

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CASA DE OSWALDO CRUZ**

***JAYME ARAÚJO OLIVEIRA***  
**(Entrevista)**

## Ficha Técnica

Projeto de pesquisa – Depoimentos Avulsos

Entrevistado – Jayme Araújo Oliveira (JO)

Entrevistadores – Rose Goldschimdt, (RG), Wanda Hamilton (WH) e Nara Brito (NB)

Data – 28/04/1987

Duração – 2h10min

Responsável pela transcrição – Maria Lúcia dos Santos

Responsável pela conferência de fidelidade – Poliana Orosa e Laurinda Rosa Maciely

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

OLIVEIRA, Jayme Araújo. Jayme Araújo Oliveira. *Entrevista de história oral concedida ao projeto Depoimentos Avulsos*, 1987. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2021. 48p.

Data: 28/04/1987

### Fita 1 – Lado A

NB - Mas, peraí. Primeira entrevista, dia 28 de abril de 87, é... entrevista de trabalho com Jaime de Araújo Oliveira, para o projeto da entrevista da administração.

? - Do instituto...

NB - ... Oswaldo Cruz. Jaime, na última reunião, não foi nem entrevista, foi uma reunião que a gente teve com você [**trecho ininteligível**], e que você se dispôs a nos ajudar, a recuperar um pouco da história daquilo que é chamado o Partido Sanitário, né? Um pouco se falou da origem e da formação disso. Regrediu muito, ficou muito prá trás, prá explicar qual era a situação do sistema de saúde em meados da década de [19]70, quando apareceu esse grupo, que hoje é chamado, é reconhecido, informalmente, como partido sanitário. Você dizia que nesse momento, no pós-64, o sistema de saúde estava privatizado, não é? Um modelo em que os atores principais eram a Federação Brasileira de Hospitais e os antigos cardeais do IAPI. Uma relação intensa, complicada, mas de qualquer maneira o resultado dessas forças políticas no pós-64, tiveram o produto foi a privatização do setor de saúde. E vocês apareciam, e acho que é por aí que é uma coisa curiosa, como um certo movimento, por várias regiões do país, vocês apareciam para discutir esse modelo, teoricamente, e praticamente você nos relatou vários programas de ação prática, PIASS, CRUS, e várias siglas que até num certo momento a gente tem que decifrá-las todas, também a produção teórica de vocês. Eu gostaria de conversar com você hoje a partir daí. Uma coisa que a gente não tocou na semana passada foi exatamente isso, esse papel, a formação desse grupo, de discussão teórica, e esse grupo formando novas pessoas. Esse papel de formador que eles têm pelo Brasil todo.

RG – Quer dizer, basicamente, a gente viu que havia, houve uma coisa meio que simultânea e paralela, em vários núcleos, não só no Rio, como em outras cidades do Brasil, aconteceram coisas nesse período. A gente podia eventualmente se deter mais no que aconteceu aqui na [**trecho ininteligível**], que era um dos núcleos mais fortes?

NB – E onde ele se engajou na pesquisa do PESES?

RG – Quer dizer, voltar um pouco a constituição desse grupo, ainda que isso a gente tenha visto assim superficialmente, mas aí ver o desempenho de vocês aqui dentro, da relação desse grupo com a Escola, como é e quando isso se funde, que inicialmente você diz que era uma espécie de heliporto.

JO – Disco voador.

NB – Disco voador.

RG – Pairando acima, bem pertinho, mas descolado.

NB – Queria botar mais uma coisa pra você ver tudo numa vez só, inclusive a formação dessas pessoas, hoje, quem são, qual é o perfil deles hoje, não é?

RG – Tá, agora... tá.

NB – Colocando assim, perfil dos novos sanitaristas.

RG – Mas isso a gente colocou.

NB – Quem é essa gente, que tipo de curso ele faz, qual é a formação teórica dela, de onde é que eles provêm teoricamente, então, você já está com o microfone aberto pra você.

JO – Podia começar com o PESES daqui.

NB – Queria que você falasse um pouquinho mais alto.

JO – O PESES foi criado aqui na Escola em [19]76, por um convênio da FINEP com a Fundação Oswaldo Cruz. E tinha dois coordenadores, o coordenador pela Fundação, o Arouca, e pela FINEP, era o Sérgio Góes, que por sua vez já tinha sido professor da Escola até, se não me engano, [19]68, quando foi, de alguma forma, afastado da Escola.

RG – Sérgio Góes é comunista?

JO – Sérgio Góes é comunista. E o PESES então foi criado nesse período dessa forma, com o patrocínio da FINEP. Aliás, a FINEP tem um papel importante na criação e financiamento de várias instituições, formando recursos humanos, nessa época, não só aqui, mas como no Instituto de Medicina Social da UERJ, apoiando pesquisas em vários departamentos de Medicina preventiva, São Paulo. Bahia. Era o início de um processo de pesquisas, de reflexão sobre temas de saúde e de formação de recursos humanos com características um pouco distintas dos tradicionais sanitaristas.

NB – Quais são essas características?

JO – Bom, o sanitarista tradicional, por oposição, a isso ele passou a ser chamado informalmente meio de brincadeira de novo sanitarista, o sanitarista tradicional é muito vinculado ao controle verticalista de atuação do ministério da Saúde, e da secretaria de saúde. É uma coisa que sobrou uma estrutura da Saúde Pública no Brasil, chamada de Saúde Pública, um pouco como herança das heroicas campanhas do Oswaldo Cruz, no início do século, se burocratizam, se institucionalizaram, se transformaram em...

WH – Você diz o sanitarismo campanhista?

JO – É. O sanitarista era muito marcado por essa atuação verticalista?

NB – Por causa daquele mata-mosquito?

RG – Essa intervenção assim?

JO – É. Esse modelo de campanhas que se burocratizou, se tornou, órgãos, executores, de departamentos, de serviços, do interior do ministério e das secretarias. Uma atuação restrita a alguma determinada doença...

RG – E ação fulminante, é isso que é o verticalismo?

JO – É uma ação localizada, quer dizer, existiam departamentos nacionais, serviços nacionais, de cada uma, de determinado conjunto, de determinadas doenças que por diversos motivos foram selecionadas como significativas, claro.

WH – Isso mais ligado a...

JO – A lepra, a febre amarela.

WH - Isso ta mais ligado à epidemiologia, seria o caso? Em termos de formação?

JO – Não necessariamente. Não necessariamente. Bom, mas isso é o sanitarista clássico, não é o sanitarista tradicional. O novo sanitarista que começa a se formar no partido.

NB – Só um pouquinho, esse velho, ele tem formação, que pode ser técnica, técnico que eu digo, no ensino médio, assim, é isso?

JO – Não, não.

RG – Não, não.

JO – São médicos.

NB – São médicos?

JO – São médicos de nível superior, e outros profissionais da área da saúde. Agora, o novo sanitarista tem outra... tem outras características. Que ele surge prá enfrentar outro tipo de problemas. Quer dizer, se hoje a gente estava discutindo, da outra vez, a partir de uma situação de crise que se estabelece principalmente a partir da Previdência social. Quer dizer, ele surge na outra metade dessa grande divisão das duas grandes linhas de intervenção do Estado sobre a questão da saúde no Brasil né, que foram por um lado, a chamada Saúde Pública, medidas de ação de caráter preventivo e coletivo, que ficaram principalmente no Ministério da saúde, e a outra metade desse braço da intervenção do Estado no âmbito da questão da saúde, era a Medicina previdenciária. Eu acho, enquanto o velho sanitarista vinha da vertente da saúde pública, o novo sanitarista a meu ver aparece por questões que nascem na outra área, a área da assistência médica previdenciária, que no imediato pós-64, dez anos iniciais pós-64, ganha configuração de assistência médica previdenciária, na metade que a gente discutiu outra vez, e na metade dos anos [19]70, essa forma de organização da assistência médica previdenciária dominante no Brasil nos anos anteriores, tá enfrentando dificuldades, políticas e financeiras.

Que a meu ver, é muito em função dessas dificuldades, que começam a surgir o chamado novo sanitário, que tem por isso mesmo uma outra configuração, ao invés de um campanhista, ele tende a ser muito mais um administrador e planejador de sistemas de saúde. Essa é a característica. Estou fugindo um pouco da questão inicial?

NB – Não, é isso mesmo. É isso mesmo. O que me chamou atenção, Jaime, é o seguinte: esses dias eu estava falando com o Mário Hamilton, é.. a grande, assim o grande número de pessoas dessa área a partir desse momento, de 76 pra cá, nessa área, que fazem mestrado. É um nível de especialização, quer dizer, eu acho até que o número de pessoas que fazem mestrado na área de saúde, hoje, dê um tempo pra cá, é maior até, eu não tenho essa estatística, mas é bem interessante, maior até que nas Ciências Sociais, né? É um grupo enorme de pessoas que se especializa, e que vem junto com essa proposta nova, dos novos sanitários. É a formação dessas pessoas.

RG – Mesmo porque nessa formação não lhes é dada nos cursos básicos, ou você vai pra uma pós-graduação ou você aprende na prática, mas não tem, você não tem esse... rudimentos disso num curso de formação, né?

JO – É, a formação, existem departamentos, existiam, existiam não, continuam existindo, nessa época, acho que em todas as disciplinas, em todas as carreiras, em todas funções da área de saúde, departamentos e disciplinas de saúde pública, ou num âmbito qualquer semelhante. Mas era em geral muito precário.

RG – Isso num curso de graduação?

JO – Digo a nível da graduação, muito precários, conteúdos muito antigos, mal organizados, enfim, os alunos não tinham um maior interesse na disciplina.

NB – Você diz é... eu queria até... acho que pode até voltar pra esse negócio de perfil, mas que tipo de pesquisa o PESES fez aqui, você podia assim falar um pouco em geral, que tipo de coisa estava, começou a se fazer na época do PESES? Que tipo de coisas se pesquisava?

JO – O PESES era um conjunto de linhas de pesquisa. Vários projetos. Tinha um projeto que era coordenado inicialmente pelo Arouca, que se chamava Trabalho em saúde, alguma coisa assim, foi mudando de característica, ele acabou sendo uma investigação sobre a Previdência social no Brasil. A história da Previdência social no Brasil e a organização do que naquele momento a gente chamava de complexo previdenciário de assistência médica, quer dizer, uma série de formas distintas, pelas quais a previdência prestava serviços à sociedade. Essa foi uma linha de pesquisa.

NB – Uma linha de pesquisa histórica, de levantamento de informações?

JO – Era história e conjuntural, tinha uma parte da investigação histórica sobre a Previdência como um todo, e um estudo de casos sobre a organização da assistência médica previdenciária, em Campinas, foi a universidade escolhida pra isso. É... um outro projeto era a Saúde Pública, sobre a história da Saúde pública, no Brasil. Chamavam-se Campanhas sanitárias e a sua

burocratização, inicialmente, coordenado pela Isabel Picaluga e Ana Clara Ribeiro. Participava em cada um desses projetos, participavam várias pessoas.

WH – Isabel é médica ou é socióloga?

JO – Não, é socióloga. As duas, sociólogas. Uma das pessoas que participaram desse projeto sobre Saúde Pública, que continua na Escola é o Nilson, chefe de departamento.

WH – E a titulação?

JO – Ciências Sociais. Tinha, deixa eu me lembrar, uma outra pesquisa sobre o ensino da Medicina preventiva, no Brasil. Han... Tinha uma outra se eu não me engano sobre programas de atenção primária, começando a se desenvolver nesse período. Que eu me lembre, acho que essas eram as quatro grandes linhas de pesquisa do PESES, agora junto com o PESES tinha um outro programa, também convênio da FINEP com a Fundação, que era o chamado PEPI, Programa de Estudos populacionais e epidemiológicos. E tinha mais uma outra série de projetos, mais na área da epidemiologia e da demografia. Ah sim, além dos quatro programas do PESES que eu falei tinha mais um outro, que era sobre economia e saúde, economia e saúde, alguma coisa assim, que era coordenado pelo próprio Sérgio Góis, e pelo Braga, José Carlos Braga, atual, superintendência da SUNAB.

RG – Não sei quem é.

JO – Enfim, cargo, assim.

RG – Área econômica.

JO – Economista. Essa era outra linha do PESES, e o PEPI, com essas várias investigações na área de epidemiologia e demografia.

WH – Como é que vai se dando essa entrada de gente que não é por exemplo formado em Medicina, pessoal economista, sociólogos, na área de saúde, que é... tem alguma ideia?

RG - Ciência social.

JO – É, esse é um dos elementos de novidade do PESES.

WH – Pois é.

JO – Mais PESES, um pouco o PEP.

NB – Incorporação com a gente da área de Ciências Humanas.

JO – Da área de Ciências Sociais.

NB – Ciências Sociais.

JO – Isso é importante porque há essa incorporação através das linhas de pesquisa e depois essa incorporação contínua, nos cursos de formação de pessoal.

WH – Aí que se dá a diferença entre o antigo sanitarista e o novo sanitarista?

JO – Esse é um momento importante da formação do novo sanitarista, é essa incorporação, não só de pessoas, mas de conceitos, noções, categorias.

RG - Agora, também a Escola de saúde pública sempre teve essa cara, que quando ela foi criada, tinha as pessoas que dirigiam não eram da área médica, historicamente a ENSP já começa a vertente na sua origem. Eu fiz trabalho aqui, era estudante, quer dizer.

NB – Bom, mas aqui está o Arlindo [Fábio Gomez], que a gente sabe que é sociólogo.

RG – Que é sociólogo, e outras pessoas.

NB – Mas isso não era dominante, nos cursos, por exemplo, no currículo dos cursos né, não havia a incorporação de como hoje está estruturado, hoje a gente tem um departamento de Ciências Sociais aqui, que tem disciplinas nesse campo, não tem nada a ver, quer dizer, aparentemente não tem nada a ver com a coisa da saúde.

JO – É, a coisa já vem de antes, já existia o departamento de Ciências Sociais, eu não conheço muito a história da Escola anterior a isso, mas o que a gente vai perceber nesse momento é que, os temas de Ciências Sociais chegavam, era a articulação entre Ciências Sociais e saúde, era difícil de fazer. O departamento de Ciências Sociais na Escola de Saúde Pública vinha de uma percepção de pessoas não sei bem quando, da importância desses temas da área ciências sociais, mas a imbricação entre as duas coisas não se fazia muito bem, quer dizer, o departamento de Ciências Sociais já era, desculpe, [...], o que havia era pessoas da área de Ciências Sociais...

NB – Interessadas na saúde?

JO – Não bem interessadas na saúde, a questão é exatamente essa, quer dizer, pessoas da área de Ciências Sociais apresentavam temas de Ciências Sociais, pena que no início do mestrado na Escola eu não me lembro, discussões sobre, sei lá, Sociologia...

RG – Coisas da saúde, não temas.

JO – Sem uma vinculação, mas quer dizer as pessoas que vinham das Ciências Sociais davam aulas sobre coisas que elas conheciam, teoria sociológica, mas esses dois campos estão um pouco desarticulados. Eu acho que essas pesquisas que começam ali no PESES [**trecho ininteligível**], e nesses outros departamentos de Medicina preventiva nos lugares, foi importante porque ele começou a produzir uma articulação maior entre Ciências Sociais e Saúde. Com um movimento nas duas direções, quer dizer, pessoas da área de Ciências Sociais que passaram a investigar temas de saúde, a conhecer mais detidamente a questão da saúde, e

um movimento ao contrário, pessoas da área de saúde que, enfim, foram levadas a tentar de qualquer forma múltipla existentes.

NB – E quais eram os, você pode nomear pra gente, quais eram os temas das áreas das Ciências Sociais que interessavam àquelas pesquisas naquele momento, prá rediscutir a questão da assistência médica previdenciária, que tipos de temas centrais?

JO – Eu acho que a incorporação das Ciências Sociais nesse momento forte, forte incorporação, que é exatamente vem exatamente da situação de crise que a Previdência está vivendo? Não é uma crise técnica exclusivamente, é uma crise política, crise política, é como a gente discutiu da outra vez, o sistema, a forma de organização do sistema de atenção à saúde aí nesse momento, né metade dos anos [19]70, acaba adquirindo determinadas características que fazem com que ele seja inadequado tecnicamente do ponto-de-vista da capacidade de responder a chamada necessidade de saúde da população, e inadequado politicamente, na medida em que ele é incapaz de responder a própria demanda espontânea de serviços, num momento em que essa demanda tem então amortecida pelo quadro político dos anos anteriores, e começa a explodir. Eu acho que essa crise simultaneamente política e financeira do modelo assistencial, que exige né prá sua reflexão, que se saia de uma discussão exclusivamente técnica de saúde, e incorpore isso, temas da área de teoria política, de economia, e de sociologia né, que abre espaço para essa expansão de Ciências Sociais e saúde. E começa a se fazer como eu estava dizendo a partir dessas investigações né. São desenvolvidas as teses que os alunos começam a elaborar, e vai revendo os cursos à medida que se dá esse duplo movimento de pessoas da área de Ciências Sociais prá saúde e vice-versa.

WH – Aí passam a se organizar os cursos que você falou, né a partir dessas pesquisas?

JO – É, no caso do PESES, o PESES foi um programa que durou uns dois anos, se não me engano, [19]76 e [19]78, e em [19]78 foi realizado aqui na Escola um concurso, do qual participaram, se candidataram várias pessoas que eram do PESES e que a partir desse concurso foram incorporadas aos quadros da Escola.

RG - Você, por exemplo?

JO – Eu inclusive, desta forma o PESES se...

NB – Se institucionaliza?

JO – Se institucionaliza, a experiência do PESES se institucionaliza, o PESES se perpetua, através de...

NB – E a partir daí há essa enorme quantidade de convênios que a Escola começa a fazer pelo Brasil todo. Eu queria que você explicasse, essas redea, uma espécie de rede que se estabeleceu a partir de alguns pólos né, aqui é a Escola, você falou em Campinas me parece, também, que começam a montar cursos de formação dessas pessoas, isso tem dez anos?

JO – É, eu acho que os cursos anteriores, além de fracos, quer dizer além da pouca incorporação desses temas de Ciências Sociais eram fracos do ponto de vista técnico também, por exemplo, na área de planejamento e de administração, digamos que os cursos têm essa dupla mudança, e por um lado a incorporação de novos temas de Ciências Sociais, e por outro lado um certo aprimoramento técnico de planejamento e epidemiologia.

WH – Você pode me dizer como é que se estruturavam os cursos na época? Se eles mantêm a mesma estrutura de hoje, como é que era?

JO – Eu estava falando da coisa da rede de cursos?

NB – É, vamos pegar isso, continuar isso aqui, a estrutura do curso né.

JO – Bom, esses cursos então, vão tendo o seu caráter renovado né, os cursos na escola, e a partir de certo momento a Escola vai estabelecendo, porque o curso, a Escola fornece vários os cursos, o curso básico de Saúde pública, a residência em Saúde Pública, cursos de Engenharia sanitária, cursos de Odontologia social, uma série de cursos, além dos cursos, isso mais ou menos, não me lembro o nível, depois tem os cursos de especialização dos departamentos, Planejamento e Epidemiologia, e depois os cursos de pós-graduação senso estrito, mestrado e doutorado. Agora esses cursos básicos, chamado antigo curso básico da Escola, ele era dado exclusivamente no Rio de Janeiro, e vinham pessoas de outros estados prá fazer o curso aqui, deslocamento complicado, a partir de um certo momento, a Escola começa a trabalhar com a ideia de descentralização dos cursos, ao invés de oferecer o curso exclusivamente no Rio, o curso passa a ser oferecido nos estados, além do Rio nos estados, por convênios da Escola com as secretarias de saúde e as universidades locais.

RG – Começou por onde, você lembra assim como é que foi?

JO – Eu não sei bem qual é a sequência, em que estados isso se iniciou, foi se alastrando e eu acho que num dado momento acho que todos os estados tinham cursos desse tipo, se não todos, quase todos. Uns duravam mais, outros menos, as pessoas da Escola participavam da montagem inicial desses cursos, enfim, participavam diretamente, davam aulas, mas com o tempo eles foram ganhando uma certa autonomia, sua própria... E com frequência...

WH – E só quem dava os cursos no mestrado era gente formada aqui pela Escola?

JO – E com frequência era gente que já tinha feito o curso aqui e também outros cursos mais avançados de especialização, e ao voltarem aos estados passaram a assumir a coordenação e a execução desses cursos, e aí depois de um período inicial de participação mais direta das pessoas na Escola, eles ganharam autonomia, hoje até há uma segunda leva dessa descentralização começa a surgir cursos fora das capitais, cidades médias do interior, Juiz de Fora...

NB – Está se interiorizando?

JO – Onde com frequência a gente volta agora na segunda leva de viagens, a participar nesse processo de descentralização, mas...

RG – E você continua envolvido com isso? De uma maneira ou de outra, a Escola ainda está?

JO – É, depois que se abre um novo curso ainda não tem pessoal local suficiente, e nas disciplinas que eles têm carência de pessoal eles convidam o pessoal da Escola, firmam um convênio.

NB – Eu só queria saber o seguinte: isso não está acontecendo só com a Escola de saúde pública, está acontecendo em São Paulo, por exemplo, um grande centro?

JO – Uma coisa é a Escola de saúde pública né, que através desses convênios, eu não tenho certeza do número exato de pessoas, mas é alguma coisa em torno de 800 pessoas que são formadas por ano, no conjunto de cursos da Escola no Rio e nos estados. Ao longo desses dez últimos anos, houve milhares de pessoas formadas...

NB – Oito mil pessoas em dez anos?

JO – É, mais ou menos por aí, mas além da Escola, tem vários outros centros de formação desse pessoal com essa relativa renovação, alguns centros importantes foram o Instituto de Medicina Social da UERJ, que fundado aí também na metade dos anos [19]70, com programa de mestrado, o Departamento de Medicina Preventiva da USP, Departamento de Medicina preventiva da universidade da Bahia, da UNICAMP, a Escola de Saúde de Belo Horizonte, enfim uma série de instituições.

NB – Só um pouquinho, você já tinha nos falado na outra vez, sobre a Medicina social, mas eu gostaria que você repetisse, quem são os personagens da Medicina social, que também vão nos interessar, porque são pessoas que hoje estão nos cargos públicos aí da maior importância nessa área da Previdência, quem é que inicia lá?

JO – É, as pessoas que hoje estão nos postos-chaves aí nos cargos públicos da área de saúde vem dessas várias instituições e daquelas várias experiências de, enfim, de programas, planos, e projetos que a gente discutiu da outra vez.

NB - E práticas?

JO – No caso do perfil social, algumas pessoas têm essa origem né, a começar pelo próprio Hésio [Cordeiro], que hoje é presidente do Inamps e que era professor do Instituto de Medicina social, o Noronha, está no Inamps hoje e era professor do Instituto de Medicina social, a Nina Pereira Nunes, que está na Secretaria estadual do Rio, era professora do Instituto de Medicina social, enfim, mais Madel Luz, professora do Instituto de Medicina social.

NB – Mas a Madel ficou no campo teórico?

JO – Madel é.

NB – A Madel não está [**trecho ininteligível**]. É porque a gente sabe que tem uma divisão dos papéis, alguns vão para os estados e outros continuam na área da teoria pensando a academia.

RG – Mas a Madel também não é médica, não?

JO – A Madel é socióloga.

WH – Tem o Reinaldo, também.

NB e JO – Reinaldo.

JO – Era da Previdência Social.

RG – Lauro Tavares.

NB – Lauro já está na segunda leva, Lauro já está na segunda geração.

JO – O pessoal da Medicina social, o Mário se não me engano, foi da Medicina social.

WH – Acho que era convidado.

JO – Era convidado, não era do *staff*.

NB – Aliás, por falar nisso, tem mais alguém que você lembre lá? Se você lembrar você fala, mas eu sei que são pessoas que iniciaram lá, Sônia Fleury?

JO – O instituto é pequeno, o instituto em comparação à Escola, o instituto é...

NB – É menor do que a Escola.

JO – É muito menor.

NB – Sônia Fleury não está na Medicina Social?

JO – Sônia Fleury, ela era mestranda do IUPERJ, mestranda em Sociologia do IUPERJ, mas fez a tese dela, a Sônia participava de um desses projetos do PESES, projetos da Previdência social, ou participaram inicialmente, e a Sônia então fez várias disciplinas, fez parte do mestrado, com disciplinas do mestrado de Medicina social do instituto. Então acabou sendo uma aluna do mestrado...

NB – Via IUPERJ?

JO – Via IUPERJ. E depois veio pro PESES e enfim, hoje é professora da Escola.

NB – Agora me diz uma coisa, você tem alguma coisa a comentar sobre os argentinos? Tem um grupo de argentinos nessa história toda?

JO – Tem, principalmente o [nome], o Mário e a Suzana, que são pessoas importantes, porque chegaram com uma experiência de planejamento, num momento em que isso se fazia muito necessário aqui, num momento assim, como a gente já discutiu outra vez, o sistema de saúde estava vivendo uma situação de crise.

RG – E lá na Argentina eles já tinham implantado isso, quer dizer eles já tinham uma prática?

JO – Eu não sei, eu não conheço muito bem a história passada deles, a história deles anteriormente à vinda pro Brasil isso é com eles, agora eles chegam aqui num momento muito conveniente, porque a situação muito de crise, o sistema estava organizado, e que esse sistema de saúde precisa ser repensado né, e faltava eu acho capacitação técnica de planejamento às pessoas aqui.

NB – Quer dizer, tinha um grupo pensando isso teoricamente, formulando isso teoricamente, agora precisava planejamento?

JO – Planejamento, na área técnica havia uma grande carência de capacidade mesmo, prá implementar isso. Quer dizer, sempre existiram, desde sempre, mas não sei quando, departamentos, órgãos, setores de planejamento nas instituições, tanto saúde pública quanto Previdência, agora, a gente comentou isso da outra vez, o que se fazia nesses órgãos, departamentos, isso não era bem planejamento, no sentido de repensar globalmente o sistema de saúde e formular modelos alternativos de organização, o que se fazia nesses departamentos era mais, sei lá, talvez pudesse chamar de orçamentação, quer dizer...

NB – Diagnósticos?

RG – Orçamentação?

JO – É, uma mera discussão sobre, nem discussão, uma mera operacionalização, do funcionamento do sistema de saúde, das várias instituições de saúde, tal como elas já estavam organizadas no ano seguinte, incorporando somente algumas mudanças vegetativas, de algumas variáveis, como população, mais ou menos população a ser atendida, mais ou menos recursos.

NB – Quer dizer, não era o chamado planejamento estratégico?

JO – Planejamento estratégico não era nem isso, nem era nem o chamado planejamento, se você pensa em planejamento como uma tentativa de revisão global da forma de organização do sistema de saúde como um todo, a formação de conteúdos alternativos, alguma coisa, mas na, mais ligada à administração do que ao planejamento, mais ligada à administração do cotidiano do que ao planejamento de um prazo, uma modificação mais abrangente.

RG – Uma coisa mais administrativa, mesmo?

JO – O planejamento nesse novo sentido é uma coisa que vem com...

NB – Os argentinos?

JO – Vem com os argentinos.

NB – E eles se incorporam aqui à Escola, esses três pelo menos que você citou?

JO – Eu não sei, o Mário, por exemplo, chega antes através de algumas daquelas experiências que a gente já tinha discutido da outra vez.

NB – Montes Claros?

JO – Montes Claros e.... Montes Claros ele participa, ele é contratado pelo ministério da Saúde, eu não me lembro bem que órgão do ministério da saúde, e aí é chamado como assessor dessas experiências, participa delas, tem um papel importante de formação dessas propostas no seu início.

### Fita 1 - Lado B

JO - Bom você tava falando da participação do Mário né, relativo a Montes Claros **[trecho ininteligível]** e ele é depois dessa experiência é... **[trecho ininteligível]** práticas, experiências e práticas. De programa de extensão de cobertura, de realização de manutenção **[trecho ininteligível]**. Da outra vez, ele passa a incorporar **[trecho ininteligível]** e a Suzana **[trecho ininteligível]**.

JO – A EBAP passa a ser um outro órgão importante de formação que compõe essa rede de instituições de formação de recursos humanos, além das que a gente já tinha discutido.

NB – É, a EBAP é um órgão de administração pública, é um curso de especialização.

JO – É uma Escola, Escola Brasileira de Administração Pública. Mas ele passa a fornecer não só o mestrado tradicional, os cursos tradicionais, mas são criados os cursos de especialização.

WH - Administração em Saúde pública.

JO - Administração em Saúde pública, a partir daí.

NB – Dentro da EBAP?

JO – Dentro da EBAP. A partir daí a Suzana.

WH – E porque não um mestrado de administração em saúde?

NB – A Suzana faz isso? É?

JO – E além do mestrado, dá cursos mais curtos de especialização, cursos de um semestre, dois semestres.

WH – É, tem o curso internacional.

JO – Internacionais inclusive, com essa característica importante, além da influência local, nacional, esses cursos têm alunos de outros países.

NB – A Fundação Getúlio Vargas tem essa característica de uma latinidade assim maior, intercâmbio latino-americano.

WH – É, mas no âmbito da estrutura do curso internacional eles montaram aqui.

JO – Isso também na Escola, também, frequentemente tem alunos de outros países nos vários cursos.

WH – A Suzana coordena o curso internacional aqui. Ia ter um curso do mesmo modelo que ele lecionava na Escola passou prá cá.

JO – Mas mesmo nos outros cursos, mesmo os cursos básicos da Escola têm alunos.

NB – O Brasil passa a ser, ter uma certa referência, nessa área de saúde pública, prá América latina e América central, não é isso? Que não tinha aqui.

JO – É, porque como a gente discutiu da outra vez a situação de crise do modelo de atenção à saúde do Brasil, que era muito grave em função de características políticas específicas do Brasil nos dez anos anteriores, não era uma situação exclusivamente brasileira, a inadequação da oferta de serviços das chamadas necessidades de saúde, principalmente nos países como os da América latina era um fenômeno muito mais generalizado, na verdade um fenômeno mundial, tanto assim que a reflexão teórica sobre modelos alternativos de organização dos sistemas de saúde como a gente estava discutindo da outra vez, vem de organizações internacionais, como a Organização Mundial de Saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde, não é uma situação exclusivamente brasileira.

WH – E a discussão da reforma sanitária está pautada numa discussão que se deu na Itália, com o Berlingher, o Giovanni Berlingher.

JO – E antes disso, dessas experiências todas, em torno daquele conjunto de conceitos que a gente discutiu e são formulados por essas instituições, em 1982 se não me engano, tem uma reunião da Organização Mundial de Saúde que ficou famosa, chamada reunião de Alma Ata.

NB- Como é que é?

JO – Alma-Ata.

NB – Como é que se escreve isso?

JO – Alma-Ata.

NB – Alma-Ata.

JO – É, é a capital de uma das repúblicas da União Soviética. Cazaquistão, Afeganistão, uma coisa dessa.

RG – Trotski andou por lá.

JO – É, e se realiza lá, a reunião da Organização Mundial de Saúde, em que todos os países que são membros da Organização Mundial de Saúde o que significa mais países dos que compõem a ONU, talvez alguns políticos não componham a ONU e são da Organização Mundial de Saúde, praticamente todos os países do mundo, assinam um documento, que é a chamada carta de Alma Ata, que é enfim, uma espécie de carta de compromisso dos governos de todos esses países com a elaboração de programas na linha daquela série de propostas que a gente estava discutindo.

RG – Isso em que ano?

JO- Em [19]82.

RG – Ou seja, na mesma época.

WH - Quando é que sai aquele lema “Saúde para todos”?

JO – Pois é, daí prá frente a OMS começa a trabalhar com essa grande palavra de ordem, que é a ideia de saúde para todos até o ano 2000. Saúde para todos, significando atenção à saúde para todos, assistência médico-sanitária para todos, todas as pessoas do mundo até o ano 2000. Passa por aquelas ideias de extensão de cobertura dos serviços primários.

NB – Você podia repetir um pouquinho a proposta da OMS que acaba virando a bandeira do novo sanitarismo. Você podia, aquela listagem que a gente tem, só prá você lembrar, hierarquização...

JO – É, o que a gente estava discutindo da outra vez é que no Brasil de [19]75, [19]76 prá frente, começam a surgir uma série de planos, projetos, programas, e sínteses que a gente viu da última vez, mas esse conjunto de propostas giram em torno das mesmas, um certo pacote de propostas....

RG – Alguns conceitos chaves?

JO – Alguns conceitos chaves, que correspondem a esse modelo alternativo de organização de sistemas de saúde, que essas organizações internacionais estão propondo. E que gira em torno

de alguns desses conceitos chaves que são por isso mesmo insistentemente repetidos daí prá frente.

WH – Vira um jargão?

JO – Passa a ser um jargão do novo sanitarismo, ideias como hierarquização de serviços, regionalização, extensão de coberturas pros serviços primários, a ideia de atenção primária, não é? Ideia de participação comunitária como chamava isso na época, que mais, tecnologia simplificada, a utilização de pessoal auxiliar, renovação na formação de recursos humanos, enfim um conjunto de ideias articuladas entre si né, a gente viu isso como é que elas se relacionam, constituição de um certo modelo alternativo dos sistemas de saúde, e esse é o pacote...

NB – Da OMS?

JO – OPS.

NB – Da OMS e da OPS. A gente tinha falado sobre a semelhança da atuação dessas duas organizações, um pouco atrás em relação a Fundação Rockefeller, quer dizer de forma diferente, era uma coisa que vinha de fora, pensada fora do país, e que traz né uma certa reorganização do sistema de saúde, assim como a Fundação Rockefeller já tinha feito em relação às campanhas lá, atuação do início do SESP, na década de [19]20.

RG – Eu tinha falado justamente que não havia essa identificação porque nessas organizações internacionais os países envolvidos participavam, nas grandes [...]

JO – A única diferença é que são organizações internacionais, enquanto a Fundação é uma fundação americana. Essa diferença é relativa, o que é a OPS, por exemplo, que é um órgão da OMS prá América, Américas, Organização Pan-Americana de Saúde, ela na verdade é muito dependente do governo americano, metade, se não me engano, do orçamento da OPAS vem do governo norte-americano.

RG – E o que lhes dá peso maior nessa decisão?

JO – E que tem o peso maior nessa decisão.

RG – Eles votam proporcional à grana com a qual eles...

JO – Porque essa é uma discussão muito complicada, muito pesada, porque ela tem que articular um conjunto de interesses muito diverso, países muito heterogêneos, ela tem que ter um discurso comum prá Cuba, Nicarágua, Estados Unidos, e Chile e Brasil, e El-Salvador, Haiti, quer dizer por isso mesmo a instituição se move muito lentamente, muito cautelosamente.

NB – Pois é, mas o que me surpreende o Jaime, é que essas propostas, seja com toda essa complicação política, que atravessa essas organizações desde sempre né, é engraçado, é

interessante que essa proposta emplaca nesse.. aqui no Brasil, num grupo de pessoas que está repensando o sistema, e que é um grupo de extração vamos dizer, da esquerda, ou progressistas, liberais, progressistas de esquerda. Que está engajado nesse novo sanitário, né? Como é que é essa proposta fora desse tipo de organização, consegue?

RG – Como é que bate tão bem, porque de repente é até uma coincidência, um movimento interno e uma coisa...

JO – Eu não sei nem se são coincidências não, essas coisas são muito articuladas, quer dizer não é à toa que essas instituições internacionais estão pensando essas coisas, essas reformas do sistema de saúde dos países nesse momento. Esse não é um momento qualquer, esse é se não me engano o governo Carter, que faz um movimento de...

RG – De aproximação com o Terceiro Mundo?

JO – Aproximação com o Terceiro Mundo, de pressão sobre os governos do Terceiro Mundo em relação à questão dos direitos humanos, de pressão sobre os regimes ditatoriais do Terceiro Mundo no sentido que eles se...

WH – Liberalizem?

JO – Descomprimam, não é, um terno da época, descompressão, distensão, depois abertura, esse é um movimento mais ou menos internacional nesse período, o que está acontecendo na área de saúde é uma projeção setorial de um movimento mais geral, uma certa tentativa de um bloco ocidental norte-americano de, enfim, de formular um projeto inovador. Enfim...

RG – Um projeto até democrático, de legitimação?

JO – É, um projeto de legitimação, um projeto de conquista de hegemonia.

WH – Quem são esses?

JO – Que passa desde grandes questões políticas ao périplo do Samuel Huntington na América latina nesse período.

RG – Samuel?

JO – Huntington, que é um cientista norte-americano, que discute essas questões, transição para a democracia dos governos autoritários.

RG – É, ele vem um pouco como porta-voz.

JO – Circulam um pouco, em [19]73, [19]72, [1973] pela América latina, contatos com o Golbery, [**trecho ininteligível**] no Brasil vendendo essa ideia da chamada distensão.

WH – Quem é que está nesse momento do Brasil participando da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-Americana?

JO – Não sei te dizer, um representante do Brasil, não sei. Não sei se é uma figura expressiva.

RG – Pode ser um burocrata?

NB – Agora me diga uma coisa, Jaime.

JO – A impressão é que não é nenhuma figura... Não é, por exemplo, hoje o Carlyle [Guerra de Macedo] que é um supervisor geral da OMS.

NB – Quem é o Carlyle?

JO – Que é brasileiro.

NB – Sim, mas quem é essa figura?

RG – Ele vem de onde esse Carlyle?

JO – Ele é do Piauí. Se não me engano.

RG – Carlyle.

NB – Carlyle.

WH – Carlyle. (Risos)

NB – Mas o Carlyle é o que? É novo sanitarista?

JO – É interessante. Estado do Piauí. Carlyle é ele faz parte dessa corrente de novos sanitaristas, tá muito ligado.

NB – E ele se formou aonde aqui? Na escola?

JO – Não sei. É de uma geração, ele é mais ou menos da geração do [Sérgio] Arouca, do Hésio [Cordeiro].

RG – Ah deve ser um piauiense aqui do sul, que voltou?

NB – Que voltou. Que voltou, não, que foi prá lá. Da OMS?

JO – Não. Da OPS.

NB – OPS.

JO – É o diretor-geral, da OPS.

NB – Jaime, me ocorreu uma coisa agora, até vou lhe perguntar uma coisa.

JO – Estávamos dizendo que essas coisas não acontecem por acaso, quer dizer, assim como essa proposta internacional de reforma do sistema de saúde faz parte de um movimento político mais geral, no caso do Brasil também.

RG – E que exatamente, a distensão é a mesma?

JO – É a projeção nacional desses dois níveis, quer dizer tanto da questão política mais geral, meados dos anos [19]70, quando está se iniciando o processo de abertura, eu acho que é muito em função da situação, abertura recente, que nasce todo esse movimento de tentativa de reforma, modernização, racionalização do estado de saúde.

WH – Se bem que...

WH e JO - **falando juntos [trecho ininteligível]**

JO – Não são coisas casuais.

WH – Se bem que são dois movimentos que não andam muito juntos, não, porque eu tenho ideia de que, lá prá meados de [19]70 muita gente...

JO – Entre o nacional e o internacional e uma relação entre o político mais geral e o setorial da saúde?

WH – Quer dizer, Em meados dessa década de [19]70 algumas pessoas tentaram entrar, é o caso do Mário é um, prá Organização Pan-Americana de Saúde e foi vetado. Havia alguma diferença?

JO – Claro. Esse é um processo longo, arrastado né, já tem dez anos, é difícil. Muitas resistências internas, à própria mudança, a política de saúde nesses anos, a gente estava discutindo outra vez, é extremamente conflitiva, porque a meu ver, ela é marcada por dois movimentos que se chocam, quer dizer, um, uma certa necessidade que começa a nascer no próprio aparelho de estado, questões que a gente já discutiu, de promover um processo mínimo de reforma, institucionalização e modernização do sistema de saúde, mas uma resistência interna de interesses empresariais e suas articulações no interior do aparelho de estado a essas propostas. São dez anos de conflitos permanentes, surgem propostas de reforma e institucionalização e imediatamente surgem resistências e boicotes, sabotagens a essas propostas. Isso corre muito tenso, propriamente. E a OPS, a OPS como eu estava dizendo é um organismo muito pesado, diplomático, por excelência, diplomático em que as coisas, é um pouco uma igreja, desculpe, as coisas tem se passado muito...

RG – Devagar.

JO – Muito lentamente, as transformações têm sido muito incrementais de forma a não sair dos trilhos né. E passar por acordos muito complicados, num fórum em que estão representados, sei lá, Cuba, Estados Unidos, Nicarágua, Brasil, Chile. Eu participei de um encontro lá na OPS...

NB – Ah, você foi.

JO – A OPS começou a promover como parte dessa proposta de saúde prá todos nos anos 2000, começou a promover uma série de encontros que reuniram pessoas de vários países, ou prá discutir a operacionalização disso em vários países, e aí você percebe como é pesada a OPS, o esforço sempre é o de tentar uma média das opiniões.

WH – Que contentem todo mundo.

JO – Entre representantes do Chile, representantes da Nicarágua, de forma que se possa sair um documento final da OPS que seja aceito pelos delegados oficiais dos governos diversos da plenária da OPS. é uma instituição...

NB - Você foi como, você foi com que?

JO – Eles reuniram as pessoas, fizeram várias, várias reuniões, esse tipo de encontro reuniu representantes de vários países, eu fui indicado pela Escola, pelo então diretor da Escola, Ernani Braga.

NB – Quem era o diretor da escola?

JO – Ernani Braga.

NB – Quem é, um sanitarista, desses antigos?

JO – É, um sanitarista antigo, aliás tenho admiração, morreu há um, dois anos atrás, pessoa que teria hoje em torno de 70 anos, alguma coisa assim, dessa geração.

NB – Mas é importante.

JO – Que se aproximou muito desse movimento.

RG – Foi quem acompanhou esse movimento?

JO – Esse movimento.

WH – Ele era uma figura, Ernani Braga era uma figura.

JO – É, foi diretor da Escola num certo momento, se incorporou a esse, foi representante do Brasil na OMS durante tantos anos.

WH – Substituiu o Marcolino Candau?

JO – Como presidente da OMS? Não sei quem é?

WH – Marcolino Candau.

NB – Candau? Como se escreve?

WH – Candau.

NB – Candau com c?

WH – É. Acho que foi o...

NB – O Jaime tem uma cantoria, o que estão cantando aí?

JO – Isso aí eu não sei.

NB – Eu queria perguntar o seguinte, só um pouquinho ainda prá pegar o negócio da proposta que eu estava perguntando, da OPS, que é da OMS, que é o seguinte, como é que é isso, vocês dando aula aí pelo interior, e eu sei que vocês viajaram muito e tal, como é que essas propostas batiam, a experiência desses cursos, você como professor, que você tem, docência, quer dizer como é que essas propostas batiam nos alunos? São pessoas que estão ligadas à área de saúde? Eles participam desse núcleo do setor saúde, mas também interior, como é que bate lá, você encontrava lá resistências, aceitação, as pessoas já estavam pensando aquilo, como é que era isso? Eu quero saber o seguinte, isso não é um pacote que vem de cima, por isso que não é um pacote, e não tem nenhuma entrada mais ampla, não pega, não adianta, como é que isso deu certo, porque deu, isso virou um jargão, você mesmo estava dizendo. Como é esse encontro, essa experiência, essa coisa, de você dar aula lá?

JO – Você diz assim falando de propostas...?

NB - Realização, pararaparará...

JO – Como é que chega aos alunos?

NB - Como é que você dá aula? Qual é era reação?

JO – Tem duas coisas diferentes, na tua pergunta, uma coisa é o problema local, regional, e outra coisa é a relação entre essas propostas e os alunos. Que aí né só regional, tem governo também. A coisa regional onde tinha curso, já da Escola, **[trecho ininteligível]**, não era por acaso, quer dizer, já havia uma certa articulação.

RG – Uma certa política?

JO – Um certo espaço político prá o surgimento do curso, pro surgimento do curso, e havia o pessoal local, discente, dos cursos, não é, enfim a gente não chega de repente, numa situação

absolutamente desconhecida né, a gente vai... A gente vai como parte de um processo que está sendo construído, e continua sendo, em todos os estados, e os alunos com frequência são pessoas próximas.

NB – Próximas como?

JO – Próximas das pessoas que estão dando ou coordenando esses cursos, uma certa identidade.

NB – Política?

JO – De linha de pensamento, é, política, não total, essa situação não é total, principalmente nos estados em que há muita, nos estados muito mais do que no Rio, há muita indicação, influência política local, clientelista, indicação inclusive está em tudo.

WH – Em tudo, é.

JO – Inclusive na composição dos cursos, principalmente, porque o curso é importante, porque fazendo o curso, você passa a ter o título de sanitarista, e isso do ponto de vista da tua carreira profissional implica em vantagem de status, e financeira, então muito interesse por parte das pessoas na área, em fazer os cursos.

NB – Quer dizer, por aí então vinha gente que não tinha nenhuma identidade política e ideológica?

JO – Como é que se compõe a turma, é um jogo de pressões e contrapressões entre o corpo docente do curso, e isso em geral pessoas ligadas a esse movimento de renovação da saúde pública, e as pessoas locais, do secretário de saúde, o superintendente regional do Inamps, o delegado federal de saúde do ministério, um jogo.

RG – Ia te perguntar se a clientela básica vinha de funcionários do ministério da saúde, mas você disse que não necessariamente, mas muita coisa ligada aos ministérios, seja da saúde ou seja da Previdência. Isso faz, acompanha um **[trecho ininteligível]** muito a carreira do sujeito. Conta pontos na carreira.

JO – Acho que os alunos vêm principalmente das secretarias estaduais e municipais, também do ministério da saúde, o ministério da Previdência, ministério da Previdência lentamente NÉ, porque como a gente discutiu da outra vez, esse movimento todo é de renovação.

RG – É contra eles.

JO – Ele começa por instituições que são secundárias da saúde, não é a instituição fundamental como o poder político dos recursos financeiros, é da Previdência social, mas ela era também, continuou um pouco sendo, mas era muito mais, o bastião principal de resistência a essas propostas, porque era na Previdência que se articulavam principalmente os interesses empresariais, de resistência a isso, então durante muito tempo a participação de pessoas vindo

da Previdência era minoritária nos cursos né, tinha uma ou outra pessoa, em turmas do curso básico tinha dois, em turma de 30, 35 alunos, uma ou duas pessoas da Previdência, e a grande maioria das secretarias e do ministério. Vai se mudando à medida em há esse movimento que começou pelas secretarias estaduais, universidades e ministério, já agora na década de [19]80, vem chegando a Previdência também.

NB – Mas você não respondeu como é que bate nos alunos, é uma coisa complicada?

JO – É, é complicada, essa proposta é complicada, porque tem resistências à direita e à esquerda.

NB – (Risos) Isso que...Fala um pouquinho sobre isso. Por que?

JO – Tem resistências à direita porque essa é uma proposta de reformas, institucionalização, que tem que tocar em aspectos importantes do modelo anterior, modelo esse que privilegiava determinados benefícios.

RG – Privilegia... (Risos)

JO – Então quem é articulado ou representante de alguma forma desses interesses resiste a isso, e essa articulação não se dá só no alvo da **[trecho ininteligível]**, onde a resistência é clara, você tem documentos contrários, há boicotes de propostas, mas também tem isso, se espalha por toda a estrutura burocrática, até a ponta, quando de repente você tem pessoas resistindo por esse lado, e por outro lado há também uma certa resistência da esquerda inicial né, a esse conjunto de propostas.

NB – Qual esquerda você está falando?

JO – As esquerdas em geral.

NB – As esquerdas em geral.

JO – Porque é um projeto reformista né, um projeto de racionalização que faz parte de um movimento de liberalização do estado, processo de transição.

NB – Ocupação do estado?

JO – Faz parte de um processo de transição autoregulada, pelo próprio regime militar né, as características que teve esse processo de abertura.

RG – É, os limites são esses.

JO – A renovação da saúde é parte desse processo de autotransformação lenta, gradual e segura, controlada, do Estado. Proposta reformista de construção de hegemonia.

NB – Não, mas perai, é uma proposta reformista ou é uma proposta de construção de hegemonia?

JO – As duas coisas.

NB – Ah, são coisas diferentes, não são?

JO – As duas coisas. Não sei se são diferentes, não.

JO – É uma proposta reformista de construção da hegemonia.

NB – Mas qual hegemonia?

JO – O que eu quis trazer da última vez é que nos dez anos imediatos pós-64, o papel político-ideológico das políticas Sociais enquanto instrumento de hegemonia tinha sido um pouco sacrificado em nome do privilegiamento de interesses empresariais. A grande mudança no pós-64 é essa tentativa de um pouco recuperar a eficiência político-ideológica, o que exige uma recuperação da eficiência técnica.

RG – Do aparelho de estado né?

JO – Porque isso não pode ser só discursivo. Você não constrói a hegemonia simplesmente com propostas, com promessas, quer dizer, tem que ter um certo substrato material, tem que ser minimamente verdadeira a ideia de que o estado responde a interesses gerais, e isso passa muito fortemente pelas políticas Sociais. É preciso que de certa forma, estado de certa forma garanta o acesso de pessoas ao consumo de determinados bens e serviços, que vem pela área de políticas Sociais de saúde, educação, essas coisas.

NB – Mas então não entendi uma coisa, você diz que na esquerda, em geral.

JO – Eu acho que há uma resistência a essas propostas.

NB – Reformistas, é, mas...

JO- Porque a esquerda vem de uma posição, uma parte, boa parte da esquerda vem de uma posição de resistência a esse tipo de proposições, uma parte da esquerda vem de uma a visão do estado como uma fortaleza, a ser assaltada desde fora.

WH - É porque se muda a concepção do estado, né, quer dizer ...

JO – Isso implica, o que.. essas propostas, e a discussão sobre essas propostas e a incorporação de temas em Ciências Sociais como a gente estava discutindo no início vem um pouco por aí, implica em repensar a própria questão do estado.

WH – Pois é, é porque você tem...

JO – Rever a perspectiva que a esquerda tem do estado.

WH – Pois é, porque você tem aquela discussão toda que o estado inicia os contatos com a sociedade e que ele pode num certo momento pender para um lado e pro outro, e você pode barganhar com isso...

JO – Pró esquerda participar ou não de um projeto desse depende de como ela concebe a questão do estado. Se ela concebe o estado como uma fortaleza que só é vista de fora e tem que ser assaltada.

WH – Representando os interesses da burguesia...

JO – Ela não tem porque participar de um **[trecho ininteligível]** da burguesia.

WH – Tem um **[trecho ininteligível]** do Poulantzas nessa questão toda de repensar o estado, porque parece uma figura fundamental.

NB – Ela vai fazer a prova do IUPERJ e está perguntando prá você. (Risos)

WH – Não, não, não tem nada a ver, mas é uma coisa que se houve muito falar, eu convivo com essas pessoas.

NB – O [Nikos] Poulantzas.

WH – O Poulantzas numa época foi o grande teórico de todo esse grupo, e eu queria saber porque.

NB – A gente, foi bom você perguntar isso, porque em relação às referências teóricas, voltando lá pra trás, antes de perguntar a formação dessas pessoas, quais são as referências teóricas da área de Ciências Sociais que vocês tiveram como matriz exatamente?

NB – Uma delas é o Poulantzas, que você está falando. Como é que é isso?

JO - Eu acho que é isso.

NB – Fala um pouco do Poulantzas pra responder a pergunta.

JO – Eu acho que do ponto de vista da esquerda aceitar ou não essas propostas dependem da concepção do estado que você esteja trabalhando.

NB – O Estado é uma parte. **[trecho ininteligível]**.

JO – Boa parte da contradição da esquerda brasileira.

NB – Só um pouquinho, um parênteses, tem uma parte da esquerda que não entra nisso, até hoje?

JO – É, imagino que sim.

NB – Aham.

JO – Imagino que sim, mas por outro lado, pela vida, independente da discussão teórica, boa parte da esquerda se incorporou nessas propostas, vem se incorporando recentemente, muito mais ainda agora, nesse período da Nova República. As pessoas estão ocupando postos-chaves.

RG – É de repente até.

JO – Estão participando desse processo.

RG – A esquerda mesmo digamos a mais radical nesse momento deve tá, de uma maneira ou de outra estar envolvida com essas práticas, porque não faz sentido nesse momento **[trecho ininteligível]**.

JO – Claro. Claro, muita gente...

RG – **[trecho ininteligível]** apenas crítica.

NB – É engraçado... Eu queria fazer...

JO – **[trecho ininteligível]** alguma coisa mudou na maneira dele de conceber o estado desde a época em que ele era do antigo MR-8.

NB – O antigo MR-8.

JO – Prá hoje.

NB – Mas eu queria fazer uma observação da Conferência Nacional de Saúde, a oitava, ano passado, lá em Brasília, com as sessões plenárias, grandes, onde todos participavam, não nos grupos de trabalhos que foram formados, mas nas sessões gerais. Havia lá, quer dizer, a esquerda que teoricamente não participaria disso, que é a CUT e o PT, e são incorporados a esse processo, só que é o seguinte, o papel deles é engraçado, quer dizer, eles se incorporaram ao processo e o papel deles é levar, elevar, puxar prá esquerda essas propostas todas, eles entraram no jogo político, entraram no conflito, invés de negar o conflito, não participa desse conflito, entraram e estão tendo um papel importante nisso, eu acho, a CUT **[trecho ininteligível]**.

JO – Às vezes participam e o discurso que na verdade é uma nova forma de dizer a mesma coisa, antiga, quer dizer.

WH – Não vou dizer que não.

JO – Não vou dizer que não, tá, isso não adianta, por exemplo, na oitava conferência nacional de saúde tem setores que chegam lá e dizem o seguinte: Quais são suas propostas em relação à questão da saúde? Ah, a questão da saúde só vai se resolver com a resolução.. a estatização dos serviços de saúde, com a resolução da questão dívida externa, com a reforma agrária, com questões que passam por fora da área da saúde, uma maneira pouco organizada, quer dizer a mesma coisa, por outro lado os setores que...

NB – **[trecho ininteligível]**.

JO – Isso se reflete até, numa coisa que não é casual, até o desconhecimento, da especificidade, das complexidades das questões internas da saúde, porque elas têm uma situação, não tem porque também não se interessar por entender quais são as particularidades do setor de saúde, do setor da educação, do setor habitacional, ou do setor fundiário, porque tem uma resposta única, que serve prá qualquer.

WH – Sim, mas nesse nível de resposta única nunca houve uma integração desses setores, por exemplo, pessoal do setor de saúde pensando com pessoal de sei lá, educação, pensando junto com o pessoal de habitação, nunca houve um elemento mais integrado nessas propostas?

JO – Não... Hoje algumas propostas que surgem da oitava conferência que começam a apontar nessa direção, na necessidade dessa direção. Começam a pensar a saúde num sentido mais amplo do que na área de assistência à saúde, isso aponta na direção de uma articulação necessária, so setor de saúde e vários outros setores, de políticas Sociais e de políticas econômicas, enfim.

WH – Porque é interessante porque esse movimento que se dá na área da saúde no Brasil ele meio que mantém meio paralelo, não sei se eu estou errada nessa minha avaliação, ele meio que mantém um paralelo com as discussões que rolam no setor de habitação, na questão da educação, eu não sei se tem grupos expressivos como tem na área da saúde, nesses setores. Você conhece, você tem alguma idéia?

JO – É.. Não sei te dizer exatamente, não, eu sei que esses setores vivem uma crise semelhante à crise...

WH – Pois é, não surgiu nada que puxasse.

JO – Por motivos muito semelhantes, como a gente discutiu da outra vez, há uma certa alternativa **[trecho ininteligível]** de privilegiar a prestação privada desses serviços, e vem da reforma administrativa, reforma do decreto-lei 200.

NB – **[trecho ininteligível]**

JO – Da Constituição de [19]67, Não é um abandono, houve a privatização da execução das políticas Sociais. Quando acontece o financiamento público mais a é execução privada, que é uma coisa muito importante da crise do sistema de saúde, da crise do sistema habitacional, da

crise do ensino superior. Agora eu não sei te responder se há um movimento correspondente da saúde nessas outras.

WH – Aparentemente não né...

NB – Oh Jaime..

## **Fita 2 – Lado A**

NB - Eu quero continuar pra gente ver se termina logo.

WH – **[trecho ininteligível]**

NB –É... Pega lá. Negócio é o seguinte: tem uma coisa aí que eu queria que você rapidamente falasse, quer dizer pegando um pouco esse negócio da Conferência...

JO – Não era a questão da Wanda, que ficou suspenso o negócio do Poulantzas?

NB – Não, mas depois a gente vai voltar, a gente já volta. Só que já que a gente falou na Conferência, quer dizer o resultado da conferência não me pareceu, me pareceu uma coisa mais no sentido do grupo político que não pensa o estado como uma coisa, uma fortaleza, né o contrário, que está lá dentro lutando, prá implementar essas propostas todas aí, da reformulação do sistema. O que resulta da conferência me parece que foi isso, ou não?

JO – É.

NB – Politicamente.

JO – Enfim, você tem razão em relação às pessoas que montam a conferência, que são as pessoas que vêm dessa história com o novo sanitarismo.

NB – É o Arouca, presidente da conferência.

JO – Agora, a conferência, a composição da conferência, é um aspecto importante e positivo da conferência, foi que pela primeira vez na história das conferências nacionais de saúde **[trecho ininteligível]**, a participação não ficou restrita a técnicos da área. Pessoas que até por uma posição profissional dentro **[trecho ininteligível]**, dessa vez, o convite à participação na conferência foi estendido a uma série de setores organizados, de representação, de setores do movimento sindical, associação de moradores, associação de favelas, dos religiosos, partidos políticos, foi uma convenção em primeiro lugar muito ampliada, são se não me engano, sei lá, quatro mil pessoas, e por outro lado muito diversificada, qualitativamente em sua composição. Não é mais a burocracia, em suas várias divisões, **[trecho ininteligível]**

RG – É, **[trecho ininteligível]**.

JO – Uma participação da sociedade civil somente através dos seus “representantes” do interior da burocracia, o empresariado, a “população”. É um convite à participação direta desses setores, o empresariado recusa, a Federação Brasileira de Hospitais foi convidada e se recusou a participar, porque sabia que era minoritária, na composição lá do fórum e não vai participar de uma discussão na qual a princípio tá derrotada. Agora, com isso, a composição da conferência fica muito heterogênea, então, tem de tudo. Tem de tudo.

NB – Mas e o resultado?

JO – Inclusive pessoas que vem com essa proposição.

NB – Porque você foi o relator de um grupo de trabalho lá, qual foi o resultado geral, você teve acesso depois, como é que foi isso? O grupo dos novos sanitaristas foi vencedor nessa proposta, nessa conferência? A proposta política deles?

JO – Eu acho que a proposta vai até mais adiante das proposições, pelo de parte desse grupo né.

NB – Avançou?

JO – Hoje tem até divisões, a própria **[trecho ininteligível]** começa a haver divisões nesse grupo. Antigamente a maior parte da área sanitária era de sanitária, e eu acho que pela composição da oitava conferência, a proposta que acabou surgindo como um resultado, um relatório final da conferência, é até mais avançada que o pensamento de alguns setores desse movimento sanitário.

WH – Mas quem puxou prá esse?

JO – Anterior, anterior. Eu acho que essa ampliação da composição da participação dos setores da sociedade civil ajudou muito nisso.

WH - Sindicatos.

JO - Sindicatos, associação de moradores, de favelas. Ajudou muito a puxar prá frente às proposições. E as proposições passam, por exemplo, por coisas como a ampliação do Sistema Único de Saúde, que é uma proposta que encontra muitas resistências, dos setores **[trecho ininteligível]** sanitaristas, principalmente dos setores ligados à Previdência social, hoje, passa pela questão da ampliação do conceito de saúde, que é uma palavra de ordem da conferência é direito à saúde como dever do estado, mas direito à saúde era tradicionalmente pensado como direito à atenção à saúde, direito à assistência médica no máximo a assistência preventiva, e o relatório da conferência aparece a ideia de que a saúde tem que ser pensada como algo mais abrangente do que a assistência em saúde, saúde como um conjunto de condições de vida, de alimentação, de trabalho, meio ambiente.

NB – Mas aí me diz uma coisa, em que medida essas propostas elas avançaram né, e em que medida essas propostas têm chance, à medida em que elas avançam, têm chances de ser implementadas, na situação política que se vive?

JO – É, eu acho que essa é a grande questão hoje. Porque aquele conjunto de propostas que a gente tinha discutido da outra vez, conjunto de siglas, a gente tinha parado no PrevSaúde, em [19]80, mais ou menos aquele mesmo tipo de proposta continua a partir de [19]82, com a criação do CONASPI, numas... CONASPI é Conselho consultivo de Administração de Saúde previdenciária, uma coisa assim, é um órgão criado num certo momento, e tal, a partir de uma crise financeira na Previdência em [19]81 e elabora o plano do CONASPI que tem uma série de sub...

WH – Sub-áreas?

JO – Subsetores, sub-propostas de programas e tal.

WH – Que plano é esse Jaime, que a gente não?

NB – É um plano complicado, hein? A gente tava exatamente aí da outra vez, foi onde a gente parou. Foi o início a gente parou, só um pouquinho. Bom, você falava do CONASPI, a gente tinha parado uma outra vez aí, então, continua esse negócio que é exatamente aí. Você depois a gente faz um parênteses prá falar sobre a formação teórica e acaba pulando, se não acaba esquecendo.

JO – É, da outra vez a gente tinha parado no Prevsauúde, tinha parado na ideia que aquele conjunto de propostas que gira sempre em torno dos mesmos conceitos-chaves, vão surgindo a partir de uma série de experiências, que tem vários nomes, várias siglas, que vão um pouco da periferia pro centro, começam em municípios, nas micro-regiões, coisas anteriores, mas sempre com uma resistência muito grande a que se implantasse nas grandes capitais, nas regiões metropolitanas, no sudeste, no sul, e muito com resistência muito grande principalmente a participação da Previdência social. Em [19]81, surge a chamada crise financeira da Previdência social, que é o reaparecimento do déficit da Previdência que a gente viu da outra vez, que tinha surgido pela primeira vez em [19]67, mais depois tinha sido, mais ou menos encetado provisoriamente, paliativamente nos anos seguintes, em [19]80 reaparece o déficit da Previdência, 40 milhões de cruzeiros da época, déficit pequeno, acho que em [19]81 já são 200 milhões, e observando a evolução anterior era fácil prever que esse déficit já tinha crescido, ia continuar crescendo como continuou. E isso, acho tem um impacto importante na política de saúde nos últimos anos, isso acabou gerando uma enorme discussão sobre a questão da saúde para fora dos técnicos, quer dizer acabou... não sei se vocês se lembram disso, mas nesses anos aí, em [19]81, [19]82, a acabou se criando uma enorme discussão nacional sobre a questão da Previdência e da assistência médica previdenciária a partir da crise da Previdência. Isso ocorreu porque nesse país qualquer setor está vinculado à Previdência social, ou porque recebe benefícios e serviços da Previdência social, ou porque vende serviços da Previdência social, ou porque financia a Previdência social, uma dessas categorias não se inclui qualquer grupo social significativo no país, e corrigir o déficit significa ou aumentar a despesa, ou diminuir a receita, ou as duas coisas, aí surge uma enorme discussão sobre como

fazer isso, uma série de propostas, uma série interminável de propostas, há dois anos as páginas de jornais expressam opiniões de vários setores nacionais, empresários, banqueiros, sindicalistas, enfim sobre esse tema, vão surgir uma série de propostas e qualquer uma delas implicaria em mais ou menos em aumentar a receita e diminuir despesas, então seria tecnicamente aceitável, mas o problema é político, o problema é que cada uma, a implementação de qualquer uma dessas propostas implica em jogar o abacaxi (Risos) do déficit da Previdência nas mãos de um setor ou de outro, então aumentar a contribuição dos segurados, é uma proposta que surge e imediatamente encontra resistência dos sindicatos, aumentar a contribuição das empresas idem e mudar os critérios de contribuição das empresas idem e a resistências das empresas, resistência do então ministro do Planejamento, rever o sistema da relação da Previdência com os bancos, que é um negócio complicadíssimo, que gera uma dívida da Previdência com os bancos, muito complexa, e tal, uma das propostas, mas que também encontra a resistência da Federação Nacional dos Bancos, passar pela contribuição de aposentados e pensionistas é outra proposta, não com muita resistência (Risos) fraquíssima resistência, **[trecho ininteligível]** e o importante que no meio de toda essa discussão de propostas e contra-propostas acaba aparecendo a questão da assistência médica, quer dizer de repente esses vários setores resistindo às propostas que implicavam em sacrifícios assim pro próprio grupo, acabam descobrindo que têm um problema, relativamente grave, que são desmandos à profissão, desvirtuamento que existe na área de assistência médica. Isso tem a ver com uma certa confluência de setores muito diversificados, na crítica ao que se passa na área da assistência médica, acompanhando os noticiários de jornais, eu escrevi uma coisa sobre isso, com base nesse noticiário de jornal, você vai vendo que é uma progressiva descoberta, por parte de banqueiros, empresários, políticos, não só de oposição, mas do próprio partido do governo na época, o PDS, na medida que muitas dessas propostas eram eleitoralmente ruins, num ano pré-eleitoral, setores do PDS resistem a isso, Chiarelli, por exemplo. **[trecho ininteligível]** Então vai se criando uma espécie de socialização do conhecimento sobre os problemas da área da assistência médica, coisas que só eram conhecimento restrito dos técnicos, até por causa da censura anterior, vão se tornando coisas de jornal.

NB – Públicas.

RG – Caricatas?

JO – Públicas. E até caricatas, a partir de um certo momento, tem um programa humorístico na televisão que é um quadro que tem um dono de hospital privado com convênio com a Previdência, que faz os maiores, o maior absurdo né, vira uma coisa caricatural.

RG – Quem é que faz esse quadro?

JO – O Jô Soares, tem um quadro em que ele é um médico, um dono de hospital contratado pela Previdência, onde acontecem vários horrores, isso foi conhecimento de administração pública, socialização de um debate sobre isso. E isso é importante a meu ver, porque modifica o quadro de dificuldades políticas de viabilização das propostas de reforma que a gente que viu que em 80, no PrevSaúde estavam um pouco estabilizadas, quer dizer o apoio político dos setores importante, isso **[trecho ininteligível]**, com essa proposta de reforma, o problema é

que ainda tem dificuldades, ministro Jair Soares prá candidato do partido do governo, ao governo do Rio Grande do Sul, é uma eleição difícil, mas enfim, a maneira que se encontra de tentar viabilizar, passar essa proposta é a criação de um órgão que é o chamado CONASPI, que era um fórum que reunia representantes de vários ministérios **[trecho ininteligível]** do governo e representantes da “sociedade civil”.

RG – Esse CONASP é de quando?

JO – [19]82. Depois da discussão da crise do IAPI, então **[trecho ininteligível]** as federações nacionais de empresários, federação nacional da indústria, comércio e agricultura, e a federação nacional e das confederações, confederações nacionais de trabalhadores, **[trecho ininteligível]** confederação nacional dos trabalhadores da indústria, que é um órgão político de respaldo a essas proposições.

NB – O Aloísio Salles você tem o papel dele aí?

JO – O Aloísio é o presidente do CONASP, é o presidente do CONASP.

WH – E ele era ministro da Previdência?

JO – Não, por enquanto, não.

WH – O Jair Soares que é?

JO – O Jair Soares, é. Aliás o Aloísio Salles nunca vai ser **[trecho ininteligível]** O CONASP é uma espécie de intervenção branca na Previdência social, seria um órgão paralelo à Previdência, prá formular uma política de assistência médica prá Previdência, num momento em que a Previdência é um órgão que precisa ser modificado, quer dizer, porque esses conjuntos de setores Sociais percebem é que você não pode encarregar a própria Previdência de promover uma reforma nela mesma, então tinha um bocado de interesses exclusivistas, privados que a Previdência**[trecho ininteligível]**, é uma espécie de intervenção branca mesmo, com um respaldo político enorme, o CONASP então tem um grupo técnico prá elaborar uma proposta, fazem parte desse grupo técnico uma série de novos sanitaristas que vem de uma série de experiências anterior, Eleutério, por exemplo, e o Plano CONASP então apresenta uma série de problemas.

NB – É.. se viabiliza?

JO – Agora, por essa composição heterogênea do próprio CONASP, o plano também é heterogêneo, reúne coisas divergentes entre si, a FBH, por exemplo, acabava se representando pelo CONASP através do representante do conselho nacional do comércio, que era os hospitais são formalmente uma atividade comercial. E formalmente **[trecho ininteligível]**.

RG – É..**[trecho ininteligível]**

JO – Então o representante da confederação nacional do comércio é indicado pelo FBH. É a voz do FBH, **[trecho ininteligível]** saiu um plano então bem heterogêneo com várias linhas, uma das linhas era a mudança simplesmente na forma de pagamento dos hospitais, trocar aquelas unidades de serviço por uma outra forma de pagamento, a ideia de que isso bastaria, uma outra proposta passa por incorporar esse conjunto de proposições, aí, que **[trecho ininteligível]** somente na previdência e uma terceira proposta das ações integradas de saúde, implica a ideia de...

NB – Sistema único.

JO – A continuidade daquele conjunto de propostas de plano de saúde inclusive, mas agora dentro, sendo discutida dentro da Previdência social.

NB – Pois é, mas não convergem essas ideias pro sistema único?

JO – Não é bem um sistema único, porque aí...

NB – Sim, mas não um meio caminho do sistema único?

JO – É, mas aí vai se estar trabalhando com a chamada ideia de integração interinstitucional, **[trecho ininteligível]** as ações integradas de saúde, são esse termo, ações integrar, vão integrar, o nome que eles dão é convênio trilaterais, a ideia é estabelecer convênios entre o ministério da saúde, ministério da Previdência e as secretarias.

NB – De saúde.

JO – E as universidades. Prá implementar, durante um ano, depois mudou de nome e virou ações integradas de saúde.

WH – **[trecho ininteligível]** discussões.

JO – Seria criar formas de articulação interinstitucional né entre Previdência, o ministério da Saúde, as secretarias e MEC que representam os hospitais universitários, nos vários níveis de governo, federal, estadual, municipal, local, prá em conjunto com essas instituições gerirem o sistema de saúde correspondente nacional, estadual, municipal e local.

NB – Isso está em funcionamento até hoje?

JO- Isso está em funcionamento, essa proposta das secretarias de saúde.

NB – Como é que essa proposta bateu no partido sanitário?

JO – Bom, essa é a continuidade das velhas proposições do partido sanitário.

NB – Ah, isso tem a ver com o partido sanitário?

JO – É um novo nome prá proposta do [nome], do PrevSaúde, só que com um pouco mais de habilidade estratégica, que aí a questão do planejamento estratégico [falando juntos] então a gente discutiu da outra vez que os planos anteriores eram um pouco muito burramente normativos, proposições assim, pacotes fechados acabados, do início ao fim, que eram apresentados e em sequência...

NB – Rejeitados?

JO – Rejeitados, as ações integradas, do ponto de vista das proposições, do conteúdo das proposições não muda nada, você vê lá a hierarquização, regionalização, estação de cobertura dos serviços primários, participação comunitária, aquele conjunto de ideias, mas a ideia, a base nova é um pouco de mais de maleabilidade política na implementação, então é uma na proposta de ação integrada, discute caso a caso, estado a estado, município por município, a uma incorporação progressiva dos estados e dos municípios a proposta, e cada caso é discutido como um caso particular, situações específicas, reformas de implementação propostas pro Piauí é discutido de um jeito, pro Rio Grande do Sul de outro. Entendeu?

NB – Qual o papel do Aloísio Salles aí?

JO – Esse conteúdo..

NB – Qual o papel do Aloísio Salles aí?

JO – O Aloísio Salles foi escolhido como presidente do CONASP.

NB – E o que ele faz?

JO – O Aloísio Salles é um médico clínico, conhecido, famoso enquanto médico liberal, mas não vinculado a esse setor privado que vende os serviços prá Previdência social? E além desse setor que vende serviços prá Previdência social, tem médico liberal, liberal mesmo, não tem nenhum vínculo com a instituição com a pública, tem a clientela dele.

WH - Tem consultório particular?

JO – Tem consultório particular, as pessoas vão lá e pagam. Não tem nada a ver.

WH- Ele não é ligado a nenhuma universidade?

JO – Ele é ligado à universidade, é professor se não me engano da UFRJ, e trabalha dentro da Previdência social num hospital próprio da Previdência social, o Hospital dos Servidores do Estado, quer dizer, é um grande liberal, e liberal tanto do ponto de vista da prática e liberal quanto do ponto de vista da posição política.

RG – E um médico famoso?

JO – Um médico famoso e dentro da Previdência ele era de um setor próprio da Previdência, **[trecho ininteligível]**, e depois do final desse período, do governo da gestão do Jair Soares e tal, o CONASP desaparece porque ele é incorporado à própria estrutura da Previdência, deixa de ser uma intervenção branca, e passa a ser a própria instituição, quer dizer, o Aloísio Salles, que era presidente do CONASP, interventor, passa a ser o presidente do Inamps.

WH – O Aloísio Salles teria entre os seus pacientes pessoas importantes da sociedade, pessoas assim?

JO – Acho que tem, acho que sim. **[falando juntos]**

WH – **[trecho ininteligível]**

JO – É, tem. Isso é importante pra indicação dele também, as relações pessoais, altas figuras públicas, mas **[trecho ininteligível]** viabilizou a indicação e...

RG – Contava com o apoio de setores mais progressistas, é isso?

JO – Passou a contar, passou a contar né, à medida que abriu um espaço pra essas propostas.

RG – Eu queria fazer um, eu queria fazer um paralelo, por exemplo, a gente vê a atuação do partido sanitário, as propostas do partido sanitário sendo lentamente nesses 10 anos, incorporado pelo estado.

JO – E agora a partir de [19]82 com a própria Previdência.

NB – Pela própria previdência.

JO – Foi a última a oferecer resistência.

NB – A essas propostas né?

NB – Primeiro puxar um pouquinho pra conferência, porque eu não entendi o papel da conferência nesse movimento, se abre uma proposta, o resultado dela foi uma coisa avançada, como se coloca aí, ela é a nova intervenção branca, ou na Previdência, ou no ministério, qual é o papel da Previdência, desculpe, da Conferência, nesse movimento, quer dizer, porque a conferência foi armada com o partido sanitário, o presidente dela era o Arouca. Você disse que o CONASP se viabilizou, com todos os problemas que ele tem, ele está aí e está implantado, está implantado. As propostas da conferência, como é que você vê isso, como é que elas podem ser viabilizadas?

JO – O CONASP foi uma competição de três propostas que vinham de setores diferentes pra ver qual delas consolidava a resposta. As duas primeiras, a mudança no critério de ponto, de pagamento de contas dos hospitais, foi implementada, mas acabou indo meio que por água abaixo porque criaram outros sistemas de contas e obviamente têm impacto num certo momento, mas rapidamente o empresariado privado nessa época, encontrou, já tinha

encontrado no passado, formas de contornar essa fiscalização mais apertada. Então eles reclamam, vão reclamar na criação da Dataprev, que é o sistema de computação da Previdência, mas na época do Dataprev aprenderam a lidar com computador, que iam sabotar o computador, e igualmente agora aprenderam a sabotar o novo sistema de contas, por isso que a tentativa da FBH de sobreviver, não é, quer dizer o único problema é que o critério de pagamento é frágil, no ponto de vista da fiscalização, e se gente mexe nisso, tudo pode continuar como antes. Tentaram **[trecho ininteligível]** e depois de alguns meses tudo voltou como era antes. A idéia de mexer exclusivamente no sistema interno da Previdência não foi muito adiante e o que sobrou da experiência do CONASP foram as ações integradas, de [19]82 pra frente a proposta acomodada, **[trecho ininteligível]** pública é ações integradas.

NB – Com aspas?

JO – Várias aspas, aí, várias aspas, com essas, todas essas siglas que a gente tem discutido, a cada ano tem um...

WH – A sigla muda, a proposta é a mesma e a sigla não muda.

JO – É, é, com o final do curso da discussão sobre política de saúde, no curso básico, sempre tem um.. aula final, sempre tem um, diferente, um **[trecho ininteligível]** PrevSaúde. Ultimamente, sempre tem..

WH – E o resto é essa cultura política?

JO – Que faz essa historinha, enfim, e vinha sendo de [19]82 pra frente as ações integradas.

NB – A conferência fala sobre isso?

JO – Agora a conferência é uma tentativa de ir adiante, porque as ações integradas estão caminhando, mas é um programa um pouco paralelo, incidente dentro da Previdência, alguns recursos da Previdência prá implementar isso, e a idéia é basicamente repassar recursos aos estados, aos municípios, aos hospitais universitários, expandir a oferta pela união do serviço público, então quantitativamente do ponto de vista do montante geral de recursos da Previdência isso é.. um número pequeno, apesar de ser bem pouquinho, nunca chega a ser uma quantia significativa, **[trecho ininteligível]** a gestão desse troço é complicado, porque a gente já discuti isso da outra vez, você criar um conselho estadual interinstitucional de saúde, em que tenha assento lá o superintendente regional do Inamps, o representante da delegacia federal do ministério da saúde, o secretário estadual de saúde e o representante da universidade, pessoas que vêm de áreas diferentes, que têm interesses diferentes, posições políticas diferentes, é muito complicado gerir isso tudo, em alguns estados avança, em outros não avança, depende de quem é o superintendente, quem é o secretário, a que ele se identifica, então essa história das AIS é uma história muito arrastada, muito difícil, muitas dificuldades. A conferência propõe ir adiante nisso, a ideia da conferência é que de [19]82 prá cá, tem [19]85 no meio, quer dizer, tem avanços relativos a **[trecho ininteligível]** político, fim do regime militar, chamada novarepública, ocupação de cargos importantes de alto escalão da

área da saúde pública por pessoas que vêm dessa tradição do partido sanitário o Hésio, o Noronha, o [nome].

NB – O Arouca na Fiocruz.

JO – [trecho ininteligível] Uma ideia de uma proposta de avanço.

NB – [trecho ininteligível] em São Paulo na secretaria de saúde?

JO – A ideia é uma proposta que avance em relação às ações integradas, tentando superar as dificuldades que, de implementação que surgem nas ações integradas que vem dessa ainda da permanência dessa ideia de articulação interinstitucional.

NB – Quer dizer que se impõe então nesse momento de novo a ideia do sistema único?

JO – Me parece ser a ideia do sistema único, que é uma velha bandeira do CEBES né, o núcleo do partido sanitário apresentado através desse órgão [trecho ininteligível] importante.

NB – E a conferência propõe, né, o sistema único?

JO – E a conferência propõe isso, esse compromisso. Agora, nesse momento as coisas ficam complicadas, uma certa divisão dentro do partido sanitário. Em que as pessoas que estão vinculadas à Previdência, começam a apresentar uma certa resistência a essa ideia, e a defender um pouco a ideia da articulação interinstitucional, ou vestir a camisa da Previdência.

NB – O Hésio tá vestindo a camisa da Previdência?

JO – Acho que em geral as pessoas da Previdência são quase que forçadas, porque é muito complicado para um ministério abrir mão de 20% de seu orçamento, no caso da previdência são 60 bilhões de cruzeiros.

NB – Sim, mas o Hésio não era funcionário do Inamps.

JO – Mas ele cumpriu cargo de confiança, no interior do Inamps, a [trecho ininteligível] da previdência social, portanto não pode ter um discurso absolutamente divergente do ministério. Então há uma certa tensão anterior ao partido sanitarista [falando juntos]

WH - Acho que isso inclusive essa tensão surge com a situação do Santini, do [nome] Santini, lembra que deu uma confusão grande, o Hésio não soube... [trecho ininteligível]

JO – O Santini seria superintendente.

WH - E muita gente se demitiu na época, pediu demissão.

JO – O Santini seria de superintendente regional do Inamps mas houve uma resistência dos setores empresariais, através do PFL, os donos de casas de saúde do estado **[trecho ininteligível]** a essa indicação.

WH – É que os nomes eram **[trecho ininteligível]**

JO – Viabilizaram o nome do Santini, se bem que o nome que acabou saindo, acho que não **[trecho ininteligível]**, acabou não conseguindo o nome que ficou, como se chama, temporário?

NB – Interino.

JO – Interino.

NB – O interino foi o Juarez?

JO – Que foi o Serra. João Carlos Serra.

NB – João Carlos Serra.

JO – Que é um médico também, **[trecho ininteligível]** é um médico também tem a prática privada liberal, e que não era sanitarista, era ortopedista, mas se aproximou, **[trecho ininteligível, falando juntos]** como o Aloísio Salles, digamos tem umas pessoas assim, outro exemplo é o Jaime Landim, que é outro clínico, ginecologista.

RG – **[falando juntos]** Esse João Carlos está no aparelho do estado em alguma coisa, não?

JO – Na universidade

NB – O Serra foi... **[falando juntos]**

JO – Ele tem escrito coisas, produz, denúncia...

RG – Sim, se pronuncia o tempo todo, mas não está na **[trecho ininteligível]**?

JO – Não, é visto não. É visto como traidor pela corporação médica, está respondendo a processo no CRM, por denunciar coisas.

RG – Por abrir né..

NB – Mas então o quadro é muito complicado.

JO – Tem esse outro, tem esse outro personagem, esse tipo de personagem também né, com esses exemplos, o Aloísio Salles, o Serra, o Landim, são pessoas que não vem da área pública, que vem da atividade clínica.

NB – O Landim... clínica né. E que acabam incorporando nestes quadros?

JO – Acabam engrossando esse movimento sanitarista.

NB – Agora, me diz uma coisa, o quadro é meio complicado. Você não acha que o Arouca, dentro dessa divisão do partido sanitário tem o pessoal está lá na Previdência, mas o Arouca aqui na Fiocruz e agora como secretário de Saúde, ele é ainda, dessa, do partido sanitário aquele que está defendendo as propostas do partido sanitário. Esse partido sanitário existe ainda hoje?

JO – Nunca existiu como tal.

NB – Não, eu sei. Ah, sim.

JO – Essa é uma expressão que se criou de brincadeira, que depois começou a aparecer na imprensa, nas polêmicas [**trecho ininteligível**] do Roberto Santos e um pouco se generalizou, o uso dessa expressão, mas isso nunca existiu institucionalmente, uma reunião do partido sanitário. E inclusive são pessoas heterogêneas, em sua composição, mas o Arouca, até por estar fora da Previdência, não tem, não tem as dificuldades.

WH - Facilita.

JO – Não tem as dificuldades políticas das pessoas que estão na Previdência.

NB – É, porque o Arouca é um puxador hoje da reforma sanitária, que é uma coisa também da conferência, veio da conferência.

JO – Aliás, agora, hoje, ontem no jornal está a ideia de que talvez o [**nome**] Scalp fosse indicado pro Ministério da saúde, mas ele diz que só aceita se o ministério da saúde incorporar o Inamps.

NB – É a velha proposta de...

JO – A ideia do sistema único de saúde...

NB – É essa é...

JO – Transforma o ministério da Saúde de um ministério desprezível, num ministério significativo, o jornal de ontem [**trecho ininteligível**] ao Newton Cardoso, qual a ideia do que que é o ministério da saúde. O Newton Cardoso nessa discussão sobre, toda sobre a reformulação ministerial, o repórter pergunta prá ele, mas o que sobra pro PFL? Bom, o PFL pode ficar com o ministério da Saúde, por exemplo.

## Fita 2 - Lado B

NB – Tem duas coisas a gente tá... Quer dizer eu perguntei, você não tá me respondendo se já teve **[trecho ininteligível]** ou proposta. Qual o papelda conferência. Você ainda não me respondeu isso, nesse quadro de dificuldade me parece que o Arouca tá na frente, quer dizer, ele continua mantendo uma posição muito antiga, do tal partido sanitário, que hoje tá rachado, ele montou a Oitava conferência, tá propondo a reforma sanitária, com a ideia do sistema único de saúde, ouvi ele dizer isso na televisão, né quer dizer, nesse quadro de dificuldade, qual é o papel da conferência hoje? Você acha que tem alguma modernidade naquelas propostas?

JO - É, o papel da conferência, eu acho que foi fortalecer por um lado essa ideia do sistema único, reativar, dar um respaldo político a ela, que é a partir da oitava conferência, o sistema não é mais a proposta de parte do partido sanitário, ter uma certa legitimação.

NB – Na sociedade.

JO - Da representação da sociedade civil como teve lá, então se fortalecem essas ideias, agora a oitava conferência foi além, numa outra direção, na direção da ampliação do conceito de direito à saúde, que é uma coisa difícil de viabilizar, mas é importante porque implica em repensar essa proposta da reforma sanitária, numa direção muito diferente.

NB – Não é mais

JO – Porque a grande discussão da reforma sanitária é a seguinte: prá onde os setores, vamos dizer, que ficaram um pouco mais atrás, do partido sanitário, a reforma sanitária na verdade é só um novo nome pras ações integradas de saúde, quer dizer, aquilo que chamavam reformas integradas de saúde vão continuar funcionando, só que agora vão se chamar reforma sanitária, que é um nome mais dissonante, pomposo, é um nome bonito, fortalece, contra as resistências advindas. Um outro setor, as reformas sanitárias vai adiante, por exemplo, na ideia do sistema único de saúde, basicamente, sistema único de saúde, agora um passo adiante eu acho que ainda passa por essa questão da ampliação do direito à saúde, da noção do direito à saúde, uma discussão que vá além da mera assistência médica, ou médico preventiva, e implica em pensar a atuação e a intervenção do estado no sentido da garantia da saúde como intervenção muito mais ampla, sobre temas como educação, doenças do trabalho, condições de vida, nutrição, transporte, enfim, lazer.

RG- Condições de vida reais..

NB – Muito mais complicado?

JO – É.

RG – Tem uma proposta né junto com o nosso contracheque esse mês, veio um documento prá você assinar, mandar prá Brasília.

WH - Não é essa proposta, quer dizer, inicialmente coloca isso?

JO - É, é a proposta da constituinte.

WH – É a questão da qualidade de vida, [**trecho ininteligível**] depois é que entra a questão da saúde. Como um item, mas encabeça tudo isso uma coisa muito mais ampla, de qualidade de vida.

NB - Olha isso tem a ver com a reforma sanitária, quer dizer. O que isso tem a ver com reforma sanitária italiana, que é de onde sai essa expressão? A proposta do partido comunista, depois da guerra, para essa questão da saúde.

JO – Eu acho que isso implica em retomar a ideia da reforma sanitária no sentido original italiano, que o que a gente estava discutindo é que antes de todo esse movimento de racionalização, de reforma da saúde, faz parte no Brasil de uma, um processo de transição, do regime autoritário, pra um regime mais...

NB – Liberal.

JO - Liberalizado, liberal democrático, uma coisa assim, faz parte dessa estratégia de reconstrução de hegemonia, agora, hoje esse movimento importa esse nome, reforma sanitária, na verdade é um nome traduzido, que é a expressão italiana, *reformi*, e o conhecimento disso, dessa experiência italiana chegou ao Brasil através do Berlinger, principalmente, do Giovanni Berlinger.

WH – Irmão do Enrico.

JO - É, irmã do Enrico.

NB – Senador.

JO - Que eram pessoas importantes da reforma sanitária italiana. Com a reforma sanitária italiana, concentrada na Itália, ela é pensada como uma coisa um pouco diferente.

NB – Como é que é isso?

JO – Incorpora esse sentido brasileiro, mas vai além, porque a reforma sanitária italiana é pensada, o principal ator político da reforma sanitária italiana é o partido comunista italiano, que vê a reforma sanitária como parte de uma estratégia de transição pro socialismo, na tradição gramsciana, Gramsci, togliacciana, que é a referência básica do partido comunista italiano. Então a reforma sanitária é pensada num sentido um pouco diferente, quer dizer, a proposta da reforma sanitária italiana surge na Itália, num contexto semelhante ao nosso,

porque é no imediato pós-guerra, a transição do fascismo para a ordem liberal democrática. Mas é visto como...

RG – É um partido um pouco mais forte?

JO – Um partido muito mais forte, é um movimento que nasce da sociedade civil, uma série de movimentos localizados de reivindicação por saúde, saúde dos trabalhadores, saúde das mulheres, a questão dos doentes mentais, da desospitalização, enfim.

RG – Isso na década de [19]50?

JO – Franco Basaglia, é. E isso tudo vai se articulando, quer dizer, essas articulações setoriais vão percebendo que para além dos seus interesses corporativos, não é, há coisas em comum.

NB – Sim, pois é, mas aí a gente entra nessa discussão numa proposta no Brasil que é essa de pensar a saúde como uma coisa mais ampla, prá dar dinheiro, quer dizer, as propostas desse grupo que ainda hoje eu acho que o Arouca está pensando isso, me parece que é isso, é um pouco essa reforma sanitária italiana. Pensar na qualidade de vida, saúde como um todo.

JO – Mas a oitava conferência, **[trecho ininteligível]** reproduziu em um episódio localizado, que não deve ser esquecido, jamais vai deixar de existir, essa experiência de anos, italiana, de articulação com a sociedade civil e pressão sobre o Estado, aqui isso ficou, como sempre, caricatamente transformado numa reunião de uns dias, no ginásio de esportes em Brasília.

NB – Que tende a ser esquecida?

JO – Tende a se esquecer.

WH – E o Enrico Berlinger foi convidado? **[falando juntos]**

JO - Foi convidado.

WH – Participou.

RG – Mas a reforma sanitária... **[trecho ininteligível]**

NB – Não, Enrico, não.

WH – Não, o Giovanni.

NB – Giovanni.

JO – O Enrico na conferência não veio, ele veio depois no congresso da Abrasco, no congresso da Abrasco.

RG – Não é uma.. uma conferência, enfim a reforma sanitária não é um fórum permanente agora, não se reúne o tempo todo?

JO – É, resultou da conferência...

RG –E aí circula pelo Brasil.

JO – É, resultou da conferência.

RG – As reuniões circulam pelos diferentes estados, há uma tentativa de manter isso muito dinâmico?

WH – Quem está com isso agora é o Arlindo, parece que Arlindo é quem está aqui dentro.

JO – É, porque na conferência resultou uma comissão, chamada comissão nacional da reforma sanitária, que deveria operacionalizar as propostas da conferência no prazo delimitado que termina agora, essa conferência eles se reuniram e saiu uma proposta que está aí prá discussão, mas se encerra aí, essa experiência da reforma sanitária. Quer dizer, é difícil transformar isso numa situação permanente, institucionalizar essa mobilização da sociedade civil.

NB - A não ser que ocorra no caso como a Abrasco.

JO – É difícil você criar um fórum nessa comissão nacional, da reforma sanitária ter uma participação da CUT, CGT, coisas desse tipo.

NB – Não, eu digo, mas, o aparelho de estado absorver essa ideia.

JO – É... Acho que em parte absorve, mas é um movimento que nasce do estado prá sociedade civil, a direção é o contrário.

RG – É o contrário, o fluxo.

JO – E até uma certa ideia, é sempre muito tímida, é sempre muito difícil de viabilizar, porque vem daquela ideia de participação comunitária, então há nas próprias ações integradas, a ideia de que a nível local, as condições locais participem, a associação de moradores, mas isso é sempre muito precário, daí prá cima...

RG –Mas isso é uma coisa muito que é o Brasil, o Brasil é isso, não tem uma sociedade civil organizada, quer dizer...

JO – Como tudo no Brasil, o estado...

RG – Historicamente, momentos no qual a gente se encontra...

JO – Sim.

RG – E eu acho que não há nenhuma chance de que isso avance.

NB – Avance. Mas eu penso o seguinte...

RG – Tem algumas áreas mais, São Paulo, a sociedade civil é muito mais organizada, o papel da igreja na organização da sociedade civil brasileira, **[trecho ininteligível]** é significativo.

JO – É, a diferença da reforma sanitária italiana é a experiência da reforma sanitária no Brasil.

NB – Exatamente.

JO – Do ponto-de-vista da sociedade civil.

RG - Claro.

JO – E do ponto-de-vista da organização dos partidos, aqui a organização da sociedade civil é frágil, e são frágeis os partidos que vinham a ser os enfim, instituições capazes de articular esses vários movimentos sociais prá além de seus interesses corporativos.

RG – É.

JO – Generalizando isso.

RG – **[trecho ininteligível]** esses estados.

JO – Igreja, **[trecho ininteligível]** compartilham.

NB - Pois é, mas aí eu penso o seguinte, a viabilização da reforma, como tudo no Brasil, **[trecho ininteligível]** por dentro do estado, não é?

JO – É assim que a coisa está se criando.

NB – A incorporação.

JO – É assim que a coisa está se criando.

NB – Pelo estado.

JO – Eu acho que...

RG – No caso a gente já sabe quais são, também. **[falando juntos]**

JO – Eu acho que prá continuar avançando, precisava um pouco italianizar a reforma sanitária brasileira, no sentido da incorporação dos movimentos Sociais, da incorporação desse tema pelos partidos políticos, de pensar a reforma sanitária como uma coisa que inclui questões, como a questão da democratização do estado.

RG – Agora eu acho que a gente está indo nesse sentido, quer dizer, mas nesse ritmo que é o nosso né, super devagar. Mas essa coisa, mal ou bem, cresce.

JO – Que também prá essa ampliação da noção de saúde implica em rediscutir a própria questão da atuação do estado no âmbito da saúde como parte de uma estratégia de hegemonia e daí a formulação de um projeto alternativo a isso, um projeto contra-hegemônico, que é uma coisa que está presente na experiência italiana, e aqui, não. Implica ir muito longe disso. Aqui e ali, uma certa..

NB – Até mais, porque aqui, na verdade, o partido sanitário é uma composição heterogênea de extração ideológica das pessoas, a mais variada possível. E na Itália não, há um grupo inicial que toma isso, que são os comunistas italianos.

JO – É, se bem que o partidão já tem um papel sobre isso, mas a aprovação da lei da reforma sanitária migrou de uma decisão **[trecho ininteligível]**

NB – Há um núcleo central?

JO- Tem muita dificuldade, muita dificuldade, a **[trecho ininteligível]** necessidade de articular...

NB – Agora aqui não há um partido político que esteja levando isso à frente?

RG – E que partido que você tem também que, você só tem um partido que é uma frente?

NB – Você sempre cria partidos no Brasil, que são partidos não considerados partidos políticos formais, você cria um partido político sanitário, você tem partido vermelho.

RG – Você tem o partido verde, não existe legalmente assim como o partido sanitário, são bandeiras.

NB – São agremiações que têm funções de partido político sem ser.

JO – E que você fica muito dividido de participar ou não participar dessas coisas pela própria heterogeneidade do PT, sua composição, setores muito duros, xiitas.

RG – **[trecho ininteligível]**

NB – Agora já que a gente está nessa história, vamos puxar pra última coisa que a gente falou lá e que durou um tempo atrás, que é a coisa da formação teórica, você está falando aqui do Gramsci, e Togliatti, que vão formular teoricamente, que vão ser a referência teórica do partido comunista italiano, essa ideia de democracia progressiva, transição pro socialismo, como é que é, voltando lá prá pergunta da Wanda, como é que é pro partido sanitário essa questão da **[trecho ininteligível]** referência teórica, é a fala do Poulantzas.

JO – É, eu acho que foi parte importante desse documento, desses dez anos do partido sanitário, como a gente estava discutindo agora há pouco, enfim, incorporar entre os sanitaristas, uma certa visão distinta da questão do estado, da relação entre a esquerda e o estado, e eu acho que as referências teóricas disso foram em boa medida o Poulantzas, eu acho que foi de uso muito corrente nessa área.

WH – Numa época...

JO – E essa tradição Gramsci, togliacciana.

WH – **[trecho ininteligível]** era um comunista inclusive na Itália, inclusive chegou a ter reuniões de gente daqui que foi pra Itália, pra se reunir com grupos de saúde do PCI.

JO – **[trecho ininteligível]** na Itália de uma entidade que tem sede nos Estados Unidos chamada *International Group of* não sei o que, grupo internacional de economia política de saúde, alguma coisa assim, os coordenadores são o Navarro, que é um espanhol radicado nos Estados Unidos, e no Johns Hopkins se não me engano.

NB – John Hopkins.

JO – E a Cristina Laurell, que é uma sueca radcada no México.

NB – Como é o nome dela?

JO- Asa Cristina Laurell.

NB – Asa.

JO – Asa Cristina.

WH – Asa Cristina. A-S-A.

JO – Acho que se pronuncia, é sueco, A com bolinha em cima, se pronuncia Osa, Cristina Laurel. E que é do Mora, universidade autônoma do México. Esse grupo se reúne periodicamente em vários lugares, em vários países teve uma dessas reuniões na Itália em [19]79, e algumas dessas pessoas do Brasil foram.

NB – Por exemplo, quem? Qual é a ligação?

JO – Preciso me lembrar agora, deixa eu ver. Quem é que tava lá. Madel, eu, Ana Maria, Arouca.

NB – **[nome]** Arouca.

WH – **[trecho ininteligível]**

JO – Mário. Mari. O grupo **[trecho ininteligível]**

WH – E todo mundo do Rio. Ou tinha gente de São Paulo também?

JO – Acho que a maioria das pessoas era do Rio. Tinha alguns membros complicados e interessantes. Como, por exemplo, o *Ubaldo Dantas*?

RG - (Risos) Eu conheço o Ubaldo.

JO – O Ubaldo Dantas que era, tinha sido secretário de saúde da Bahia. No governo do *Roberto Santos*? O Roberto foi governador e o Ubaldo foi secretário de saúde do governo do Santos (Risos). **[trecho ininteligível]**

RG - (Risos) **[trecho ininteligível]**

JO – Mas uma pessoa avançada, é, pois é, muitodiversificada. Esses, essas **[trecho ininteligível]** desse grupo tinham uma composição um pouco radical.

RG - Não, mas ele parece que conseguiu se integrar.

JO – E o Ubaldo, a gente levou o Ubaldo que era uma pessoa, enfim participava desse movimento sanitarista. E com a política local **[trecho ininteligível]** era da Arena. E houve uma resistência grande e tal, dois governadores **[trecho ininteligível]**.