio Grande do Sul é que está socialmente muito melhor, a metade sul é a parte pior do Rio Grande do Sul. E, no entanto, hanseníase tem mais na parte norte.

LM: Na parte norte.

JF: E muito menos na parte sul, a parte sul tem um vazio de hanseníase. Não é por falta de trabalhar, vai dermatologia para lá, trabalha, acha um caso ou outro e acabou, não tem. Muito bem, a gente teve essa vantagem de partir de um patamar mais baixo e eu acho que sim, teve a vantagem também que o programa no Rio Grande do Sul começou oficialmente em [19]38, já tinha sociedades anteriores, que tinham começado alguma coisa por interesse particular, mais o programa oficial começou em [19]38 e nunca teve solução de continuidade, ele sempre se manteve. De vez enquanto alguns altos e baixos.

MO: Tinha uma queda ou outra, mas...

JF: Nunca parou.

MO: Nunca morreu.

JF: Nunca morreu, nunca faltou remédio, nunca faltou... E aquilo dizia que era um programa muito vertical, mas na verdade o Rio Grande do Sul implantou em todo o estado, em todas as unidades do estado.

MO: Vocês tiveram uma época de intensificação mesmo.

JF: É, não, é o Saúde Vertical a gente fazia uma supervisão, tinha uma supervisão intensa, mas os pacientes eram tratados nas unidades sanitárias locais. Isso nos anos [19]60 já estava assim, antes d'eu entrar, a turma do Bernardes já tinha implantado no estado nas unidades sanitárias, ele levou a terapia sulfônica.

Bom, então essa tradição que tinha no Rio Grande do Sul de fazer, de ter o programa de saúde pública de fazer supervisão e tudo mais, eu acho que alguma coisa favoreceu e de buscar os pacientes e de ter registrado em computador e saber quem que é faltoso, quem que não é. O nível central sabia e pressionava os níveis locais para que fosse buscar os pacientes e que não deixasse parar o tratamento. Isso favoreceu. Quando se implantou a poliquimioterapia que foi tardia como eu falei, mas aí se implantou rapidinho porque tinha uma... Não é? Foi só alterar a norma técnica e rapidamente a unidades sanitárias aderiam, em um ano a gente implantou a poliquimioterapia em todo estado. Claro, com a vantagem de que tem menos doente, mas em todo caso, são 497 municípios, a gente tem que ter, quase em todos tem doentes, mas tem que ter uma maneira de trabalhar na...

LM: Na estrutura, não é? Obviamente.

JF: Que não é uma maravilha, mas é melhor do que muitos estados, a estrutura local tirou algumas vantagens. Então eu acho que as duas coisas se casam, tem uma razão operacional de que o programa sempre teve alguma eficiência muito boa, em termos operacionais e tem uma razão que é epidemiológica mesmo já se partiu de patamar mais baixo, com a mesma capacidade operacional, se a gente tivesse largado do nível assim do Espírito Santo ou do Pará não tinham conseguido eliminar porque apareceu número de casos novos, é superior a meta. E no Rio Grande do Sul isso não acontece, no Rio Grande do Sul historicamente tem incidências de 0.2 por 10 mil. Então é barbada, não é?

Agora o Brasil como um todo, eu questiono muito essa questão do Brasil ser o segundo país do mundo. O Brasil tem 175 milhões de habitante, é o quinto país do mundo em população. Claro que é um país endêmico, mas o fato de ter o segundo número de doentes não significa muita coisa. E tem mais; eu acho que o Brasil ainda é o país que trata a sua prevalência com mais responsabilidade.

Essa é a grande briga que eu tenho com a OMS, é a maneira como se... Quer dizer, não se cria uma meta baseada em prevalência e a maneira para medir a prevalência não é muito clara. Ela é... O paciente... É incoerente com a definição de hanseníase, porque hanseníase está definida como a doença, com a pessoa que tem sinais e sintomas e que necessita tratamento. Está em tratamento ou necessita de tratamento.

Bom, ora o paciente que abandona o tratamento, ninguém vai dizer que ele não necessita tratamento. Quer dizer, se não necessitasse não teria... Quer dizer, já teria terminado, não estaria a meio do tratamento. Então se ele abandonou, ele abandonou a meio, portanto, ele é necessitado e, portanto, ele é por definição doente de hanseníase.

E, no entanto, esse pessoal tira esse paciente da prevalência, assim: Tchau, abandonou sai. Ora, isso é uma irresponsabilidade, porque teoricamente eu posso acabar, eliminar a hanseníase sem tratar ninguém, eu boto um número de abandono e pronto. Não dou remédio pra ninguém, todo mundo abandona, pronto, acabei, acabei com a hanseníase. No papel, porque esses pacientes vão continuar alimentando.

MO: Necessitando...

JF: Então às vezes o pessoal diz: “Ah, baixou a prevalência mas não baixou a incidência. Mas baixou a prevalência como?” Realmente as pessoas foram curadas? Muitos pacientes não foram em muitos países, simplesmente 40% saiu por abandono. Os 40% vão continuar bacilíferos por aí a fora espalhando a doença. Isso aí é uma falsa medida da prevalência, sem contar a prevalência oculta. Então eu acho que os dados não são comparáveis. Isso tem sido motivo de, como é, cansativas discussões pra chegar a coisa nenhuma porque simplesmente não nos ouvem, não nos ouvem. A última reunião que eu

estive lá em 2002 em Brasília eu dizia às coisas e eles trocavam de assunto na mesa. Não levavam em consideração, quer dizer, sequer respondiam, sequer contra argumentavam. Não ouviam, nem foi em Ata.

LM: Nem é publicado.

MO: Uma coisa que eu acho interessante assim do Jair é que esses anos todos, eu já venho trabalhando com o Jair desde... Desde o início de 1980, não é Jair?

JF: É desde [19]83, [19]84.

MO: Em [19]82 naquela jornada... Eu acho que eu te conheci bem, em [19]82 naquela jornada que você organizou durante o Congresso de Dermatologia no Rio Grande do Sul.

JF: É, isso. É verdade.

MO: E que eu lembro que ele inclusive apresentou lá a proposta de classificação operacional de falso bacilar e mutibacilar que anos depois mereceu uma classificação da OMS. Mas ele lançou lá. Até hoje tem o programa. Mas uma das coisas muito interessante, ele falando aí dessa história de (**inaudível**). É que muitas vezes os técnicos passam por uns momentos assim meio dogmáticos ou meio... influenciados por certas políticas, não é? E já ele tem uma coerência que é absolutamente (**risos**) dele.

LM: Retilínea.

MO: É dele. Nunca vi o Jair sofrer nenhuma influência de nenhuma política. (risos) Ele é o que ele acha mesmo, eu acho isso fantástico. E acho que tem sido muito bom pra o grupo da hanseníase brasileira o seu posicionamento em reuniões brasileiras ou reuniões internacionais, isso tem sido muito bom, a gente ter o Jair.

JF: Não, eu acho que hanseníase no Brasil tem parecido muito com modismos, dentro de modismos, e eu acho que a gente tem que ser sempre cauteloso com os modismos. O modismo atual é assim, é reduzir o tamanho, a quantidade do tratamento e simplificar tudo e simplificar a classificação. Eu acho que se justifica, por exemplo, classificar falso bacilar em menos de cinco lesões, mais de cinco lesões se justifica em lugares onde não tem nenhuma condição de diagnóstico.

MO: O pessoal do soro, você viu lá? Mostrou vários pacientes assim com soro positivo, falso bacilar com soro positivo.

JF: Agora, desculpa, se eu recebo um paciente no consultório, ele tem três lesões aí se eu fazer uma biopsia e der infiltrado virchowiana, eu vou classificar ele como falso bacilar? Ou se ele tiver uma prova, se for vir assim de bacilo, não é? se passou só com quatro, eu vou classificar como falso bacilar, mas só tem três lesões.

LM: É, então...

MO: Você acha que isso está ocorrendo assim?

JF: Está, está ocorrendo assim, mas eu... Não sei se está ocorrendo assim, eu estou só dizendo o seguinte: Se eu tenho condições de fazer no campo baciloscopia, eu tenho que fazer baciloscopia. Está certo? Ah não, nós estamos lá no cafundó, no buraquinho, não tem condições de fazer baciloscopia, está bom, então classifica por esse caminho, mas se tem condição...

LM: Mas onde se tem condição de...

JF: ...Vamos tratar, vamos tratar o melhor o paciente... Não tem razão pra nós irmos pra simplificações extremas quando nós temos condições de fazer um pouco melhor, entende?. Mesma coisa PQTA [poliquimioterapia acompanhada]. A PQTA dita acompanhada, na verdade é desacompanhada, é auto administrado, o PQTA é auto-administrável. Se justifica no Brasil? Sim, o cara mora lá no último igarapé da Amazônia, não tem como lá, então quando eu encontro o paciente, está bom, dá o tratamento... "Ah, estou aqui no barco". Chegou lá e achou o paciente, dá um tratamento geral que ele só vai poder voltar daqui um ano.

LM: É, certo.

JF: Tudo bem. Aí vamos ver se aquilo não funcionou, nessa situação não tem alternativa.

LM: É, ou você faz isso, ou não faz nada.

JF: Ou mais nada, então entre não fazer nada e fazer isso, faz isso. Agora, vou fazer isso em Belém do Pará, em Curitiba, em Poços de Caldas? Não vou fazer. Pois aqui eu posso acompanhar paciente, ele está aqui. Nós temos meios...

MO: Que a OMS está propondo isso para área urbana, não é? Para área...

JF: Mas isso aí é aquela coisa assim... a OMS olha pra África, olha pra certos países da Ásia e aí parece que o mundo é isso, e o mundo não é isso. Não tem porque, eu digo assim da América Latina de um modo geral, é diferente da África e da Ásia. E o Brasil é bem diferente, no Brasil embora realmente tenhamos alguns lugares de difícil acesso, complicados, com pouca gente treinada, temos isso, a gente sabe. Isso aí pelo interior do nordeste, interior da região Amazônica, interior do Centro-oeste a gente vê que tem muito problema, mas ainda assim, nós temos melhores condições do que a maior parte de outros locais. Então não tem porquê. Não quer dizer que a gente não vai... Não usa nunca PQTA? Não, até usa, mas usa em situações muito especiais. Eu acho que esse é o ponto de vista, lógico.

LM: Dr. Jair, hoje eu vi um pôster, que aliás são de alunos da Dra. Maria Leide lá na UFRJ que me chamou <u>muito</u> a atenção, um trabalho com pacientes de recidiva, não é? Que voltaram a apresentar...

MO: Não, com reações pós-altas. Internações.

LM: Reação pós-alta.

MO: Internações. As internações que...

LM:...Pacientes curados, não é? Pela PQT e tal que voltam a apresentar sintomas, não é?

JF: É, bom.

LM: O que o senhor acha disso? (risos) O senhor acha que então o PQT ele, tem falhas ou houve falha na aplicação, enfim o que o senhor vê...
JF: Não casualmente...

MO: Agora tem altas.

JF: Casualmente isto foi objeto da mesa redonda de hoje, das qual eu estava participando que é a incapacidade, que estava o Carbino, o Francisco, o João, da (inaudível) O que nós estávamos discutindo, o que eu apresentei? Eles pediram que eu fizesse a visão do epidemiologista.

Bom, Eu fui olhar, ele está publicado, e até um trabalho que não estava publicado, mas foi apresentado aí na hora pelo próprio Francisco, lá de Curupaiti, sobre a questão das reações. O quanto reações podem levar a incapacidades, e tem inúmeros trabalhos mostrando que a incidência de incapacidade antes da pessoa começar a PQT, durante a PQT e após a PQT não é muito diferente. Ou seja, a PQT pura e simples não me garante que a pessoa não vai ter incapacidades físicas, deformidades. Portanto, a primeira coisa, tem que fazer técnicas de prevenção, sem dúvida, tem que manter. E, o tratamento das reações é fundamental, porque freqüentemente o paciente termina com uma incapacidade física em função de que ele faz reações durante e pós-tratamento e às vezes antes. É um for de risco importante. Bem, então quer dizer, nós temos... A PQT é necessária, mas ela não é suficiente para evitar em um certo número de casos. Eu acredito que alguns casos ela evite, ele foi curado, não tem volta. Mas não é assim, dizer: “Olha, fazendo PQT não vai ter mais incapacidade”. Vai ter. vai ter.

MO: ...ficou muito impressionada com as imagens porque são reações graves.

JF: São graves.

MO: Pacientes com reações graves...

LM: Mas <u>muito</u> graves.

MO: Que levaram a internação e pós-alta, quer dizer, eles são curados.

JF: São.

MO: Eles não são mais pacientes.

LM: É.

MO: No entanto, eles têm internações, são hospitalizados, graves, e agora tem mais um agravante que por conta de reação, fica tomando corticóide muito tempo, nem sempre com os devidos cuidados e acompanhamento, que com a descentralização você teve que afrouxar esse negócio. E aí você tem complicações também de comorbidades pelo tratamento corticóide, então o tratamento, pós-tratamento da hanseníase, muitas vezes ele é até pior. Tem pacientes que eles não entendem que ficaram curados, não é?

JF: Pois não.

MO: (**risos**)

JF: Bom, eu <u>também</u> não entenderia. Porque aí nós temos uma questão muito em particular, a gente aprende na patologia que a doença ela tem dois componentes importantes: um é ação do agente, e a outra é reação do hospedeiro, isso tudo faz parte do quadro patológico. Se nós formos por esse caminho...

MO: Ele continua doente.

JF: Reação é doença, é hanseníase. Mas aí de novo, nós caímos naquela velha história, quando se criou o projeto de eliminação, se fez algumas coisinhas... Como é?

LM: Que não deveriam ter sido feitas?

JF: Não seria ter sido feita, mas definiu-se como caso de hanseníase aquele que tem que tomar quimioterapia específica, realmente paciente com reação não precisa mais quimioterapia específica, não é? Mas ele tem resto de bacilos que pode continuar provocando como antígeno...

MO: Inclusive alguns que podem persistir e podem voltar a ter aí. Tem que ter cuidado.

JF: Pois é. Então, nós estamos trabalhando com definições muito específicas pra hanseníase, mas se vamos falar assim em patologia geral rigorosamente a reação é hanseníase, o paciente não está curado, ela é doença.

MO: Até porque se paciente se apresentar pra outro médico e não falar que ele tratou, o outro médico vai falar que é caso novo.

JF: Pois é, então nós temos aí... Mas tudo isso aí também foi feito com uma intenção política de eliminar a hanseníase, então se eu tiro esse paciente ele vai continuar sendo tratado, mas não como hanseniano, mas como seqüelado de hanseníase ou como uma complicação qualquer que não é mais hanseníase ativa. Então pode sair da prevalência e não prejudica a minha meta.

LM: Sim.

JF: Compreende. Mas é discutível, é absolutamente discutível. Quer dizer, é um ponto falho, e isso está perceptível desde o início. Assim como tem aquela questão do abandono que fica incompatível com a própria definição, essa definição é incompatível com a definição da patologia geral.

MO: A cura.

JF: É, essa cura...

MO: É uma cura...

JF: É uma cura bacteroscópia... teórica, não é? Cura bacteroscopicamente, mas pra o paciente em si, quer dizer, "vem cá, eu que não sou... Se eu sou pedreiro, se eu sou uma dona de casa, costureira, o que é que me interessa se o bacilo já está fragmentado? O meu problema é que eu estou tendo reação (**inaudível**) estável ficando... O meu dedo está ficando torto, isso não é doença?" Os médicos dizem que eu estou curado e eu estou cada vez pior", não é? Não faz sentido pra um leigo, mas se a gente pensar bem, nós também estamos sendo um pouquinho incoerente, isso aí é... Um pouquinho de conta de chegar.

LM: É, verdade. A fora a afinidade musical (**risos**) que o senhor tem com o Doutor Marcos Virmond, vocês fizeram faculdade juntos, não?

JF: Nós somos contemporâneos.

LM: Contemporâneos, ta.

JF: É, o Marcos se formou na mesma universidade que eu, em 1974, eu me formei em [19]70.

LM: Ah, ta tem uma...

JF: Mas nós nos conhecemos no coral da universidade.

LM: Ah!

MO: A afinidade musical que os uniu.

LM: É, que os uniu. (risos) Interessante.

MO: Não, e depois também hanseníase, porque o Marcos trabalha com hanseníase.

LM: Claro, o senhor chegou a ir para Bauru, fazer algum...

JF: Não.

MO: Porque o Marcos é lá do Rio Grande do Sul.

LM: Não, porque isso não está no...

MO: O Marcos era do Rio Grande do Sul.

LM: Não tem nada no seu currículo nesse sentido.

JF: Não, em Bauru eu só estive em reuniões.

LM: Certo.

JF: Eu nunca fui fazer curso em Bauru. Talvez pelo fato de que como eu me dirigi muito pra área de saúde pública, Bauru não era o centro da saúde pública. O centro era pra quem fazia cirurgia, pra quem fazia prevenção de capacidade, para quem fazia clínica. Era uma fase que eu já tinha passado. Mas a gente manteve sempre um (**inaudível**) com

Bauru, e o Marcos foi do nosso... O Marcos foi ser, quando se formou, foi ser plantonista no hospital Itapuã. Onde ele começou a fazer trabalhos já de cirurgia com pacientes, depois ele passou para unidade de treinamento de dermatologia que nós tínhamos lá em Porto Alegre que era uma interação mais dinâmica onde ele continuou fazendo cirurgia. E ele terminou sendo chefe do ambulatório de dermatologia sanitária, onde eu de primeiro trabalhei como clínico. Claro, o problema é o seguinte, o Marcos com a sua habilidade de cirurgião reparador. (**inaudível**) A mão, pé, olho... Porto Alegre, Rio Grande do Sul era um lugar ruim para ele... Começou a... Porque pouco cliente pra ele de hanseníase. Claro que viajava muito, fazia muito trabalho fora, ele dava cursos fora, mas até que chegou o convite nos fins dos anos [19]80 pra ir para Bauru e aí o lugar onde ele tinha que ficar, que era o centro de referência mesmo. Nós perdemos o Marcos, mas por uma causa nobre.

LM: (**risos**) Por uma causa nobre e pela ciência, não é?

MO: E ele está muito bem adaptado lá, não é? Mora bem, tem essa orquestra agora que ele rege que é uma cidade pequena que ele tem possibilidade de compatibilizar essas coisas também, não é?

JF: Não, com certeza, com certeza. Agora nós tínhamos uma amizade muito... Temos ainda uma amizade muito estreita assim, de... quando eu vou a Bauru pouso na casa dele.

LM: Eu imagino.

JF: Temos... Fomos parceiros da música do Centenário. (**inaudível**) para botar letra, nós ganhamos. Um concurso para o centenário de Farroupilha.

LM: É, no...

JF: Ih, fizemos muita coisa juntas.

LM: No currículo dele ele colocou isso, no seu o senhor não colocou não.

JF: Não é?

(**risos de todos**)

LM: Compositor.

JF: Mas eu sou só letrista, um erro...

LM: É, mais é uma grande contribuição.

JF: Nós tínhamos assim uma amizade muito estreita realmente e na área da música, fundamentalmente nosso.

LM: É o que os uniu primeiro, não é?

MO: Você lá em Porto Alegre você continua contando?

JF: Continuo. Tem um grupo de médicos, da Associação Médica do Rio Grande do Sul que faz dois recitais por ano, pelo menos. Um na semana do Médico, em outubro, que é só música de ópera, lírico mesmo; e um que se faz em agosto que é na semana cultural da (**inaudível**) que aí esse canta músicas mais populares, não totalmente. Tem um pessoal que canta sem microfone, não é? Nós ficamos no (**inaudível**). Mas é aquela música, aí cantam essas populares italianas, músicas da Brodway...

MO: Você gosta dos tangos argentinos? Você gosta bem dos tangos.

JF: Olha a última... Casualmente no último que eu cantei, nesse último da semana cultural eu cantei aquele tango da (**inaudível**) aliás, composto por uma mulher cujo nome me foge agora.

MO: Ester?

JF: (**canta a música**) Cantei essa que é um tango, mas eu não tenho um repertório de tangos assim importantes, mas cai na minha voz, o tango se adapta aí com a voz de barítono, não é?

LM: É.

JF: Os argentinos é... Os grandes cantores argentinos de tango, os Carlos Gardel, aquele pessoal... Eram barítonos.

LM: Eram barítonos, é. Hum, hum.

JF: É, cai bem, funciona. Mas eu canto popular brasileiras também, essas clássicas, Ari Barroso, esses tipos assim...

MO: Você gosta.

JF: Eu gosto de cantar.

LM: É eclético.

JF: Buscar lá no baú.

LM: Você é eclético mesmo. (**risos**)

MO: Nem tanto, certamente ele não canta sertaneja.

JF: Olha, não...

LM: Não, se bobear...

MO: Aquelas sertanejas clássicas.

LM: Tem sertanejos bons também, o Tonico e Tinoco...

MO: Não os modismos.

JF: Não que há assim um preconceito musical dizer que “tal coisa eu não cantaria...” Eu passo cantar qualquer negócio.

LM: Bom, eu não sei, você tem mais alguma coisa para perguntar, Leide?

MO: Eu não acompanhei, mas você está com quantas fitas?

JF: Não, estava um e meio.

LM: É, essa é uma e meia.

MO: É, mas ele contou das mudanças?

LM: Contou das mudanças deles, a Fundação SESP e de especialização, do doutorado e da aposentadoria no estado e do que chamou atenção em dermatologia.

MO: Mas você falou... O que você acha desse momento agora. Alguém falou: “Não, que eu estou vendo ressurgindo...” Quer dizer, a gente fica olhando, eu estive olhando nessas reuniões em Brasília, na verdade o que as pessoas, a maioria das pessoas que tinham algum tipo de liderança no grupo da hanseníase continuam, não é isso? E tem gente nova boa, evidentemente tem muita gente nova boa. Como é que você vê isso?

JF: Nós estamos vivendo um novo momento no Brasil inteiro. Quer dizer, o SUS vai se... espero que se consolide, isso vai dar uma primazia para as secretarias municipais, para os níveis locais, então é preciso que os níveis locais se fortaleçam. Agora, é claro, não encontra uma massa crítica de hanseníase a nível local. O momento que nós temos que passar agora é ter pessoas tecnicamente preparadas em centros de referências e o nível local nós vamos ter que ter pessoas de cunho mais generalista, mas que lidem com hanseníase como uma grande endemia, sejam capazes de lidar. Eu acho que esse clique não houve ainda, certo? Digamos assim, dos municípios do Brasil incorporarem que hanseníase é uma endemia nacional que é tão importante quanto dengue, quanto a tuberculose, quanto... Isso é uma coisa que eu acho que ainda não se conseguiu incorporar, as pessoas ainda ficam meio vislumbradas: “Ah, ainda tem isso no Brasil?” Quer dizer, o Brasil é um estado endêmico, não é? Ainda se fica perguntando se ainda tem isso no Brasil? Por quê? Porque durante muito tempo hanseníase ficou num clubinho assim. “Ah não, hanseníase é com a fulana, com cicrano”.

MO: É, eu acho que no norte isso já mudou, porque no norte a gente tem uma endemia tão grande que... Não é?

JF: Claro, mas se você pegar, mesmo aqui no sudeste eu vejo esse problema.

MO: É, mas ainda tem.

JF: No sul tem esse problema.

MO: No sul e no sudeste realmente ainda tem.

JF: No centro oeste eu não sei como é que está, que eu conheço muito pouco, mas.

MO: Não, centro oeste também tem muito. Mas de qualquer maneira eu acho que é assim, é o contexto mesmo, é a baixa efetividade no serviço...

JF: É. Eu acho que nós temos... Isso até... Nós estamos falando de hanseníase, mas isso vale para...

MO: Um monte de coisa.

JF: É. A situação geral da saúde no Brasil. E eu vivo num município que é Porto Alegre que desde [19]96 tem administração plena, quer dizer, da saúde, e que trabalho num hospital de referência. É um hospital ultra complexo. Nós temos problema de referência e contra referência. Isso está claro, não está estabelecido, nós estamos trabalhando pra isso. Assim, tem grupos que estão pensando no assunto que agora mesmo, eu estou na Conferência Nacional de Saúde, eu estou agregado a Conferência Nacional. Cheguei lá, aquela maratona, porque o hospital queria ter alguém. Um dos assuntos que a gente está colocando é esse, a questão da referência. E eu vejo gente colocando do também, então começa haver uma preocupação sobre isso, de ter populações inscritas nas unidades de saúde, que isso aí crie vínculos com os serviços locais, para que a pessoa seja bem atendida dentro do eixo de complexidade baixo.

MO: Você está fazendo a educação continuada.

JF: Exato. Então quando o paciente vai, por exemplo, e precisa de um serviço mais complexo, ele fica ali o tempo que ele precisa e retorna para o nível local. Isso não tem ainda no Brasil. Poderá ter assim facilmente em algumas cidade, mas como um todo, isso é uma coisa...

MO: Hum, hum. De se assumir uma responsabilidade com essa.

JF: ...Claramente arraigada não está.

MO: Não está.

JF: Nós estamos trabalhando ainda de uma maneira muito, é mais ou menos assim, não é? Eu acho que... Mas nós estamos vivendo esse momento. E se não for agora nesse governo Lula eu não sei quando é que vai ser. Por que, tem algumas iniciativas anteriores os próprios, os PABES, não é isso?

MO: (**inaudível**)

JF: Tem essa linha de fazer assumir a responsabilidade, fazer as responsabilidades como metas e não com procedimentos, tem essa linha.

MO: Mas são muito assim normativas.

JF: É, muito normativo, sem dúvida. Então, eu digo o seguinte, ideologicamente falando o Lula tinha que está nessa linha de realmente criar, fortalecer os serviço locais, os vínculos com as unidades locais, ter esse tema de referência e contra referência que é o sistema socialista de saúde local. Quer dizer, nós estamos num governo cuja ideologista

é socialista, mesmo que viva num regime capitalista pode trabalhar como trabalha a Inglaterra, por exemplo, que vive num regime capitalista mas com uma visão de saúde um tanto quando socialista, isso é possível, com todos os defeitos que possa ter, não tem estado perfeito, não acredito em sistema perfeito. Mas o momento é esse, não é?

LM: É.

JF: Não tem outro momento não, eu acho que depois pode passar a oportunidade.

Fita 2 – Lado B

LM: A pergunta que, não sei se cabe, mas como é que você vê esse governo que está começando assim na área da saúde, as ações de saúde, você acha que...

JF: Ah, por enquanto, é muito cedo pra dizer.

LM: É.

JF: Eu acho o seguinte...

LM: Porque, sabe porque que estou te perguntando isso Doutor Jair? Porque a gente estava conversando lá embaixo, o senhor falou sobre aquela reunião do comitê de AIDS que...

JF: Ah que deu aquela...

LM: A história da Kelly Key.

JF: É, bom, mas aquilo ali está realmente muito de fora, foi uma... Não, eu diria o seguinte, aqui, a gente tem que olhar, para olhar o que está acontecendo nesse governo atual, tem que olhar também o que aconteceu no governo passado.

LM: Sim.

JF: Nos últimos momentos do governo passado nós tínhamos uma pessoa que era o José Serra que era o Ministro da Saúde, que não era da área da saúde, mas era economista. E que ao tempo era candidato a Presidente da República, que eu acho que o Serra... Eu olho assim, eu acho que ele fez uma boa administração no atacado e no varejo talvez não, porque (**inaudível**) O programa de hanseníase foi bom pro tempo do Serra?

MO: Não.

JF: Não foi.

MO: E a AIDS... A (**inaudível**)

JF: Agora, no atacado, seja na questão do genérico, seja na questão dos PABES tal e tal, ele tem uma visão que é olhava pra o futuro assim com uma maneira, com uma certa coerência. Ora, pegando nesse ponto, o que se espera de um governo que assume com

uma ideologia socialista? Que fortaleça os serviços locais, que crie sistema de referência e contra referência, a regionalização, que...

MO: Que controle o mercantilismo na área de saúde.

JF: Com certeza, não é? E que resolva uma série de problemas que nós temos que é favorecer muito a doença e menos a prevenção, não é?

LM: A prevenção, é.

JF: A prevenção primária, vamos dizer. Então essas coisas que a gente espera. Agora, isso é muito... O Brasil é um país muito complexo, é complicado. E nós estamos vivendo crise econômica, pouco dinheiro, então perguntar assim: "O que aconteceu nesse primeiro ano; aconteceram coisas importantes?"

LM: Nada.

JF: Não. Mas será que não vai acontecer em três anos?

LM: Não dá pra saber.

JF: Não sei como é que vai ser daqui a quatro anos.

MO: Esse ano parece (**inaudível**) para a questão econômica, não é?

JF: Fortemente.

LM: É, fortemente.

JF: Agora eu temo muito, tem uma coisa que eu temo muito, é em governos muito ideológicos.

MO: Ficar discutindo. (**risos**)

JF: Não só ficar discutindo, é desmanchar.

MO: É no que dá.

JF: Às vezes coisas que estão boas...

LM: É, por era...

JF: Porque não está exatamente dentro da ideologia. "Está funcionando, mas não pode ser assim". Sabe como é? Então isso é uma coisa que é perigosa, sempre perigosa.

MO: Desmancha e não constrói, não é?

JF: Desmancha e não constrói, nós vemos isso no Rio Grande do Sul em 1987 e [19]90 quando o PMDB assumiu. Por quê? Nós tínhamos passado 20 e tantos anos com o regime militar e os governadores eram nomeados dentro da arena, não é? Aí eu na primeira vez...

Ganhou o do PDS, então ficou mais quatro anos. Esses caras chegaram com uma fome assim de mudar tudo, mas mudaram assim, o seguinte, tudo o que havia era: "Ah, é o entulho autoritário!, tudo. Então coisas muito boas que tinham sidas construídas, por exemplo, o Centro Assistente (**inaudível**) da secretaria foi desmanchado, foi tirado, desapareceu.

LM: Porque era entulho autoritário?

JF: Porque "Isso é entulho autoritário" Então alguns programas que funcionavam bem foram desmanchados porque vinham da época da ditadura. E não tinham sido sequer, e muitos deles sequer tinham sido construídos assim pela ditadura, tinham sido feitos por técnicos que eram de carreira e que estavam lá e que independentemente do partido que estivesse fariam. Isso é muito perigoso quando você entra assim nessa ideologização de que os meios é que são importantes e não os fins. É isso, isso eu temo um pouquinho que possa acontecer nesse governo, na ânsia de mostrar que alguma coisa no passado estava errada, não tudo estava errado, tem coisas erradas e tem coisas certas, tem que aproveitar o que está certo e mudar o que está errado.

LM: Lógico.

MO: Ou tentar mudar.

LM: Ou tentar mudar o que está errado.

JF: Mas eu vejo assim, então eu vejo como incógnita ainda, certo? Tem uma linha que deveria ser coerente, mas nem sempre as pessoas são coerentes.

LM: Ah, quase sempre elas não são. (**risos**)

JF: É, exatamente, a coerência não é...

LM: A coerência não é...

JF: Não é uma qualidade muito fundida.

LM: Não, não é muito não

JF: Então eu vejo por aí, essa problemática. Isso vale pras outras áreas, não é?

LM: Sim!

JF: Não é? E olha...

LM: É, porque a gente está falando de saúde, não é? Mas eu acho que isso vale...

JF: Porque eu vejo assim, eu vejo, vou dar um exemplo pela área de educação, também trabalho com educação afinal. Eu acho que houve no governo passado alguns incentivos interessantes e que eu... O meu meio pessoal é contra, mas eu sou a favor. Por exemplo, embora tenha, seja contra outras coisas, mas por exemplo, a avaliação que se faz dos

cursos e dos próprios professores, eu sou favorável. É a busca da qualidade. Tem defeito? Muito bem, então vamos mexer nos defeitos, mas não desmoralizar em princípio.

LM: Mais ao mesmo tempo esse mesmo governo que cria um sistema pra avaliar, ele é um governo, foi, não é? Um governo que soltou a rodo autorizações pra abertura de milhões, milhões e milhões de universidades particulares assim...

MO: E pior que não aconteceu nada com quem foi mal na avaliação.

JF: O que foi ruim.

LM: O que foi péssimo, não é?

MO: E não aconteceu nada com...

LM: Quer dizer, você cresceu um número enorme.

MO: Não aconteceu nada com quem foi mal na avaliação, apenas fizeram cursinhos pra os alunos estudarem só pras fazer prova da avaliação pra melhorar a nota, mas isso mostra que o aluno, porque ele fez cursinho pra fazer prova, então não foi o curso que...

LM: O que eu estou falando, Maria Leide, é que esse mesmo governo ele também abre um monte de universidades assim, de faculdades que não tem...

JF: Que tem... Aliás, e o Brasil, aí tem o defeito brasileiro.

LM: Que amanhã ou depois ele vai estar avaliando mal, não é? É isso que eu estou falando também.

JF: Não é só isso. Não só avaliando mal, mas mesmo que avalie bem, nós estamos criando cursos acima da necessidade do mercado.

LM: Exatamente. Você não tem como absorver.

JF: É por outro lado nós temos um... Um vazio intermediário que é de cursos técnicos.

MO: Técnicos é.

LM: Enorme.

MO: Então tem que fazer faculdade e não faz o técnico.

LM: É.

JF: Que não tem, que são supridas.

MO: Ninguém faz (**inaudível)**..

JF: Por exemplo, eu sou da opinião que no Brasil o segundo grau é um desperdício, porque as pessoas terminam o primeiro grau...

LM: Você não sai formado em nada.

JF: Que é o ensino fundamental. E o segundo grau serve pra quê?

LM: É nada, nada.

JF: É só para trampolim...

LM: Para preparar para os cursinhos.

JF: Preparar para o vestibular da faculdade.

LM: É nada.

JF: Então se nós tivéssemos que o segundo grau fosse obrigatoriamente um curso técnico pra a pessoa se formar na vida pra alguma coisa.

MO: Já se tentou sim, mas não conseguiu.

JF: Pois é, mas aí que aí, aí em vez de procurar... Qual foi o erro? Em vez de criar cursos técnicos em função da necessidade do mercado, criaram os cursos técnicos em função da vocação daquele colégio, daquela escola. Então nós aqui ensinamos químico prático, enfermagem, não sei o que e as pessoas não tinham muita opção, não é?

LM: Ninguém estava muito a fim de fazer isso.

JF: É. Quando na verdade o que tinha que ter? Tinha que ter cursos técnicos já programados para as necessidades de mercado, aí o sujeito quando terminava o seu primeiro grau, "O que o senhor quer ser?" "Ah, eu gostaria de ser técnico de computação" "Então vai ter que se inscrever na escola A, B, C ou D que tem". "Ah gostaria de técnico de enfermagem". "Ah bom, então você tem a escola C, D, E, não é? E assim por diante. Outro quer ser técnico de refrigeração, de encanador, qualquer coisa, não é? Bom, muito bem, daria esses cursos técnicos depois quem quer fazer universidade, bom, aí é outra história...

LM: Que faça.

JF: ...Mas já tem uma profissão, já tem haver com o efeito de colocação no mercado. Então eu acho que esse é um defeito brasileiro, sério, importante, não é? De ter... Nós temos assim: A turma dos analfabetos. Aliás, analfabeto é politicamente incorreto, é mobral incompleto.

LM: Mobral incompleto. (**risos**)

MO: Analfabeto funcional, como eles dizem.

JF: E os universitários.

LM: É, é isso.

MO: Daqui a pouco tem um monte de gente com mestrado e doutorado.

LM: Ah, mas já tem.

JF: Mas tem, eu vejo no...

LM: Mas já tem, no Rio de Janeiro...

JF: ... Não escrevem o português, não sabe escrever o português. Ah e agora tem uma nova moda, essa muda pega, não é? Que é o tal de ciclos, lá em Porto Alegre usam muito isso, ciclos.

LM: Como assim os ciclos?

JF: É (**inaudível**) Não é reprovado.

MO: Ah, no fundamental?

JF: É. vai...

MO: É, a reprovação agora é proibida.

JF: Pois é, então você está no quaro ano já, está lá e não sabe lê.

MO: É, é isso mesmo.

LM: Porque não é reprovado.

MO: Não pode mais ter repetência, você sabe disso? Não pode ter repetência.

JF: Saúde não pode ter repetência, então...

MO: E isso foi uma coisa do governo... No governo passado, não é?

LM: É, exatamente..

MO: Que não pode ter repetência.

LM: Hum, hum. É isso, Doutor Jair, muito obrigada pela sua entrevista. (risos)