

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CASA DE OSWALDO CRUZ**

***GERMANO GERHARDT FILHO***  
**(Entrevista)**

## **Ficha Técnica**

Projeto de pesquisa - Memória da tuberculose no Brasil

Entrevistado - Germano Gerhardt Filho (GG)

Entrevistadoras - Dilene Raimundo do Nascimento e Tânia Maria Dias Fernandes (TM)

Data - 06/08/1992 - 01/09/1992

Local - Rio de Janeiro/RJ

Duração – 7h06min

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

GERHARDT FILHO, Germano. *Germano Gerhardt Filho. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória da tuberculose no Brasil, 1992*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2021. 130p.

Data: 06/08/1992

### **Fita 1 – Lado A**

TM - Entrevista com o Dr. Germano Gerhard, dia 6 de agosto de 1992, para o Projeto Memória da Tuberculose no Brasil, pela Casa de Oswaldo Cruz, realizado em Curicica. Entrevistado por Tânia Maria Dias Fernandes e Dilene Raimundo do Nascimento. Bem, Germano, nós gostaríamos de começar a nossa entrevista por uma passagem na sua infância. Eu queria que você falasse um pouco da sua origem. Você veio de Vitória, a gente já sabe, nasceu em 1938... Eu queria que o senhor falasse um pouquinho sobre a sua origem familiar, seus pais, o lugar que você nasceu...

GG - É, na verdade eu não sou de Vitória, eu sou de uma localidade no interior do Espírito Santo, que era uma micro-comunidade que foi fundada... pela família do meu pai. Tinha muito pouca... Quando eu saí de lá, devia ter uns 500 habitantes e hoje devem representar algo como 2.000 habitantes essa micro-comunidade. Uma comunidade de forte influência alemã e... aí eu vivi os primeiros oito anos da minha vida. Depois é que eu me transferi... a família se transferiu para Vitória, já levando em conta os problemas... necessidade de escolaridade, e eu passei a residir até o ginásio... Nessa época eu vim para o Rio de Janeiro, que era também um aspecto característico da família, todas as pessoas vinham estudar no Rio, que era também o centro cultural de influências sobre o Espírito Santo e aqui eu fiquei.

TM - E os seus pais eram ligados, em termos de trabalho, com que área?

GG - O meu pai, ele tinha uma dupla vinculação. Ele era, por formação na Alemanha, ele era farmacêutico, e no Brasil ele também tinha uma área de filosofia. Ele desenvolveu dupla atividade: uma na área de farmácia, propriamente dita, e a outra na área de... composição. Ele escreveu alguns livros sobre filosofia introdutória, coisas desse tipo, e possuía também uma livraria no Espírito Santo. Então, ele tinha dupla atividade.

TM - Mas ele era alemão?

GG - Era alemão.

TM - Ele veio para o Brasil quando?

GG - Recém-nascido. Ele não veio porque quis. (risos)

DR - Obrigação...(risos)

TM - E os pais dele já foram ...

GG - Passaram pelo Rio Grande do Sul e depois a família toda se mudou para o Espírito Santo.

TM - Por que o Espírito Santo?

GG - Porque estava sendo implantada uma colônia, uma cidade hoje que hoje tem o nome de Domingos Martins. Chamada Campinho naquela época, que ainda é uma colônia.

TM - Então ele veio com outra cultura? Era uma área agrícola?

GG - A origem... Aí já não era bem agrícola... essa era... Toda cidade do interior a principal forma de vida certamente é agropecuária. Mas ele... o meu avô já era na área de marcenaria, na área de produção de móveis.

TM - O seu pai não tinha o interesse em caminhar pra isso.

GG - Não.

TM - Ele se formou em farmácia onde?

GG - Na Alemanha, papai formou na Alemanha.

TM - Tá e lá nessa cidadezinha pequena, ele desenvolvia um trabalho de farmácia?

GG - Na cidade pequena ele tinha uma farmácia. Ele era o único que tinha habilitação para fazer alguma coisa na área de assistência à saúde, à população, daquela população. Não tinha médicos etc... a comunidade nunca teve médicos.

TM - E a Filosofia? Ele se formou em Filosofia?

GG - Ele tem especialização em Filosofia também na Alemanha.

TM - Também na Alemanha. Então, depois que ele passou um tempo no Brasil, ele foi para Alemanha fazer a formação específica dele?

GG - É.

TM - Essas duas Farmácia e Filosofia, concomitantemente ou não?

GG - É, não tenho assim muita precisão dessa informação, mas provavelmente é concomitante, porque ele não ficou muito tempo.

TM - E sua mãe?

GG - Minha mãe é brasileira. Era professora, professora do primeiro grau, na época se chamava professora primária; e morava também numa cidade vizinha a cidade que meu pai morava. E daí foi a evolução natural dos encontros da vida, né?

TM - E a medicina, a sua escolha profissional como é que ela apareceu?

GG - É... aí tem até uma... uma variante. Na verdade, eu estudei no Espírito Santo no colégio Americano, e vim para o Rio estudei no Andrews. E tinha toda a formação para fazer engenharia, eu já tinha inclusive solicitado uma autorização do governo canadense para fazer engenharia química em Toronto. E ocorreu que nesse momento dessa decisão faleceram um irmão, que era médico, e meu pai, logo depois. Então, eu resolvi mudar de atividade. Primeiro porque ia ficar muito difícil de viajar, e segundo porque acho que toda uma tentativa, assim meio mágica, de mudar o que já tinha acontecido, né? E a opção passou a ser a medicina.

TM - E a tuberculose apareceu posteriormente? Ou já tinha tido essa...

GG - A tuberculose começou comigo antes da medicina. Começou porque nesses episódios todos aí, eu acabei ficando doente de tuberculose. Eu tive doente dos 18 anos até os 20, 23. Na verdade eu quase que cursei a faculdade de medicina doente. O vestibular eu fiz com 18, e formei com 24, e praticamente, só no último ano é que eu não tinha doença. Estava considerado curado. E nesse intervalo eu tinha episódios que ficava bom, seis meses, daí a pouco retomava a doença, ficava bom de novo, bom entre aspas, né? Até que no quinto ano da medicina, o Dr. Jesse Teixeira e o Hélio Fraga, que são patronos dessa casa aqui, decidiram que a única solução era cirúrgica. Então, eu fui submetido a uma cirurgia e dessa época em diante, até hoje eu nunca mais tive uma... comemorativo da tuberculose doença.

TM - Então, você é uma testemunha de pneumotórax?

GG - É testemunha, mas não tendo vivenciado pessoalmente, eu só fiz tratamento quimioterápico e repouso. Uma das internações, logo a primeira, foi no hospital... no sanatório lá em Vitória, uma recordação não muito agradável. Na enfermaria que a gente estava localizado só sobrevivi eu. Todos os outros companheiros daquela enfermaria faleceram no curso da minha internação. Então, eu fiz um período longo de repouso no hospital, e depois do hospital. Repouso mesmo, repouso de ficar imobilizado praticamente. A doença tinha um cunho bastante grave. Nesse episódio houve um agravamento clínico muito acentuado, então, o médico que era o Jayme Santos Neves, optou por deixar em repouso absoluto. Eu fiquei um tempão, passei a comer quase um quilo de carne por dia, porque era moda, e fiquei bom.

DR - Você, quando ficou doente já estava no Rio? Ou ainda nem tinha chegado?

GG - Fiquei doente no Rio de Janeiro.

DR - Aí voltou para o Espírito Santo para se tratar?

GG - Voltei, para o Espírito Santo.

TM - Aí você paralisou com a universidade? Como é que foi essa...

GG - Não, eu não estava... eu estava no terceiro ano científico na época, e cursando o pré-vestibular. Eu paralisei o pré-vestibular; concluí só o curso científico. Eu podia, pela época que ocorreu, fazer a chamada... a segunda chamada, e ser... Fazer só a prova, não dependia

mais da frequência naquele momento. Eu aguardei, fiz a segunda chamada três meses depois, e consegui fazer a segunda chamada e retornei. Fiquei para fazer o vestibular no ano seguinte. Aí fiquei mais seis meses no Espírito Santo, depois voltei ao Rio de Janeiro para continuar fazendo o curso pré-vestibular. Que aí já era uns quatro meses de curso, e depois fiz o vestibular.

DR - E isso durou quanto tempo? Quer dizer, esse tratamento no Espírito Santo?

GG - Esse primeiro episódio?

DR - Esse período no Espírito Santo?

GG - Deu aproximadamente uns dez meses. Entre internação e tratamento ambulatorial.

TM - A quimioterapia era a base de que?

GG - Era... Naquela época... eu tomei... eu tomei todos os medicamentos para tuberculose que existia. Porque foi uma sucessão de drogas. Comecei tomando isoniazida, estreptomicina e PAS. Já depois, ainda no curso do primeiro tratamento me surgiu uma droga chamada ciclocerina, também passei a usar ciclocerina acrescida... Nesse período, nesse primeiro tratamento foi com essas drogas. Tomei isso mais ou menos seis meses de estreptomicina. O ouvido na época, inclusive, acusou um pouco isso, a audição dos sons agudos ficou... ela é prejudicada até hoje, quer dizer, a faixa elevada de som agudo, ela está sempre muito prejudicada, mais num ouvido do que no outro.

TM - E aí então, você participou ativamente da introdução das regras dos primeiros anos, dos primeiros é... não digo experiências, mas das primeiras práticas da quimioterapia quer dizer, da quimioterapia engatinhando.

GG - É.

TM - Como é que era essa discussão? Como é que você sentia isso? Claro que você não tinha ainda formação. Como era antes de você estar dentro desse problema?

GG - A impressão que dava é que era uma coisa meio mágica, porque as pessoas que a gente via que já tinham passado por quimioterapia, e que não tinha o que fazer, quase todas morriam. E os que melhoravam eram os que tomavam remédio. Então, a impressão era que a mágica era importante. Mas que sozinha não... tinha que fazer uma complementação severa com restrição na forma de viver. A imagem que fica dessa época é um ganho pondera de quase 30 quilos, e repouso durante esse período todo. E muita vergonha depois de andar na rua, por conta da... como se todo mundo tivesse a marca "tuberculose" escrita na testa, né? Porque a pessoa veio do hospital, está gorda, demasiadamente gorda.

TM - E você tinha... A tuberculose não apareceu na sua família também com outras pessoas?

GG - Não, foi aqui... Foi adquirida, na verdade, aqui no Rio de Janeiro em boa parte pela qualidade de vida que eu estava levando; vivendo em república, fazendo dois cursos, e uma atividade muito pesada... Certamente a influência dessa vida... na república certamente tinha alguém doente. Eu me lembro de uma pessoa de idade que hoje pelo... pelo que eu imagino da doença foi o introdutor da tuberculose. Tinha uma tosse permanente, não ficava bom, escarrava, às vezes escarrava com sangue... Aparentemente uma tuberculose, e morreu depois, eu não sei de que. Mas a idéia que eu tenho da fonte de contágio foi essa pessoa nesse período que eu estava morando aqui.

TM - Nessa época a tuberculose ainda estava muito disseminada, né? Como a sua cidade no interior... Você viu alguma diferença dessa questão urbana com uma cidade pequena e a tuberculose presente?

GG - É. Mas no interior não existia, ninguém tinha noção. Na colônia lá ninguém... Nunca se ouvia falar em tuberculose, não era uma doença conhecida. Mas na cidade não. Na cidade era uma forma de doença extremamente comum, extremamente comum. Ainda era na época que dali saía muita gente para se tratar em Belo Horizonte, Campos do Jordão... Isso aí no começo da década de 50.

TM - Me diga assim. Aí você voltou para o Rio ainda não completamente curado, né?

GG - Não, em tratamento.

TM - Em tratamento para fazer a universidade. Por que a UFRJ? Você tentou outras também?

GG - Não, naquela época o vestibular era diferente de agora, não era unificado, você tinha que literalmente escolher uma escola. Não tinha possibilidade de fazer provas simultâneas porque elas coincidiam a data da prova, então você tinha que optar por uma, e a chamada Faculdade Nacional de Medicina, da Praia Vermelha, era a que oferecia seu charme maior da época. Então, você opta pelo aquilo, que aparentemente, é o que oferece mais... e foi por isso. Existia só mais outras duas que estava começando as chamadas ciências médicas, que hoje é a UERJ, e tinha a Hahnemanniana que hoje é a UNIRIO.

TM - É... e sobre o curso. Queria que você falasse um pouquinho sobre o corpo docente, corpo discente, o curso de medicina? Como é que você conseguiu sobreviver com o seu curso de medicina?

GG - O curso de medicina, dentro dos critérios universitários, acho que foi até muito razoável. Ele oferecia facilidades a quem queria aprender bastante marcadas. Evidentemente também, quem não queria aprender passava do mesmo jeito. Não era, não era um critério muito seletivo, mas havia muitos professores extremamente interessantes e muitas facilidades de você poder estudar detalhadamente tudo aquilo que você desejasse. Acho que foi muito boa formação, período de um estudo muito marcado. Apenas com esse grau de liberdade que muitas vezes a pessoa não está habituada, e por isso, em vez de usar para aprender, usa para gastar o tempo, em coisas alternativas.

TM - E você entrou já com idéia da tuberculose.

GG - Não, não pensava em fazer tuberculose não. Entrei para fazer medicina geral. A minha idéia era fazer clínica médica, e cardiologia. Esse era o caminho que eu estava permeando. A escolha da pneumologia, da fisiologia, na verdade, ela ocorreu nos últimos dois anos. Primeiro um curso muito interessante, aí eu conheci o Hélio Fraga, e eu resolvi, por escolha mesmo me tratar com ele. E ele atendeu isso de uma forma humana muito, muito marcada, né? Tratou quase um caráter muito... muito emocional, para mim; e eu criei um vínculo pessoal invencível, quer dizer, daquele momento em diante, acho que eu faria o que ele fizesse (risos). Não seria uma escolha minha, mas seria dele. E na verdade aí passei... Vinha de carona com ele para o serviço... Então aquelas questões todas que vão... uma proximidade muito grande. Por isso eu acho que fiz a opção pela pneumologia a partir daí, pela influência decisiva do Fraga.

TM - E algum outro colega seu, é... lhe acompanhou... não nesse projeto especificamente, mas na sua turma, o senhor lembra de alguém que tivesse se direcionado para pneumologia, fisiologia também que hoje estivesse renome?

GG - No momento eu acho que não tem ninguém na área de pneumologia. Minha turma era muito pequena, entorno de 100 alunos, incluindo os estrangeiros. Tinha 16 estrangeiros, naquela época era comum as pessoas de outros países virem pra aqui e tinham até prioridades.

TM - Que países?

GG - Venezuela, Colômbia, Peru, Bolívia toda essa região aí vinha fazer medicina aqui, talvez pela facilidade da língua.

TM - E o que representava ser fisiólogo? Quer dizer, entre os colegas, essa sua opção como que soou?

GG - É... eu acho que isso aí nem chegou a soar muito porque ocorreu num período muito final; no sexto ano você na verdade não tem muito contato com os colegas. Você tem os seus internatos, cada um vive no seu, e naquela época não tinha o rotatório obrigatório, você podia optar pelo que você desejasse, e eu como fiz a opção pela fisiologia fiquei lá, e aí praticamente não encontrei mais, senão ocasionalmente as pessoas.

TM - E o senhor teve contato com o Ibiapina? Cadeiras de Fisiologia?

GG - Tive.

TM - Como é que foi essa relação com ele?

GG - O Ibiapina tive muito pouco contato, porque o Ibiapina... Quando eu ainda cheguei, quase como estagiário, saindo da doença, ele teve um enfarte que o levou à morte. O que eu tenho de contato com ele são três ou quatro vezes de tê-lo visto no refeitório... Uma pessoa austera, aparentemente um líder do grupo, e o único contato da época que marca



dele é na verdade a vigília que todos nós fizemos no hospital, que era o Hospital Samaritano, quando ele teve um enfarte até que ele veio a falecer uns três dias depois. Não foi assim um contato muito profissional, não deu para...

TM - E aí, com o Hélio Fraga, você então foi para o São Sebastião para o ITP<sup>1(1)</sup>, como é que foi trabalhar...

GG - ITP, São Sebastião, Laboratório Central de Tuberculose, doutor Magarão, quer dizer, trabalhei muito... Fiquei muito tempo no estágio com o professor Magarão, mais de um ano trabalhando laboratório mesmo, Magarão, Santiago. E, depois a parte de investigação de laboratório, e enfim, rodando por todas as áreas; patologia com Milton Costa, fiz patologia com Gilval e depois a clínica. Mas a mais marcada a mais sofrida, foi a área de bacteriologia.

TM - Área de bacteriologia. Mas você acabou exercendo mais pela clínica? Como é que foi... depois de formado a opção?

GG - Não, depois não... Eu nunca tive, nunca tive opção de fazer laboratório, eu estava ali mais para conhecer com mais detalhe o que a bacteriologia representava, o problema de resistência bacteriana... Talvez até pelo fato de eu ter sido resistente a quase tudo, me levava a ter curiosidade maior nessa coisa: como é? Que segurança aquilo que podia dar? Interpretação do teste... Qual o grau de expressão disso para o doente? E a outra área foi a própria patologia que até hoje o meu pedaço de pulmão está guardado lá, como uma peça de museu do ITP (risos) né?

TM - A quimioterapia, só lembrando um pouquinho, a quimioterapia que você fez, ainda no momento de primeiros passos de experiência da quimioterapia no Brasil... Depois pensando nessa... nesse tratamento, né? Quer dizer, que alusões o senhor poderia fazer? Que tipo de tratamento que se fez resistência? Teria...

GG - O que fez aí foi um tratamento como a escola americana preconizava na época: era hidrazida, estreptomina, alternados, não era diário... e o PAS foi introduzido já posteriormente. Quer dizer, depois foi introduzido a ciclocerina. Então houve assim o que era o próprio conhecimento da época. E hoje a gente certamente faria de forma diferente, agregava drogas como marcadamente no começo. Mas era o que se sabia, era o que se fazia.

TM. - E aí, você fez em 64, um ano depois de formado, um curso no Serviço Nacional de Tuberculose, né? Como é que foi esse curso?

GG - Curso de pneumologia... clínica sanitária. Era um curso de especialização, com um ano de duração. Abrangia as cadeiras clínicas, cadeiras básicas e mais a parte de saúde pública. É um curso bastante interessante também... Eu acho que foi um curso...

TM - O conteúdo desse curso era bacteriologia e clínica?

---

<sup>1</sup> Instituto de Tisiologia e Pneumologia.

GG - Toda bacteriologia... tuberculose... Era até, mais ou menos 1/3 da área básica de bacteriologia, patologia, anatomia patológica, patogenia; 1/3 para área de clínica, e 1/3 para a área de saúde pública. Era um curso razoavelmente bem dosado. Ele dava condições de uma pessoa que fizesse o curso com perfeição, ter habilidade tanto para desempenhar a clínica médica, como para exercer alguma atividade na área de controle da tuberculose.

TM - E no que diz respeito à pneumologia? Porque já era um curso que abrangia pneumologia e fisiologia, dentro dessas idéias desse curso...

GG - Mas a pneumologia era uma coisa muito pequena.... era uma... uma das disciplinas do curso - o curso era dado por disciplinas -, era o curso de... outras pneumopatias não tuberculosas, que era dado na Policlínica do Rio de Janeiro, mas a duração era pequena, era mais uma ilustração do que na verdade uma formação.

TM - Que pneumopatias apareciam no curso importantes?

GG - Aí dependia do professor que ministrava a aula. Os professores foram Blundi, Isnar... As pneumopatias que mais frequentemente mencionavam foram das obstrutivas crônicas, asma, bronquite, emfisema, e depois o câncer de pulmão. A influência do professor em geral define a temática, a disciplina.

TM - E era um curso com financiamento, com bolsa, como era isso?

GG - Tinha bolsa do Ministério da Saúde, uma bolsa... era um curso de tempo integral.

TM - E era dada onde?

GG - Descentralizado. Parte na Universidade Federal do Rio de Janeiro, e uma parte de pneumopatias na... na Policlínica, o Ministério da Saúde dava uma parte do curso... A bacteriologia era dada no Laboratório Central, a parte de patologia era dada por Poppe de Figueiredo, aqui no Hospital de Curicica e na rua do Resende e... a parte de epidemiologia geral foi da fundação... antiga... era escola... naquela época já chamada de Escola de Saúde Pública (?) E o restante, a parte específica de epidemiologia no Ministério da Saúde na rua do Resende.

TM - Quanto tempo era esse curso? Um ano?

GG - Um ano letivo. Dez anos de calendário... um ano letivo, dez meses de bolsa.

TM - E como era nessa época... Naquela época, como você via a dinâmica do atendimento ao tuberculoso no Rio de Janeiro?

GG - Era uma coisa muito caótica, porque eu acho que continua muito caótica até hoje, em termos de qualidade eu não vejo melhora muito grande. Eu trabalhei na parte de atendimento no dispensário escola da rua do Resende, no Hospital Santa Maria; em Campos, no hospital que tem lá, eu agora não... Ferreira Viana... um hospital lá. E no ITP

na área de tuberculose. Desses todos aí o ITP tinha um bom padrão de atendimento. Na área do dispensário escola... eu chamava escola, mas a escola não era tão boa para ser seguida... Para ter uma idéia, a gente tinha uma quantidade muito grande de médicos, podia fazer uma boa relação médico paciente, mas a gente é que entrevistava os doentes depois deles terem passados por vários médicos, a percepção clara, é que a maioria dos médicos não estava presente no momento da entrevista com doente. Tem um caso que me marcou muito. Era um doente que no dia da alta, a gente foi falar com ele que... "Ah, tá ótimo para você, finalmente você ficou curado, depois desse tempo todo aí. Como foi isso aí? Você acredita?" Aí ele disse: "Ah, hoje eu já acredito sim". "E por que você acredita?" "Porque foi a única vez que o médico falou comigo aqui dentro nesse um ano e meio de tratamento". Porque o tratamento era longo... para se ter uma idéia portanto de qualidade de atenção em termos do paciente, de como ele via...

TM - Isso no ITP?

GG - Não, isso no dispensário-escola da rua do Resende. Que era o dispensário escola do Ministério da Saúde, que era um órgão de treinamento. Então era realmente uma situação... Aqui no Santa Maria...

TM - Era um posto de enfermagem que atendia.

GG - Era... distribuía remédio. Não era bem atendimento, porque também não tinha condições de contato, entrevista... Isso até depois mudou bastante, melhorou muito a qualidade, com aprazamento, e tudo mais. Mas aí, quer dizer, a rotina não era assim. É que no Santa Maria também me lembro, quantidade de doente que não era vista, né? O doente era internado, e não era visto por ninguém. E isso aí, eu passei depois a fazer um trabalho de levantamento da informação, além da área clínica... Então aí, analisando os prontuários... e você tinha doentes que, literalmente, não foi visto na internação. Tinha a prescrição do médico, que era por mês, e isso era tudo que existia e o doente não conhecia sequer o médico dele.

DR - E isso o senhor atribui a que?

GG - Eu acho que é o profissional médico não valorizar muito a atividade que ele está desempenhando. Ele é o tal... achando que basta só dar o remédio e tá bom... E o tempo que ele dedica aquilo é extremamente pouco importante. Ele saia dali vai para outro emprego, outro emprego, emprego.

DR - Eram médicos clínicos? Ou já especialistas em fisiologia?

GG - Aí, aí tinha dois tipos. Tinha o plantonista que em geral era clínico, e o especialista que era o que atendia. O plantonista ficava, mas era um caos, para conseguir que ele atendesse uma pessoa a qualquer hora. Era muito difícil...

TM - Quer dizer, você já pegou uma mudança da ausência do fisiólogo, na medida em que foi introduzida a quimioterapia.

GG - É, já estava sem função e... Aqui no Rio menos, mas lá em Campos a situação era caótica, tinha doente que ficava literalmente esquecido dentro do hospital [interrupção da fita].

### **Fita 1 – Lado B**

GG - ...repetia remédio, repetia remédio, até... alguém desistir, ou o doente, ou o médico, né? Não era por nenhum acordo científico, era por um desacerto qualquer; ou morria, ou o doente desanimava ia embora do hospital, ou alguém pressionava que o doente estava muito tempo e o médico dava alta.

TM - Então, olha só, nós... Você é o nosso mais jovem entrevistado, né? Nós entrevistamos... Nosso acervo é um leque de tisiólogos, vamos dizer, tisiólogos da velha guarda, né? De antes da introdução da quimioterapia, né? E você teve contato com todos eles, o seu trabalho na Campanha... Como é que você vê, quer dizer, não como personagem naquele momento, né, mas como... ouvindo essas histórias desse passado onde o tisiólogo tinha uma presença... Como é que você vê essa diferença de trabalho?

GG - É, eu passo a ver isso lá pelo próprio hospital onde eu estive internado, né? Quer dizer, era uma função de paciente, tinha visita regular, um grau de atenção até maior do que o possivelmente necessário [vozes ao fundo]. Também não era só para mim, era o grupo todo ali, tinha um atendimento, quer dizer, não sei se isso é porque também o responsável, era uma pessoa muito séria, e muito interessada que devia impor esse tipo de ritmo de trabalho. Mas como doente eu recebi uma atenção muito maior do que o que eu vi aqui no Rio de Janeiro ser prestado. Quer dizer, o atendimento lá, no Espírito Santo era literalmente diferente da rotina que a gente assistia aqui no Rio de Janeiro. Aqui os médicos que atendiam com cuidado, tanto em hospital, quanto em ambulatório eram exceção. É claro que existem, e talvez sejam esses que fazem a história. Esses são os que marcam que deixam algum traço. O dispensário escola tinha profissionais e atendiam com um zelo especial. Por exemplo, tinha o Isac Bejgel, José Henrique, são pessoas que... O doente tinha uma ligação de prazer, de gosto, de contato mesmo já na época da quimioterapia é... uma relação muito forte. E o hospital também tinha médicos assim. Nós estamos falando de uma coisa maior, quer dizer, não das exceções, mas de como era o funcionamento do serviço. É claro que isso era tão pouco em quantidade que a média de abandono era alta, então, se todo mundo estivesse atendendo bem, possivelmente, as condições de tratamento...

TM - Você acha que a quimioterapia, ou algum outro...

GG - Eu acho é que mudou foi o médico, né? Foi o médico. O médico de antigamente ele talvez pudesse ganhar a vida melhor do que o médico que eu vivi, quer dizer, ele tinha uma remuneração pela clínica, ou pela atuação liberal... Certamente não era pelo ganho dele de serviço público, que permitia a ele uma vida mais séria, tranqüila e possivelmente com melhores disposição do seu tempo. Esses outros colegas, eles já estavam enfrentando uma realidade diferente, quer dizer, o mercado liberal já era uma coisa muito reduzida e não

atendia a todos que estavam trabalhando. Então o cidadão vivia, na verdade era já de múltiplos empregos, de múltiplos maus empregos. E isso evidente, refletia na qualidade de serviço que eles apresentavam, então você está vivendo dois momentos; um momento onde ainda de grande liberalismo na atuação profissional, e outro momento onde você socializa os erros. Então você obriga as pessoas a trabalharem mal, ganhando mal, então o resultado é precário.

TM - Você localizaria na quimioterapia um corte aí - dentro da tisiologia especificamente, não na medicina -, um corte desse atendimento?

GG - Não, porque como eu disse, tinham profissionais que continuaram executando bem as suas tarefas. É claro que a quimioterapia simplificou, quer dizer, isso acho que resultou até num descaminho. Simplificou de tal maneira que depois de algum tempo como ninguém podia mudar a conduta médica, o que se passou a fazer foi caminhos alternativos para melhorar o sistema de enfermagem, para o sistema de enfermagem corrigir a deficiência do sistema médico. Então, o que a gente via de esforço prático, era tentar passar pelo lado. Em vez de ir para o lado de... do profissional que tinha obrigação de fazer um atendimento, melhorar seu atendimento, fazia uma via paralela de compensação, através da enfermagem. Criou aí um sistema de registro, de acompanhamento, de consulta, visita domiciliar... Isso mais marcado, quer dizer, isso corrigia em parte o próprio hospital, a vigilância de tomada de remédio, a prescrição automática de drogas... Quer dizer, significa então, que na verdade era um caminho paralelo, não um caminho do profissional de saúde mesmo.

TM - E o hospital Santa Maria? Como é que você está vendo aquele hospital?

GG - O Hospital Santa Maria, ... Eu cheguei no momento em que começou o movimento do... liderado pelo Poppe de Figueiredo, pelo Jesse Teixeira, pela melhoria do hospital. Ele cresceu, teve realmente, um período muito importante, quer dizer, ali, como em Curicica se desenharam todas as regras da assistência ao tuberculoso. Daí uma padronização de classificação, a priorização do VT<sup>2(2)</sup>, a dificuldade do manuseio do (?), a escassez cirúrgica... Foram essas... Foram muito feitos pelos dois serviços. E uma liderança marcada do Santa Maria. Porque o próprio Poppe e o Jesse conseguiam...

DR - Ele era diretor do hospital?

GG - Ele era diretor clínico.

DR - Quem, o Poppe?

GG - Era, clínica cirúrgica. O diretor normalmente é uma figura que administrava que impunha um ritmo e o Poppe fez aí uma mudança muito marcada, quer dizer, o número de doentes... ele escolheu uns que foram priorizados para que o resultado do tratamento fosse maior.

---

<sup>2</sup> <sup>2)A</sup> sigla VT significa "virgens de tratamento".

TM - Isso na década de 60?

GG - Isso aí na década de 60. 70... já... isso começou em 65.

DR - E o Poppe de Figueiredo ficou... Faleceu quando?

GG - Entorno de 70... 72, 73...

DR. - Nesse tempo ele ficou atuando no Santa Maria?

GG - É, ele atuava no Santa Maria... Ele tinha três vínculos: tinha o Estado, o Santa Maria, tinha um aqui e um terceiro com a Previdência. Aí o Poppe foi pessoa, que nesse período de tempo, de quem eu me aproximei mais. Tanto no Santa Maria - passei a trabalhar com ele -, como no Ministério. Depois ele me levou para própria Previdência Social, onde eu fiz depois o grande erro de pedir demissão para ficar na faculdade, para não ter mais de dois empregos, eu sempre optei por ter dois empregos, e optei errado. Os salários hoje são absolutamente diferentes.

TM - E o Jesse Teixeira?

GG - E o Jesse é mais na figura cirúrgica. O Jesse foi o meu cirurgião, foi quem me operou. Tenho a marca dele escrita aqui, o "J" no tórax definitivamente, mas ele era um excelente chefe de equipe, e o resultado que ele obtinha nas condições de operação do hospital Santa Maria era inacreditável. E aí comecei a ter contato com ele, também um pelos problemas do câncer, tumores... Quer dizer, foi uma outra área que foi na verdade a introdução ainda muito pelo trabalho dele. Os resultados que ele obtinha no Santa Maria se a gente visse pelas condições, de como aquilo... era mesmo resultado da dedicação dele, do esforço dele e do grupo dele.

TM - Mas ele também trabalhava aqui no Curicica? No Hospital?

GG - Não, ele só trabalhou lá.

TM - Só no Santa Maria?

GG - Só no Santa Maria.

TM - Me diga assim: logo depois de formado, você fez vários cursos.

DR - Conta pra gente um pouco mais sobre a sua doença, que foi tão prolongada e esse momento de decisão pela cirurgia. Como é que foi esse processo até chegar a decisão da cirurgia? Já foi feita já na década de 60 essa cirurgia?

GG - A cirurgia foi feita em 63, foi o processo... aí na verdade eu... Durante um bom tempo eu nem acreditava que ia ficar bom, ia ficar assim mesmo. Uma hora melhor, outra hora pior, as vezes até com sensação de frustração, de cansaço, me sentia muito é... prejudicado por essa doença que me impedia de fazer quase tudo. Isso batendo nos anos jovens, então

foi um período de grandes restrições, né? Toda atividade esportiva, toda... A vida normal de um jovem não pode ser realizada porque a doença não permitiu em momento nenhum.

DR - Havia momentos de recaída?

GG - Ah, momentos longos de recaída... E a decisão também foi uma decisão difícil. Logo vi que era impossível, não tinha assim muita certeza se aquilo ia dar certo não, a sensação é que ia operar e que ia continuar tendo problemas.

TM - Nem com toda essa, essa tradição que fazia o Jesse de sucessos?

GG - Mas ainda eu não era médico. Eu não era médico. Eu não tinha nenhuma avaliação disso. A minha idéia era como doente... Eu sabia que ele era um excelente profissional, mas o que ele era capaz de fazer, eu não tinha essa medida... Mas eu tinha certeza que ele operaria bem.

TM - O senhor fez a cirurgia no Santa Maria?

GG - Na Beneficência Portuguesa, era o local onde ele operava. Santa Maria ele operava o pessoal da... da Secretaria do Estado... Lá o pessoal providenciará e outros. A cirurgia foi um momento muito difícil ... Mas na verdade... foram momentos assim de uma expectativa angustiante, né? Antes de entrar na sala, eu me lembro do local onde a gente estava, da enfermaria que a gente estava até... a gente descia por um túnel, um túnel escuro que era interminável, para quem estava indo para sala de cirurgia, a sensação é que não estava bem indo para sala de cirurgia (risos) que quando acordei, eu não acreditei... (risos)

TM - Que tinha passado por aquilo.

GG - Passei por aquilo. Se bem que a dor mostrava que eu tinha passado.

DR - (?) (inaudível)

GG - A dor era marcada.

TM - E como era isso... quer dizer, você ainda não médico, você tinha um sentimento ainda muito... da população de fora, né? De fora da medicina. Ainda não tinha instrumental da medicina, com outro tipo de enfoque de observação sobre essa prática. Como você via essa... tanto a própria medicação quimioterapêutica, quanto a medicação... quanto o tratamento cirúrgico?

GG - A medicação, aí eu já... tinha noção clara que ela tinha que ter regras bastante rígidas para poder ser eficiente. E quem não acreditasse nos limites da droga, ela era um fracasso, isso era uma idéia bem clara e... Tanto que nessa última tentativa de tratamento, eu já sabia que o remédio que existia, e que eram experimentais, a gente tinha remédios importados, e depois nem prosseguiram hoje não são usados, não se mostraram tão eficientes que eles eram apenas suficientes para dar uma melhora, para e permitir a pessoa ser operada. Se a operação não desse certo não tinha mais muita coisa para oferecer. Então, essa noção eu

tinha, que aquilo era assim a chance final. Mas secretamente eu torcia para não precisar operar (risos). O exame, o reexame da cirurgia foi um exame que eu torci bastante para dar uma resposta mágica para não acontecer a necessidade. Mas a mágica não ocorre não... a mágica é resultado mesmo de um esforço severo. Mas a expectativa é que ela funcionasse magicamente, a cirurgia desse certo. Para mim deu, mas não dava em todo mundo as condições que eu estava.

TM - Como era tomar aquela batelada de medicação? Se hoje já é uma carga...

GG - Eu nem sei... tinha dia que eu passava o dia todo absolutamente enjoado, tonto, com um gosto amargo, uma insônia desgraçada... Porque eu cheguei a tomar doses incríveis... Por exemplo, a ciclocerina que é uma droga que depois como médico eu vi que era uma boa causa de suicídio, nas doses que eu usava, eram certamente doses muito deletérias. Estava usando acima de 1g ao dia, depois passei a usar 500mg, mais calemicina, que é uma ótima droga pra dar tonteiras. Tonteiras eu tenho até hoje, uma vez por outra eu tenho uma crise... estimulada por isso. E etionamida, que era um senhor gosto de enxofre, a pirazinamida que foi reutilizada..., e uma droga que não existe mais que era o izoxil. Somando isso dava mais ou menos uns 40 comprimidos por dia, que eu nunca deixei de tomar...

DR - Por dia?

GG - Que eu nunca deixei de tomar. Nenhuma droga me fez mal. Mal assim a ponto de impedir a tomada por efeito colateral. Tomei sempre tudo que foi recomendado a usar, sempre com bastante ênfase.

TM - Isso era uma coisa sua, ou você teve uma assistência a ponto....

GG - Era necessidade...

TM - Era uma consciência?

GG - Era uma decisão. E tinha informação, mas tinha uma decisão mesmo de suportar o que viesse. É claro, que sendo enjoado... sentindo mal... você acha que é o remédio está fazendo mais mal do que bem. A primeira idéia sua é não continuar com aquilo, aquela resistência ... Mas na verdade eu perseverei suficiente.

DR - Isso durou quanto tempo?

GG - Tempo total de tratamento foi de mais ou menos cinco anos e meio, incluindo a cirurgia.

DR - Do início da doença, até a cirurgia?

GG - Até... depois da cirurgia eu ainda tomei mais dois meses de remédio e parei.

TM - Por que você falou que a ciclocerina tinha uma atuação suicida?



GG - É porque depois da...

TM - Em termos de droga?

GG - É, aqui no Santa Maria a gente começou a ver doente pular do terceiro andar, quarto andar, sem nenhuma razão. E depois a literatura foi registrando... Aí nós começamos a ver que ela era uma droga extremamente psicotrópica. Dava uma alteração assim, quase que esquizofrênica. E era uma droga que tinha que usar com alguma cautela. Isso passou a ser uma notícia da literatura essa... A ciclocerina de hoje não é a ciclocerina daquela era, é um saldo novo, que já não tem tanto efeito psicotrópico. Mas também era muito pouco eficiente, fazia muito mais mal do que bem certamente.

TM - Eu queria voltar um pouquinho, nem estou querendo avançar muito nas questões dos serviços, porque a gente vai chegar lá. Eu queria que você falasse do seu aperfeiçoamento profissional. Queria que você falasse sobre a Associação Médica do Estado da Guanabara, que tinha alguns cursos de epidemiologia, um de estatística, um de população saúde e desenvolvimento, planejamento... Quer dizer, como é que era essa associação médica, e porque ela te chamou pra fazer esses cursos?

GG - Aí foi por conta da influência de uma outra pessoa que eu passei ... a ficar, além do Poppe... na área da saúde pública, que era o Mário Magalhães da Silveira. Então por influência dele, começou a fazer isso pra discutir, pra poder ter mais um pouco, mais de base até para conversar com ele. Ele era um crítico absoluto de tudo, e um homem extremamente cético, não acreditava que nada pudesse ser bom. Era um homem. Ele sempre se definiu: "sou uma pessoa de pouca fé". Fé no sentido geral. Evidente pela formação dele ele era absolutamente ateu, né? Nem fé em soluções... nessas soluções. E aí uma das coisas que eu estudei isso tudo, é porque a gente estava querendo fazer um desafio de ter uma área de verificação de que a intervenção da tuberculose pudesse mudar realidade. Então a gente estava fazendo a preparação para isso, junto com ele. E a gente viajou muito pelo interior do Estado do Rio, e definimos inclusive, uma área em Macaé, Santa Maria Madalena, e Conceição, Conceição de Macacu... Uma área que a gente podia fazer essa verificação, e já nessa época ele dizia: "Eu acho que só duas coisas a gente pode influir: uma é a tuberculose. Duvido muito que seja tanto quanto a gente imagina, e a outra são as doenças... As pneumonias, que são coisas que a gente possivelmente aqui pode influenciar". Era o foco que ele dava. Isso deu até um projeto, veio o pessoal da Organização Mundial aqui para avaliar como o Maller. O Maller naquela época não era o presidente, ele era o assessor de tuberculose. Então, ele veio... ele, o Pereira, do Chile, que era uma das pessoas de grande expressão internacional na área de epidemiologia. Isso é um trabalho muito interessante, infelizmente não prosperou. Conseguimos terminar o projeto, mas não conseguimos que o projeto entrasse em funcionamento.

TM - Só um instantinho, pra gente chegar lá. O Matos Magalhães ele tinha o que para tuberculose, ou era tinha um curso de saúde pública? Como é que era?

GG - O Mário Magalhães entrou na tuberculose pelos caminhos da revolução. Ele... para não ser cassado foi defendido pelo Hélio Fraga. E ficou com um compromisso, o Hélio

Fraga, junto as autoridades militares de deixá-lo sob controle na Divisão Nacional de Tuberculose, que era onde o Hélio Fraga estava trabalhando. Então, ele ficou lá por isso. Foi localizado ali. Era na verdade quase um exílio profissional por escolha, né? (risos)

TM - Mas olha só, esse curso que você fez na Associação... É Associação Médica do Estado da Guanabara?

GG - Mas a Associação só dava nome, as pessoas faziam os cursos e registravam pela Associação.

TM - Ah, registravam lá, tá.

GG - A associação não tinha uma atividade, não era importante, não era uma Associação que permitia que os seus associados se congregassem. Ela facilitava... e para permitir o curso...

TM - E como era... É o seguinte: esses cursos que você fez na associação em 1967, não eram cursos únicos de contato com a fisiologia. Eram cursos de saúde pública.

GG - Por essa influência do Mário e porque...

TM - Sim, mas a sua opção por fazer esses cursos?

GG - Por isso, porque a gente estava se preparando para fazer uma área de verificação.

TM - Sim, esse "a gente", quem é? Quem esse é "a gente"?

GG - Eu, eu.

TM - Ah, ligado aonde? O senhor já estava formado...

GG - Já estava trabalhando no Ministério da Saúde. Logo que eu formei no primeiro ano eu vim para o Ministério da Saúde. Foi o emprego que eu tive. Ficava lá, e trabalhava voluntariamente no ITP. Era um trabalho grátis... Quer dizer, o trabalho era no Ministério da Saúde, aí entrava o Poppe e o Mário. Os dois estavam aí, por isso o contato com ele, já era um contato profissional. Isso é o caminho que ele dava, além de forçar a leitura dava para fazer uma coisa ou outra, para você começar a ter interesse específico. E uma das alegrias do Mário era ir para conferências ou encontros para bater nas pessoas; bater porque...

TM - Bater em palavras?

GG - É porque ele tinha uma capacidade de... de discutir muito grande, um conhecimento bastante abrangente, então ele tinha... Desafiava as pessoas. Eu me lembro aí tinha um curso do David (?) que estava introduzindo o planejamento na época, um peruano, que uma das alegrias dele era ir bater nisso... Discutir para ir destruindo as coisas (risos) que o David apresentava. E na verdade também pelo embasamento baixo que a pessoa oferecia, muito

mais era... uma fantasia do que uma verdade. Então ele ficava destruindo essas falsas verdades.

TM - Você fez também um curso na Escola de Pós-Graduação Carlos Chagas?

GG - É, isso é um cursinho sem maior significado. Eu acho que são coisas...

TM - (?) (inaudível)

GG - São cursos... Uma coisa ou outra que motivava o interesse.

TM - E o curso da OPAS, na Venezuela?

GG - É, esse foi um curso bom.

TM - Fale um pouquinho sobre ele.

GG - Foi um curso de... Na época eram quatro meses de duração... E foi um curso que deu todo embasamento teórico, sistematizado e atualizado em termos de controle da tuberculose.

TM - Era um curso de epidemiologia e administração?

GG - Epidemiologia e administração em tuberculose.

TM - E como é que você foi fazer esse curso? Não foi seleção... O Villas Boas, o Villas Boas era da seção regional, né?

GG - Isso aí... Nessa época eu já era um dos... dirigia uma área dos chamados dispensários escolas. Então já era uma pessoa que estava pensando nesse curso, de verificar... Nessa área de verificação e estava sendo preparado. A indicação foi mais por aí. A indicação era do Ministério, era área do Ministério e não houve seleção, houve indicação.

DR - Da fisiologia do Brasil foi só você?

GG - Foi só.

TM - Aí tem uma passagem muito interessante no Museu de Imagem e do Som. (?) (inaudível)

GG - Museu da Imagem do Som é a mesma coisa... É um órgão que facilita o curso, não é um órgão.

TM - É um vôlei à parte.

GG - Não, isso... não é direcionado. Direcionado ao curso.

DR - Ah, tá. Mas é um curso dentro da área médica.

GG - Dentro da área médica. Fora desse aí, não tem no curriculum, mas pelos idos de 70 eu comecei a fazer economia também.....

TM - Ah, é?

GG - Mas... não terminei não.

DR - E por que?

GG - É, porque não achei vantagem, não achei necessidade.

TM e DR - [inaudível]

GG - É porque estava nessa área toda, discussão de capital trabalho e... Então estava querendo ter um pouco mais de base nisso...

DR - A influência do Mário Magalhães...

GG - É, exatamente.

TM - Então olha só, nas suas experiências profissional como médico [vozes ao fundo]. Então, sobre a sua atividade profissional, assim que você se formou já estava direcionado para tuberculose, como foi... Queria que você falasse um pouco mais desse seu serviço profissional, já que você...

GG - No início... no início fiz logo... depois de formado eu já fiz o sexto ano na especialidade. Depois de formado o primeiro ano fiz o curso de fisiologia clínica sanitária. Depois disso veio o primeiro ano de bolsa, depois é que obtive o primeiro emprego. Foi em janeiro de 1965 no Ministério da Saúde, daí em diante só percorri os caminhos da tuberculose.

TM - Sim, mas... você também tem um consultório, o consultório entrou na sua vida quando?

GG - O consultório entrou em 1973... Durante esse período aí eu sempre tive dois empregos. Quer dizer, fora o trabalho voluntário na universidade, eu tinha um emprego no Ministério da Saúde, e depois... o Estado da Guanabara que era o Santa Maria. Depois eu fiz um concurso para o Estado do Rio. Saí do Estado da Guanabara e fui para trabalhar - porque o salário era melhor-, em Campos. Depois eu fiz um concurso para o INAMPS, fui trabalhar com Poppe, saí de Campos. Depois eu fiz concurso para faculdade, saí do INAMPS pra faculdade, que é um erro, que eu nunca me perdôo...

DR - Por causa do salário?

GG - As condições de trabalho lá também estava um horror. Então, a universidade não me ofereceu muita coisa não, eu fiquei...

TM - Você trabalhava no ITP?

GG - É.

DR - Como foi esse trabalho no ITP?

GG - No ITP o trabalho mesmo eu comecei em 70... 69, no fim de 69, 70. Foi um trabalho mesmo de clínico. Eu durante quase quatro anos chefei a parte clínica da instituição... Era chefe de clínica... que chamava assim na época. Até o momento que eu voltei aqui para o Ministério.

TM - Isso já em 70. Mas vamos começar pela... pelo seu trabalho no Ministério da Saúde. Você já entrou no Ministério, já existia a Campanha, já entrou na Campanha, você foi chefe do dispensário escola do SNT <sup>3(3)</sup> durante um tempo. Naquele momento como é que estavam estruturados os dispensários, quais as atividades do dispensário?

GG - A atividade era basicamente a atividade assistencial e... de busca passiva de casos. Nossa idéia aí foi contando com as lideranças que a gente tinha lá dentro, que era o Isaac e o José Henrique de desenvolver o trabalho. Então nós até, fizemos primeiro a estruturação física nova, botamos aqueles acréscimos, que depois passaram a existir, dando melhores condições de "box" para atenção do paciente, e começamos a fazer esse levantamento junto aos doentes - isso acompanhado de um serviço social e enfermagem -, no sentido de reciclar o profissional que estava atuando lá. Na área assistencial acho que nós conseguimos uma mudança muito grande. Quer dizer, o dispensário passou a ficar mais ou menos dentro dos padrões esperados. Com taxa de abandono bastante reduzida no seu geral. Para se ter uma idéia, o tratamento de doze meses, que era o que todo mundo fazia, tinha taxa de abandono, naquilo que se chamava distrital que era é na área de atuação 7%. E na área distrital que era doença que vem da baixada ou qualquer outro ponto, mas basicamente baixada, estava 2%, que é igual a média nacional que a gente tem hoje. Então, ele vem de um abandono próximo de 50. Alguma mudança... Mas além disso, enfatizou muito a área de prevenção.

TM - Agora...

## Fita 2 – Lado A

TM - Entrevista com o Dr. Germano Gerhardt.

DR - (?) qual a sua avaliação sobre essa taxa de abandono pequena, né, considerando um tratamento de um ano e meio...

---

<sup>3</sup> Serviço Nacional de Tuberculose.

GG - Um ano.

DR - ...um ano, mesmo? E deslocamentos que essas pessoas tinham para vir ao dispensário.

GG - Eu acho que foi a motivação, quer dizer, a sensação de você... ter de atender bem os doentes. Os médicos que atendiam mal a gente foi retirando do atendimento, separou e colocou fora do serviço. Então ficou um grupo profissional que atendia bem. Isso dava motivação, e depois havia um grande serviço de vigilância, controle dos casos de monitorização; o doente faltava num dia, no dia seguinte a gente tinha qualquer comunicação com o doente, e se a comunicação não funcionasse existia um veículo que deslocava o que se chamava de visitadoras sanitárias, para ir na casa do doente. E além disso que é já é curativo, tinha sempre as visitas profiláticas: doente era escrito além de fazer a entrevista médica, enfermagem, o serviço social, que foi aí que se introduziu três profissionais atuando sobre o doente. Quer dizer, então havia tríplice intervenção, cada um voltado para sua área é... Se fazia também a prevenção, confirmar o endereço do doente, levantar o problema da família do doente, providências junto a família do doente, facilidade para essa família ser atendida... Então isso gerava um vínculo de retorno ao serviço, porque era um lugar onde ele ia ser atendido, não tinha que esperar demasiado, tinha... os seus problemas iam ter solução... Isso criou um vínculo, eu acho que a base foi essa... E além da área assistencial, aí também a gente mudou, para fazer um enfoque de busca ativa de casos. Nós fizemos um trabalho em todas as favelas do centro. Levantávamos a população favelada, íamos com unidades móveis de raio-x é... fazer o diagnóstico radiológico e tuberculínico. Então, nós fizemos aí durante cinco anos inscrição de todas as crianças infectadas. Para ter uma idéia do nível de atuação disso em todas as escolas as crianças foram verificadas quanto ao teste tuberculínico. Fazia-se quimioprofilaxia, vacina BCG; só era oral, não era injetável - a injetável começou na década de 70 -, mas era um recurso que tinha, e... o diagnóstico precoce, quer dizer, para ver se as condições de favorecer existirem. Aí também me lembra um outro episódio que me marcou. No morro chamado Favela - que dá origem a favela como termo genérico desse aglomerado urbano -, a gente chegou lá para montar o circo para trabalhar, chamava os líderes comunitários, conversar... "Ah, Dr. isso que você está fazendo é festa, você vem aqui faz esse levantamento depois nunca mais a gente sabe de vocês, isso aí é só para algum interesse de vocês tem, não interesse que vocês têm na gente". "Não a gente está atuando aí, fazendo visita, faz..." E aí conseguimos convencer. Isso demonstrava o que era a expectativa deles com relação a essa intervenção, do sistema de saúde, era uma coisa esporádica, e que não refletia nenhum benefício para eles. Alguém, que queria... na hora algum movimento, algum levantamento ou alguma prova de alguma coisa, e não uma coisa continuada, estruturada que fosse garantir a eles alguma vantagem nessa atenção. Mas depois, nós tínhamos até facilidade. A gente conseguia até circular nesses morros que já eram perigosos no sentido de... sem nenhum risco, as pessoas eram até protegidas.

DR - Essa era a equipe do dispensário que vocês trabalham ou vocês tinham outras, outras (?).

GG - Essa equipe era um trabalho bem vertical. Extremamente vertical... do dispensário. A gente fazia triagem para os outros programas. Os outros programas não eram atendidos para... pelo dispensário. Eram equipes de visitadoras, enfermagem, serviço social, tudo do

dispensário. Serviço altamente vertical.

DR - Vocês encaminhavam para o centro de saúde local, era isso?

GG - Era, o dispensário ficava ligado dentro do centro de saúde.

TM - Sim, na rua do Resende?

GG - É.

TM - Mas nessa época já se tinha uma rede de centros de saúde?

GG - É.

TM - Como era essa triagem?

GG - Nós estávamos trabalhando na área. Ali estávamos trabalhando na área do centro de saúde, quer dizer....

TM - Nova Iguaçu...

GG - Não, em Nova Iguaçu, a gente só recebia doentes, só não mandava o doente embora. Atendia o doente ali, porque... sabia que as condições...

DR - Essa busca ativa era só na área de atuação do centro de saúde...

GG - Só na área de...

TM - E sendo um dispensário escola, ele fazia...

GG - Na área de tuberculose...

DR - Só naquela área ali... Ou ele fazia capacitação de recursos humanos para o resto da rede de centros de saúde?

GG - Não trabalhava vinculado ao resto da rede. Tanto que a gente atendia ao doente de fora, como se fosse um doente da área. Não fazia discriminação nesse aspecto. A proporção era em geral de quatro de fora para um da área. A proporção era muito maior... E atendia tuberculose pulmonar; adulto, criança com tuberculose pulmonar, fazia tudo... Nessa área de tuberculose fazia tudo.

TM - E como é que estava funcionando essa...o resto do país. Vocês já tinham essa visibilidade?

GG - Já, já... A visibilidade era de absolutamente... fracasso. Aí também logo nessa época, através do ITP, a gente já estava numa pesquisa de quimioterapia, que era multicêntrica, era uma pesquisa internacional, quer dizer, a gente estava acabando de concluir a

experiência que reduziu o tratamento de 12 para seis meses, estava começando uma investigação de uso. Duas investigações: uma de uso do TB1, como esquema alternativo; e outra, em 1967, de introdução da rifampicina, que era aí pra... o retratamento de doente. Então aí, a gente tinha uma idéia muito clara disso, porque o trabalho era multicêntrico. Então a gente visitava as unidades de saúde, mesmo que não fosse uma função do trabalho, visitava para eleger. E a maioria era precaríssima, as condições de administração da unidade eram precaríssimas, quer dizer, é... as condições humanas de atendimento, as condições da unidade, o tempo dedicado a atenção ao doente e os resultados são reflexo disso. A gente conseguiu eleger cinco unidades, em que os médicos tinham interesse. Então, as unidades de pesquisas eram sempre aquelas. Na verdade, eram os médicos que tinham interesse; uma em Nova Iguaçu, uma em Campo Grande, e o Dispensários Escolas e mais duas unidades da... do Rio de Janeiro. Quer dizer, isso...

DR - Quais unidades? Você lembra?

GG - Eu me lembro que uma era... Silveira Martins, agora a outra, eu não conseguiria dizer com precisão agora não, porque dava um número pequeno de doentes...

TM - Essas unidades...

GG - O grosso dos doentes era Nova Iguaçu e Campo Grande.

TM - Essas unidades só foram em termos de rede incorporados depois com o programa?

GG - É...

TM - Nós vamos chegar nos programas mais tarde, é só para situar em termos de...

GG - Elas aí... Tudo isso era um trabalho realizado pelas unidades do Rio de Janeiro. Inclusive, de Nova Iguaçu, era uma unidade do Estado do Rio de Janeiro, e as unidades do Rio de Janeiro, eram do Estado da Guanabara. Então, era administrativamente não dependente uma da outra, e... aqui no Rio de Janeiro essas unidades não faziam uma rede especial, elas... nem a federal tinha um vínculo muito forte com isso. Isso era só um acordo para a pesquisa; quer dizer, se fazia ali uma... dava condições de colher o escarro, de controlar o doente, de fazer visita, enfim, condições de atendimento.

TM - E você foi chefe desse Dispensário Escola durante um tempo, como é que foi essa sua gestão como chefia? Foi essa administração que você estava empreendendo?

GG - Essa idéia aí, acho que para mim, como trabalho, foi um dos trabalhos mais lucrativos, porque foi uma aproximação muito grande da população propriamente dita, né? Das necessidades, que eu... você podia ir percebendo o que a comunidade apresentava. Foi um período aí de muita alegria profissional... muito rico; experiência humana muito proveitosa. Do Dispensário Escola, eu passei a chefiar o Serviço de Epidemiologia, já aí do então Serviço Nacional de Tuberculose e da Campanha.



DR - Ainda do Dispensário, o senhor avaliaria que o dispensário tinha o controle dos casos de tuberculose na área de atuação dele?

GG - Tinha, mas pelos levantamentos porque a gente fazia cadastro tuberculínico, e cadastro radiológico. Então a gente na verdade podia quase definir prevalência real... prevalência oculta. Então a gente tinha um grau de precisão muito grande, a incidência que a gente determinava era certamente muito próxima da verdadeira, quer dizer, por essa razão de ir em vários lugares buscar, né? Tem uma única dificuldade que é uma população nômade do centro da cidade. Na verdade, não são residentes do centro, são pessoas sem endereço, biscateiros etc., etc. que dava então o endereço dali na expectativa de serem atendidos e moravam naqueles aglomerados urbanos que tem ali no centro... que morava... Ia lá um dia e não voltava no outro porque não tinha dinheiro mesmo, eram quase albergados.

TM - E... depois que você saiu do Dispensário? Quem o substituiu? Como é que ficou a orientação?

GG - Isaac Bejgel. Ele manteve o trabalho...

DR - É Isaac...

GG - Bejgel, B-E-J-G-E-L. Ele era um dos excelentes médicos que tinha lá.

TM - Ele acompanhou todo esse serviço que você tinha implantado?

GG - Todo. É... ele já excedia. Ele trabalhava ali e no SUSA, que são Unidades Sanitárias Aéreas, com o Noel. Então inclusive ali a gente aprendeu muito em relação ao cadastro torácico... Ele era leitor de raio-x do SUSA. Era uma pessoa de muita precisão, na interpretação radiológica.

TM - Ele ficou lá durante quanto tempo?

GG - Depois?

TM - É, quer dizer, ele continuou durante muito tempo fazendo o trabalho.

GG - É, talvez uns quatro anos aí. Depois... aí mudou toda a estrutura acabou até... o Dispensário deixou de existir.

TM - Foi desestruturado esse trabalho.

GG - Foi. O Dispensário foi desativado, por volta de 78. O Dispensário Escola passou a ser um serviço do centro de saúde, aí já ligado ao município.

TM - Ele saiu com essa mudança?

GG - Ele foi...

TM - Essa mudança foi o que fez essa saída dele ou não? Como foi essa mudança?

GG - Ele saiu antes. aí era cargo de chefia e cada diretor eleger seus. Então numa dessas mudanças de direção - eu não saberia precisar de quem, talvez o Nutels -, passou a ser um outro, que também era bom, que era o Zé Henrique. Mas depois aí, adiante, já no período do Gabriel, o Dispensário passou a ser é... desativado para ser integrado como um serviço do centro de saúde.

TM - Aconteceu da mesma forma com outros dispensários, que foram vinculados ao serviço de saúde, como é que foi essa mudança de dispensário para centro de saúde, como é que você vê isso, essa formação?

GG - É, eu acho que isso ocorreu até um pouco antes. Isso ocorreu... Primeiro porque era a regra da literatura. Experiência. Porque os hospitais não eram capazes de resolver o problema de todos os doentes, você conseguia só internar uma fração. Mesmo com prioridade na internação, você internava doentes, três, quatro meses, as vezes dois tinham que continuar isso. Então isso existiu... um imperativo, a necessidade para atender a maioria e melhorar os serviços. Isso só era possível, começando a ampliar o número de atenções ambulatoriais e já aí, começando a... desespecialização. Nesse momento, quando os esquemas passaram a ser padronizados, diagnóstico começou a padronizar, tuberculina passou a padronizar, quer dizer, os instrumentos foram padronizados, então começou a sair do nível do... da necessidade do especialista de atender, e passou a ser factível. E algumas experiências brasileiras, nessa época, eu me lembro bem, já a Fundação SESP<sup>4(1)</sup>, fazia com seus serviços é... começou com alguns poucos depois foi alargando, começou a fazer a introdução do controle da tuberculose por não especialistas. Então você já começava a ter dentro do país um corpo de doutrinas que permitia que essa, essa política fosse bastante incentivada, essa linha foi muito claramente colocada, mais ou menos, em 1973, quando passou a ser a prioridade do serviço a redução dos hospitais, é... para se ter idéia aí, existiam uns 26 mil leitos nesse momento. E nessa era, nesse momento histórico se tinha já um instrumento para tirar do especialista: implantação dos serviços gerais com a experiência do SESP; com algumas experiências da Previdência; e... atenção ambulatorial já consagrada e... Você então começou a linha de retirada hospitalar, implantação em unidades gerais, ou seja, interiorização e integração do controle da tuberculose. Até essa época o interior não era assistido, isso era uma doença assistida nos grandes centros. No interior o camarada vinha... O Espírito Santo registrava da Bahia, mais ou menos um quarto dos seus doentes na cidade de Vitória. Para se ter uma idéia de como as vezes tinha deslocamento de população para ter atenção de saúde. Então isso pensando em interiorizar já nesse momento, se resolveu implantar os serviços gerais, tirar do especialista, redução da atividade hospitalar, incentivo a atividade ambulatorial. Na verdade, o primeiro incentivo ocorreu em 67. Nós tivemos oportunidade então de apresentar um trabalho, dezessete unidades brasileiras cujo o resultado de tratamento foi de menos de 2% de abandono, na média, unidades de várias partes do país. Então isso aí era para incentivo a política de atenção ambulatorial que precisava ser também, evidentemente com

---

<sup>4</sup> Fundação Serviço Especial de Saúde Pública.

reorganização administrativa, com treinamento com tudo mais. Mas o primeiro alicerce ocorreu aí. Daí veio a experiência do SESP, e a experiência da, da... da Previdência.

TM - E a experiência do SESP?

GG - A experiência do SESP foi muito boa. Atendimento de diferentes unidades do interior com médicos não especialista, com resultados iguais ou até melhores que os obtidos pelos especialistas nos grandes centros. Só com a padronização de esquemas, padronização de diagnósticos... E eles eram rígidos, eles só atendiam doentes, que moravam, no que eles chamavam distritos deles. Quer dizer, o extra-distrital do SESP nunca foi atendido pelo SESP. Então, as vezes você morando a cem metros tinha que buscar socorro em outro ponto, nem sempre era possível.

TM - E a quimioterapia nessa época? Quer dizer, a discussão da quimioterapia já estava ...

GG - É, a quimioterapia já estava com suas regras todas definidas.

TM - Como assim? Tinha-se alguma dificuldade em adquirir essa medicação? O Estado conseguia manter os seus...

GG - É... o esquema rifampicina, isoniazida, pirazinamida isso não era assim... Era o Estado no seu conjunto, mas não o poder Federal. Porque aí havia já a noção clara do que era a quimioterapia chamada correta, as regras, os seus limites, quer dizer, que um erro podia determinar, e já estava muito claro, e já...começando a ser bastante difundido. Mas o Estado em si, o Federal, não tinha reservas de dinheiro. Mesmo para esse atendimento de população de grandes centros. Os estados federados é que compravam; o Estado do Rio comprava a sua remessa, São Paulo comprava o seu e assim sucessivamente. O federal fazia uma coisa muito supletiva e quase destinada as áreas pobres do Nordeste.

TM - Mas no Rio podia se manter essa...

GG - Mantinha-se. Remédio não faltava para esses doentes... não era tão fácil quanto... Mas o remédio standard não faltava era... existia remédio para tratamento, primeiro tratamento existia, ainda se conseguia muito para retratamento, aí já era muito mais difícil. Mas com o dinheiro dos estados.

TM - E a relação ... centro de saúde ambulatório?

GG - Acho que a primeira... Só fechando... A primeira vez que saiu pra unificação, foi nessa época de 73 - e aí... é realmente por isso é que é um marco -, além de sistematizar esse processo de interiorização, de descentralização, redução hospitalar e... interiorização, aí se padronizou o esquema de tratamento. E o federal comprou remédio para distribuir a todo mundo que desejasse. E infelizmente, porque o dinheiro era pouco, o esquema de opção foi um dos esquemas resultantes daquela investigação de quimioterapia com TB1, que era um esquema de fraca potência e com muita toxicidade. E mesmo o Estado pode, durante uns três ou quatro anos, comprar isso para todos os doentes. O que acontecia é que as unidades federadas tinham dificuldade na aplicação. E por outro lado também os estados

ricos não queriam o esquema de pobre, que era um esquema apto para os países africanos e asiáticos. E tinham os seus próprios esquemas; a Previdência nunca usou esse regime, mas naquilo que era da competência do governo federal ela nos estados que desejava ela comprou remédio regularmente.

DR - Ela comprava mediante a requisição do estado? Ou fez um estoque?

GG - Era, era um programa exclusivamente nacional. Faziam uma previsão estocava e distribuía. Isso antes da CEME até isso não era ligado a CEME. A CEME...

TM - Então de qualquer forma era (?)

DR - E aí teve alguns problemas de desperdício de medicamentos, sobra de medicamentos, a medida em que os estados mais ricos, como você falou...

GG - Mas não se mandava.

DR - Os ricos montavam seus próprios...

GG - ... aquilo era por solicitação. O estado não pedia não mandava.

TM - O estado que optava por fazer uma determinada linha de medicação...

GG - Dele mesmo...

TM - ... mais cara, dele próprio... Tinha em São Paulo?

GG - São Paulo...

TM - Rio Grande do Sul?

GG - Rio Grande do Sul até aderiu.

TM - É...

GG - Paraná. E até estados que não são tão ricos assim, como Goiás também, que resolveu fazer suas incursões terapêuticas.

TM - E deu certo? Não deu certo? Qual sua avaliação?

GG - A impressão disso aí... resultou um problema muito sério. Tanto que em 1979 quando nós fizemos uma grande revisão nacional, a gente encontrou em São Paulo, cento e tantos esquemas terapêuticos. Se todos fossem bons não tinha nada demais a diversidade... a variedade não quer dizer nada demais. Mas é que os resultados eram precaríssimos. Então eram muitos esquemas e pouco efeito.

TM - E a Divisão fazia uma avaliação técnica da....

GG - Fazia naquilo que era de sua competência. Ela era uma Divisão muito voltada pros estados pobres, porque não tinha...

TM - Como é que vocês faziam essa avaliação...

GG - Porque não tinha (?)

TM - Então uma avaliação no uso de uma medicação fora do esquema dos outros estados era feito pelos estados?

GG - Fizemos pelo federal em 1978, 79 quando se optou para implantar um regime de curta duração caro, e aí nem São Paulo quis comprar. Então aderiu porque o esquema era muito caro em relação ao que eles aplicaram, e depois comprovadamente eficiente. Então não tinha maior lógica, o sujeito abrir mão... Ao lado de fornecer o regime de tratamento se fornecia também é... meios administrativos, recursos específicos para melhoria do programa da tuberculose, desde que entrasse no projeto de unificação das ações. Quer dizer, as ações ficavam unificadas a nível da secretaria é... Mesmo a previdência passava o controle dos seus doentes, quer dizer, o primeiro sistema único de saúde, existiu na tuberculose ainda, e nacional, todos os estados entraram nesse regime, e eles tinham a oportunidade de verificar o trabalho havido, e o trabalho havido era esse: internações desnecessárias, doente que estava no hospital há meses, as vezes só estava oficialmente, porque não estava lá mais. As supervises mostravam muitas vezes que o doente já tinha saído do hospital, e ainda continuava o registro como hospitalizado...

TM - Por que isso?

GG - Era pago, né? A diária... a diária hospitalar e os hospitais...

TM - Hospitais conveniados?

GG - Conveniados. Hospitais cheios, isso aí... Hospital conveniado nunca ficava vazio.

TM - E o Santa Maria também tinha... Nós observávamos algum tempo, que eu trabalhava na secretaria...em tuberculose, uma, uma longa permanência do paciente lá no Santa Maria, era uma internação social, diferente dessa aí, digamos, como é que era essa relação? Como é que você via essa relação do centro com hospital que não tinha leito? Como é que era isso?

GG - Mas aí pra frente ou pra trás? Historicamente, só pra gente localizar?

TM - Pra trás, pra trás... Quer dizer, como é que veio essa relação, conforme os dispensários (só pra dar uma situada) conforme os dispensários foram introduzidos nos centros de saúde? Como é que passou a ser aí... a simplificação do tratamento? O hospital começou a ser menos requisitado. Como foi essa trajetória?

GG - O Santa Maria começou a reduzir seu tempo de permanência na década de 60. Quando criou os critérios de internação e de alta. Como a rede era muito ruim, o que o Santa Maria fez foi criar seu ambulatório. Então, ele dava alta pra continuação do tratamento com ele mesmo. E isso permitia resultados muitos bons, porque ele não tinha mais dependência da rede. Em algumas circunstâncias até fornecia dinheiro de passagem pro doente retornar.

TM - Isso na década de 70, com o Poppe?

GG - 60,60. Na década de 70, eu acho que começou o período de marcha ré. As internações não tinham mais... O ambulatório foi desfeito passou a ser progressivamente integrado. Foi desfeito porque os resultados começaram a ficar ruins, ... Aqui o Curicica também tinha um ambulatório. Quase todo hospital tinha o seu ambulatório para suprir a deficiência da rede. Mas na década de 70, se passou para rede, sem a melhoria da rede, então, o que você teve foi que a qualidade que foi baixando. Isso foi muito mais assim, o uso da ideologia do que uma reforma administrativa. Como não foi feita uma condição de melhoria, as coisas foram para baixo. E o reflexo disso é que o doente ficava mais crônico, mais tempo dentro do hospital, porque ele é um problema social a partir de um certo ponto insolúvel. Sem residência, sem coisa nenhuma, sem condição de sobreviver porque está doente... Então ele passa a ser um problema definitivo e aí passa a residir no hospital. Eu me lembro, tinha um doente no Clemente... nesse lá de Campos... Ferreira Machado, que tinha mais de 15 anos internado no hospital, internado... esse doente, você já não pode mais nem botar ele para fora. Porque ele já não tem laços familiares, não tem condições de sobrevivência, não tem enfim estrutura pra sair do hospital e ter condições de vida. Ele é um residente do hospital, né? A partir desse... Então você tem que fazer um trabalho muito marcado... tinha que fazer um trabalho muito marcado para tirar esses doentes de longa permanência. Mas acho que esse gancho do ambulatório para o serviço geral foi uma questão que não foi adequadamente avaliada. Foi mais feito por fazer, porque precedia de uma reforma. Acho que é diferente do fim da década quando foi feito concomitantemente com força administrativa, treinamento, implantação da quimioterapia. Então foi feito um cuidado... de que a rede melhorasse um pouco. E o estímulo monetário que deu recurso do convênio sempre permitiu um resultado bom. Na medida em que os recursos foram escasseando os resultados também foram piorando. Embora a gente pregue a horizontalização os resultados bons a gente obtinha na verticalidade, quer dizer, os melhores resultados foram obtidos quando o sistema era mais vertical. Quando ele, horizontalizando e saindo sua influência... Quer dizer, verticalizando a ponto de não ter mais dinheiro para dar, só dar o remédio, aí os resultados são os das rotinas de serviços ruins.

TM - Agora, eu queria voltar para uma observação mais individualizada do seu trabalho, quer dizer, da sua trajetória, quer dizer, você, no DNT<sup>5(2)</sup>, você foi... chefe de Serviço de Epidemiologia e Estatística; você já falou algumas coisas para a gente, então eu queria que você falasse um pouco dessa trajetória dentro da Divisão...

GG - É, do serviço... aí eu passei um período...e passei...

TM - Desde o Serviço...

---

<sup>5</sup> <sup>2)</sup>Divisão Nacional de Tuberculose.

GG - ...para a universidade, como trabalho prioritário. Eu fiquei até 72, 72 em diante até 79 fiquei na universidade. Aí como chefe de clínica lá do ITP<sup>6(3)</sup>. Aqui eu vinha para uma função de médico. Fazia mais programa de assessoria do que de trabalho propriamente, dito assistencial.

TM - Isso de 73 em diante. Mas antes disso, quer dizer, entre 70 e 73 mais ou menos, você foi... você chefiou o Serviço de Epidemiologia aqui, do DNT? O DNT era dirigido pelo Edmundo Blundi e depois o Jaime Neves. Como é que foi essa sua vinda, essa sua ida para o Serviço...

GG - Não, eu já estava... saí do Dispensário Escola, que era um órgão do Serviço, para a Epidemiologia. Dentro de um mesmo serviço. Só mudei a função... de um órgão que tinha a função de treinamento e de cumprir normas, para um serviço que era de vigilância. Foi aí que nós produzimos a implantação do BCG intradérmica, quer dizer, acho que na minha passagem pela Epidemiologia e Estatística, o marco que tem é a implantação da vacinação BCG intradérmica [interrupção da fita]

## **Fita 2 – Lado B**

GG - ... isso era uma resistência muito grande. Nós tivemos, antes de fazer a vacina BCG, uns três ou quatro anos treinando pessoas no país inteiro, fazendo a... aplicação de PPD, e BCG seletiva, vários pequenos ensaios aqui no Rio, na baixada... fazendo um trabalho muito sistematizado.

TM - Quer dizer, existia algumas discussões... Porque entrava também nessas discussões com a BCG, que era BCG, o uso indiscriminado, que alguns fisiólogos levantavam essa bandeira, e na discussão... também entra a via de introdução, oral ou intradérmica. Eu queria que você mapeasse essa discussão?

GG - É, aí... o Brasil era o único país que adotava via oral junto com o Uruguai. Que aliás até hoje continua fornecendo alguns elementos não tão vantajosos assim para a nossa vida... episódios recentes... Mas eram os dois únicos países que ainda tinham esse critério, e ...

TM - Eu queria...

GG - ... isso era por conta das lideranças: Arlindo de Assis, no Rio de Janeiro; Manoel Caetano, em São Paulo... que eram personalidades muito fortes e até de violentas, em defesa dos seus, seus pontos de vista. Silveira na Bahia... Então, um grupo técnico forte e disposto a briga. E em geral o outro time não estava tão disposto a briga assim e permitia a coisa ir protelando. Nessa época aí então, nós partimos para um enfrentamento, quer dizer, primeiro criar as condições estruturais porque também não adiantava implantar a BCG intradérmica, sem as pessoas estarem treinadas. Era uma técnica difícil.

---

<sup>6</sup> <sup>3</sup>Instituto de Tisiologia e Pneumologia.

DR - E quem era esse grupo, (?)

GG - Esse enfrentamento foi o grupo da epidemiologia de lá.

DR - Quem era o grupo de lá dos...

GG - Tereza Martins Saldanha... Paradoxalmente uma que favoreceu... era uma da escola do BCG oral, que era a Erotildes Silveira. Mas como era uma pessoa de bom nível, ela criou facilidade até de diálogo com o grupo do BCG oral. Então, ela ia junto, fazia viagem para São Paulo, a Bahia, para fazer a discussão política da questão e aí o diretor então optou então por implantar o BCG, foi uma decisão desse momento.

TM - E qual foi o papel da OMS<sup>7(4)</sup>? Qual foi a opinião da OMS?

GG - A OMS foi, ela veio para reforçar isso. Não é a OMS que fez a BCG, era exatamente o contrário; como a gente precisava de um reforço de opinião a gente fazia solicitação de assessoria, e um seminário que ocorreu nessa época aí, patrocinado pela Fundação Ataufo de Paiva e pelo Ministério que trouxe a OMS. E nisso resultou uma revisão bibliográfica muito marcada... Saiu até um número especial da revista... na revista da Divisão... do Serviço Nacional de Tuberculose, com todos os pontos de vista, os favoráveis, os contra... Isso foi assim... era um marco conceitual. Mas a... isso ocorreu porque havia a decisão de se implantar. Então se tinha que vencer é... as resistências já existentes. Nesse momento já tinha morrido Arlindo de Assis, já era o Magarão, portanto mudou o lado.

TM - O Magarão já era a favor da...

GG - ... a favor da intradérmica...

TM - ... intradérmica.

GG - ... então mudou o pólo. Um dos opositores, que era o produtor, passou a facilitar a produção.

TM - Quem era o perito da OMS?

GG - É... um dos peritos da OMS?

TM - Era o Rosemberg?

GG - Não, o Rosemberg aí ele era contra, do time contra. Ele era... ele e o Manoel Caetano eram as forças contra em São Paulo. No Rio de Janeiro Arlindo de Assis, e na Bahia o Silveira. Eram as principais lideranças de oposição?

TM - Nessa época ele era perito da OMS?

---

<sup>7</sup> <sup>4)</sup>Organização Mundial de Saúde.



GG - Ele era perito na OMS, mas ele não foi... ele veio não... Os peritos, acho que foram: o Maller, o Bica que na época ele era diretor de transmissíveis e... mais uns dois ou quatro produtores Bleiquer, Meier... Que eram os que davam embasamento. Que era para dar embasamento, para fazer a revisão crítica disso. Saiu um livro, um trabalho muito bom. Isso, inclusive, foi contraditado por Manoel Caetano que escreveu quase 500 páginas, quantitativamente muito marcante, mas a qualidade do que ele podia oferecer como contestação não era forte.

TM - E os congressos nessa época?

DR - Professor só um instantinho. Havia quem ficasse indiferentes a esse debate? Eu pergunto isso porque eu tive uma entrevista com o doutor Aloysio de Paula, e ele diz que ... "à discussão sobre BCG é um assunto muito explosivo, eu não quero nem falar sobre isso". Então, eu fico imaginando assim, a dimensão desse debate na época.

GG - Por isso eu comentei que as lideranças contra, eram muito fortes, no ponto de vista não só de doutrina, de temperamento das pessoas combativas, capazes de disputar na voz e no grito os seus pontos de vista.

DR - E como então, o a favor vence?

GG - Primeiro que a história em geral ela, quando longa, ela vence qualquer resistência. Porque a história ocorre com a morte de um, morte de outro, afastamento...

TM - Igual um campo de batalha (risos)

GG - É, você vai fazendo... vai minando... Morreu Arlindo, depois já quando a guerra... Antes ainda da implantação, morreu o Caetano. Aí o Silveira e o Rosemberg já são mais conversáveis, (risos) já eram pessoas que aceitavam diálogo, embora fossem fortes, contra, e tal, faziam discurso... Mas não tinham a veemência verbal explosiva dos outros, os outros, se necessário, partiam para o esforço físico (risos).

TM - Então era mais sério?

GG - Era mais sério.

TM - E os congressos dessa época?

GG - Os congressos eram uma guerra completa. Mas aí a gente passava. Por exemplo, os primeiros trabalhos do BCG que fomos apresentar... apresentamos, e trabalho assim... com muito cuidado. Na época não se tinha muita ainda a introdução do método estatístico. Então a gente introduziu. Todo o trabalho tinha comentário do Edmundo Souto. Quer dizer, criticado pelo Edmundo Souto previamente, o Edmundo Souto, na época era do SESP... Então era um trabalho de difícil resposta, e você mostrava os resultados, né? Uma coisa muito consistente e o desenvolvimento aqui no Brasil, e depois... "Ah, isso ninguém vai

saber aplicar, vai dar muita reação a mostra, porque não acontecia esses fatos". Então passou, e depois o argumento que a gente convencia "Olha, vocês usaram a facilidade como argumento do uso de BCG oral". Nunca ninguém produziu mais de um milhão de doses no país. Que é isso? Uma dose de um milhão, uma vacina de validade de 30 dias não se deve ter vacinado nunca, nem 100 mil pessoas/ano. Quer dizer, isso não representava nada num país que tinha na época quase que 90 milhões, então o argumento é que a facilidade não foi real.

DR - Agora, qual era o argumento central a favor da intradérmica?

GG - Era de que a gente tinha demonstração científica, de que por essa via ela produzia efeito, para evitar tuberculose, meningite, doenças disseminadas...

TM - A oral ela não tinha?

GG - A oral não tinha isso. Os trabalhos da oral são poucos os trabalhos realizados aqui no Brasil, Gilberto, Erotildes, Manuel Caetano, Silveira..., mas trabalhos sem sustentação estatística, ou sem muito controle, quer dizer, não tinham... na hora de uma discussão não tinha suficiente subsistência. Tanto que passados 15 anos isso fica na história, não tem ninguém que defenda hoje BCG oral; este. A não ser que se faça um novo BCG diferente desse.

DR - O Hélio Fraga nessa época estava aonde?

GG - Ele estava na faculdade.

DR - E a posição dele?

GG - A posição dele era com o BCG intradérmico. O começo...

TM - E o (?)

GG - ... o levantamento tuberculínico... Isso tudo aí foi feito sob a chefia dele, que era já uma preparação. Quando fez a tuberculina não fez só pra...

DR - Ele se antecipou a essa...?

GG - Não. O levantamento já era feito para isso, só que ele não era um temperamento de briga então, quando tinha resistência ele ia deixando decidir. E nessa coisa aí por exemplo, a tuberculina ela foi feita visando a implantação da intradérmica. Então, o subproduto que era a prevalência é resultado de um plano de treinamento para a implantação da vacina BCG intradérmica. E como isso existiu, quando alguém decidiu implantou. Quer dizer, isso é um trabalho de três... quase cinco anos, quer dizer, de treinamento... Se fizesse isso assiduamente isso seria um caos, porque os primeiros resultados ruins, as primeiras complicações eram argumentos invencíveis ...

DR - Quando de decidiu já tinha pessoa preparada para a utilizar essa vacina, para aplicar a vacina?

GG - Amplamente preparada. Acho que foi uma questão muito importante.

TM - Uma estratégia, estratégia política, eu diria.

GG - Muito importante. E depois também um produtor nacional, quer dizer, não precisava mais importar a vacina. Porque as primeiras que a gente aplicou eram importadas. É o produtor nacional começou a fazer e acabou. Então você tinha facilidade de produção, pessoal treinado e a decisão de utilizar.

DR - Quem começou a produzir a vacina?

GG - A Fundação Ataulpho de Paiva.

TM - A Fundação Ataulpho de Paiva.

GG - Foi o Magarão. Na Fundação Ataulpho de Paiva. Intradérmica, né? BCG intradérmica.

TM - Quer dizer, nessa discussão toda, o Rio Grande do Sul sempre se colocou até contra a vacina. Como que nesse momento ele estava se posicionando?

GG - O Rio Grande do Sul tinha...

TM - Quem puxava?

GG - ...tinha a resistência do Carneiro, pelas mesmas razões da história, eram ligadas...

TM - O Reginaldo?

GG - ... não, o Reginaldo... o Rio Grande do Norte, nordeste aliás... Era o Carneiro como chefe da escola - excelente coordenador de equipe, uma pessoa de alta qualificação -, mas ele não era tão brigão. Quer dizer, não era dos que resistiam assim tão... demandamente. Mas era um... talvez, um de maior conhecimento científico.

TM - Ele puxava o barco da não vacinação?

GG - Contra.

TM - Mas contra a vacinação em geral?

GG - Contra a vacinação em geral.

TM - O Rio Grande do Sul acabou não assumindo a vacinação BCG.

GG - Não, mas aí, foi depois, isso daí foi depois, quanto a passagem da oral para intradérmica. Depois o Rio Grande do Sul assumiu a vacinação intradérmica... Ele fez a intradérmica, só não fez quando... a primeira implantação não foi no recém-nascido. Nessa época se decidiu fazer no escolar, na idade escolar. Quando se passou da idade escolar para o recém-nascido é que o Rio Grande do Sul não acompanhou. Ele fazia BCG, mas na criança em idade escolar.

TM - E quem puxou esse carro contra, no Rio Grande do Sul? Ainda foi o Carneiro? Contra a utilização em recém-nascido.

GG - Aí já é a equipe de a tuberculose que é o Oti.

TM - Oti?

GG - Werner Paul Oti.

TM - E qual é a base científica dessa?

GG - A base é que o Rio Grande do Sul tinha um excelente programa de controle da tuberculose, com muito... alta cobertura de diagnóstico, de tratamento e que permitia um acesso fácil nos doentes ao sistema. Quer dizer, eu lembro que o Rio Grande do Sul está desde, acho que 1975, com um sistema unificado de controle da tuberculose atendendo em todos os doentes indiscriminadamente, centralizado no estado, com muito bons resultados. Então esse era um argumento. O outro argumento é que a prevalência de infecção no Rio Grande do Sul não precisava, não era... não justifica fazer no recém-nascido. O porquê se tinha na época de conhecimento, com base na literatura internacional, havia essa opção: quando há baixa prevalência, não se faz vacina muito cedo, se vacina mais tarde. Tanto que a Suécia em algum momento chegou a vacinar com 14 a 17 anos. Depois é que se foi ver que a vacina era muito mais efetiva na meningite, na disseminação, que é na baixa idade. Então a decisão de mudar passou a ser pelas suas implicações. Mudou o polo científico, a defesa... a justificativa científica mudou...

TM - Quer dizer a experiência do Rio Grande do Sul, certa forma deu suporte até essa...

GG - Até ela...

TM - (?)

GG - A literatura internacional. A literatura nacional foi aquela que corroborou a experiência que já existia.

TM - Como se comportou o serviço diante dessa, dessa... teimosia do Rio Grande do Sul, em não assumir? Como é que foi essa relação institucional?

GG - Não houve. Houve até um acordo de que o importante era manter o diagnóstico, o tratamento, aceitar o nosso regime, aceitar as nossas condições de controle da tuberculose, mais do que eles vacinarem o recém-nascido. A pressão começou a ser um pouco maior

pra mudança, depois que os resultados comparativos com São Paulo mostravam diferença muito grande. Isso aí já foi uns cinco anos depois.

TM - Eles ficaram cinco anos sem vacinação?

GG - Não, fizeram a escolar.

TM - Não, mas no recém-nascido...

GG - Passaram a recém-nascidos recente. Quer dizer, a partir de 86 é que se começou a pressionar para mudar isso. Essa decisão levou uns cinco ou seis anos para que essa alteração propiciasse realmente a mudança. Mas isso permitiu que o Rio Grande do Sul seja o único estado que pode medir prevalência em vários momentos. Prevalência da defecção, então ficou quase que um estado testemunha da evolução da tuberculose.

TM - E a Campanha? Nós estamos falando até agora da Divisão, como foi trabalho da Campanha nesse tempo? Desde a sua criação até a década de 70, a sua introdução?

GG - É... eu posso falar da época mais vivida, acho que também não comporta falar sobre as outras etapas, porque o depoimento ...

TM - Então como era essa relação?

GG - Nunca vi dois Serviços. É um Serviço, um dirigente e duas possibilidades administrativas. Não existia a Campanha e o Serviço, tanto podia dar... tanto podia ser Maria Gomes, como Ana Maria Acioly, era a mesma coisa, era a mesmas pessoas, (risos), mesma personalidade e... O que tinha era condições administrativas. O serviço oficial tem as regras do serviço público, e a Campanha tem as regras do setor privado. Tinha mais facilidade: de admissão de pessoal, de contratação de serviço, de execução de funções... Então era mais um método administrativo, quer dizer, a Campanha em si, ela nunca foi diferente do Serviço, ela não fez nada particular... Salvo quando existia Serviço que, através das ligas, se tinha uma atuação própria. Mas quando o Serviço existiu... quando a Campanha foi criada, tudo isso passou a ser só um mecanismo de atuação.

TM - Facilidade até financeira.

GG - É, a captação de recursos e sua utilização. Por exemplo, na época de 40 captou muito recurso.

TM - E o ITP nesse caminho aí, da sua vida?

GG - Ah, o ITP funcionava como um órgão de referência, o órgão que dava o embasamento para o setor terciário, quer dizer, uma medicina diferenciada, de qualidade assistencial.

TM - E aí nós estávamos falando da década de 70, né? A partir de 74 já se colocou toda essa luta contra a tuberculose, num programa de nacional de controle, programa que vigora até hoje... Até hoje não, até ontem, eu queria que o senhor falasse um pouco desse ... a

gente já falou na vez passada, mas não como um programa, não nessa dominação de programa. Eu queria que você falasse um pouco sobre esse programa. A implantação... Começou a ser implantado dentro do Serviço?

GG - Mas em que época?

TM - Desde a criação dele, que o senhor fizesse uma história...

GG - Do programa? O programa já vem lá desde 73.

TM - 74, né?

GG - 73, já chamava de Programa Nacional... Foi quando fez o primeiro chamado Plano Plurianual de Desenvolvimento, e neste Plano Plurianual de Desenvolvimento se implantou um programa de controle contra a tuberculose com objetivos, metas e resultados esperados. Aí teve a primeira experiência prática que foi o do Espírito Santo, unificando o sistema. O restante passou a ser ainda programa federal, estadual e a maioria municipal.

TM - Um parágrafo, uma interrupçãozinha... Por que Espírito Santo?

GG - Bem, Espírito Santo porque o diretor da divisão era Jayme Santos Neves, (risos) que era o chefe do programa....

DR - Mas eu acho que ele já tinha criado esse serviço.

GG - Ele já tinha praticamente isso lá... Então, essa experiência..., mas ele... Na verdade ele já tinha isso antes dele ser o diretor. Quando o Blundi era diretor ele já tinha essa proposta em operação, só que ainda não ... substantivada, era... O que tinha era o INAMPS dar um pouco de dinheiro para o programa ser melhorado. Aí passou a ter uma coisa mais, de maior formação ideológica, atuação centralizada. O Espírito Santo tinha um arquivo central que ninguém tinha... Tinha condições bem diferentes da operação dos outros, e era, exatamente o local mais apropriado para você fazer esse tipo de observação. E a liderança muito boa, uma liderança ativa, interessada. Acho que a escolha foi natural. O chefe deve ter...

TM - Reforçou...

GG - Reforço completo, eu digo isso, porque em geral, você revendo os documentos... porque se quer botar como marco disso o Rio Grande do Sul, e não é. Historicamente o Rio Grande do Sul entrou uns três anos depois dessa experiência já estar existindo, e isso certamente com base nela, pela proposta. Tanto que na história, o registro mais justo acho que é o do trabalho feito no Espírito Santo com o Jayme.

TM - E foi... queria que você falasse sobre a implantação do programa, sobre a BCG...

GG - É, depois esse programa começou a ter assim uma sistematização nacional. Mas repare, sistematização nacional - fora o Espírito Santo que estava unificado -, era a

sistematização do trabalho do governo federal, incluindo só o SESP, a Previdência estava fora, portanto, o federal e ministério da Saúde, Previdência não fazia parte do programa de controle da tuberculose. Formalmente sim, mas na prática não, sempre era independente nas suas atuações e nas suas propostas e o federal só conseguia com o Ministério da Saúde atuar nas áreas pobres, mercê da distribuição de recursos, de drogas, enfim... Nunca foi um ministério do sul do país, nem do sudeste, era um ministério do norte e nordeste, o centro-oeste quase não existia. Mas então era... a diferença disso é a extensão desse chamado programa. Quer dizer, a experiência implantada de unificação passou a ser progressivamente adotada por outros estados. O Rio Grande do Sul, depois, 78 o Piauí, Pará aliás, 78 Pará; 79 Piauí, e aí rapidamente todas as unidades federadas. Nesse momento é que eu acho que a gente pode chamar de um programa nacional. Antes a gente tinha um programa nacional... do Norte, do Nordeste e atividade em tuberculose desenvolvida pela Previdência nos estados ricos.

TM - Nesse momento a partir de quando que você considera...

GG - Eu acho que o programa passa a ser nacional em 1980, quando ele incorpora todas as unidades, e... Aí, você tem o quê? Você tem unidades normativas, unidades de sistema de formação é... unidade de direção e a descentralização de execução no nível das secretarias. Que a municipalização não ocorreu. Municipalização é um fenômeno muito mais recente.

DR - Qual é a sua avaliação desse plano, desse programa nacional?

GG - Eu acho que esse foi um... um marco muito importante. Acho que alterou a realidade, né, do desperdício de dinheiro, da hospitalização desnecessária, da ênfase na internação do setor privado, na compra desmedida de medicamentos. Então, quanto a área administrativa os efeitos foram muito marcados. Eu acho que ele foi muito importante, porque ele foi sempre feito paralelamente a uma área de melhoria administrativa e de treinamento, quer dizer, as normas foram muito discutidas, muitos encontros, muitos... seminários técnicos no país inteiro. Então não é uma imposição, é uma adoção, quer dizer, isso é uma questão... acho que é outro marco referencial, outro resultado do programa... E depois de toda essa ação administrativa se teve... que também eu acho, que não horizontalizou tanto, horizontalizou pouco. Ele serviu mais para descentralizar... tirou o foco executivo do nível federal para o estadual...

DR - Descentralizar a execução?

GG - A execução.

DR - E a normatização era centralizada?

GG - Normatização, coordenação central e a informação foi centralizada. Mas ele não foi um serviço... um programa ainda horizontal. Quer dizer, se a gente fosse rigoroso... vai analisar no Pará, tinha apenas um hospital e quatro unidades, lá em Recife atende a um hospital e três ou quatro unidades, quer dizer, não está nos serviços de saúde, rigorosamente, mas é... uma melhora no sentido de que passou um poder mais perto do executor. E também lembrar que nessas unidades todas, nesse momento, nesses

municípios, não existia uma estrutura organizacional para prestar serviço de saúde, não havia como você imaginar que transferir isso que era um poder do estado. O estado é que fazia, não havia unidades municipais, isso é um fato mais recente. E aí, então, nesse momento se começou a poder estender o programa de atividade, mas ainda muito com esse grau de verticalidade, em especialização. Você ia para uma unidade de saúde, você não estava fazendo uma integração verdadeira na unidade, você criava algumas facilidades para o controle de tuberculose, arranjava as vezes o dinheiro, ou facilidade de raio-x... enfim condições de operação que mostrava aí a verticalidade do programa. E acho que aí começou a piorar muito, quando perdeu esse poder todo de vertical - embora numa atuação descentralizada, não no nível federal, no nível já estadual, essa já era uma função do estado - quando ele passou a... ter necessidade de ser descentralizado e integrado. Porque essa integração foi feita sem prévio, novamente sem prévio ajuste, foi sempre assim...

DR - Como assim, esse processo?

GG - As unidades que se colocavam elas ainda tinham reforço estrutural de verbas específicas de tuberculose, pelo menos específica para tuberculose. Aí você perdeu o dinheiro para passar para eles e perdeu a capacidade de treinar e supervisionar. Então você aí horizontalizou mal, o que você fez, foi perder... você não fez um passo para frente, você fez um passo para trás e a consequência é que foi a horizontalização. Mas não é uma ação decidida, quer dizer, se fosse uma ação decidida eu teria que melhorar primeiro as condições de operação lá, para que aquilo fosse harmonicamente absorvido. Ele foi absorvido por falta de quem suporte, né, não havendo quem suporte, quem oriente, quem supervisione, quem treine, claro que vai existir, mas na qualidade que a unidade dispõe. Eu acho...

TM - E quem o senhor poderia destacar como participante dessa comissão que instalou o programa, que acompanhou?

GG - Aí estão todas as lideranças nacionais. Acho que seria até injusto, com qualquer um dar... porque a memória vai lembrar dos que a gente tem maior proximidade, mas não da realidade. Mas que são as lideranças de todos, as lideranças nacionais, todas estiveram presentes sem omissão e com uma participação muito marcado. Os professores de pneumologia; era o Bethlen, o Fraga, no Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia...

TM - Porque o programa tinha uma aceitação forte.

GG - É, tinha uma aceitação... As principais lideranças... Eu acho que isso aí é o... marco conceitual que permitiu ele ser adotado tecnicamente. Administrativamente o marco conceitual é a transferência do poder centralizado, e o marco conceitual técnico é a conjunção de todas as lideranças. É o professor de medicina que tem sua atividade, seu ganho até muito maior como profissional liberal, sair daqui para dar aula em Belém, no interior de Pernambuco em Garanhuns; é preciso um certo nível de motivação senão ele não vai fazer isso, dar essa aula é para pouca gente, para grupos específicos de cada estado. Então isso é realmente uma demonstração de que as lideranças estavam incorporadas ao processo de defesa de tecnologia, dessa tecnologia que estava sendo implantada. E acho



que esses dois são os pontos referencias dessa unidade de atuação, na parte de tecnologia, e a unidade e atuação na função executiva das ações.

TM - E no meio da linha do programa houve mudança do DNT para DNPS. Mudança também da concepção de fisiologia, dentro da pneumologia sanitária... essa mudança teve reflexos no programa? Eu queria que você também falasse dessa mudança propriamente como foi essa...

GG - É... de nome...

Data: 12/08/1992

### Fita 3 – Lado A

GG - ... o Brasil está muito ruim este ano.

TM - Vamos esquecer.

TM - Entrevista do doutor Germano Gerhard, fita número três realizada no dia 12 de agosto de 1992, entrevistado por Tânia Fernandes e Dilene Raimundo do Nascimento. Bem, eu gostaria de começar essa entrevista de hoje, continuando aquele processo da semana passada; fazendo uma retrospectiva, ou uma avaliação mais conjuntural. Eu queria... você se formou em 63, em 64 nós tivemos um dos episódios mais fortes da história republicana brasileira, não é? Eu queria que você nos falasse um pouco disso; da tua vivência, enquanto jovem, diante daquele movimento de 64.

GG - Provavelmente em 64 ele me pegou no primeiro ano de formado, já com o curso de fisiologia em andamento. Nessa época eu só me lembro que... assim, como um fato muito marcante, que com um colega de turma... a gente conseguiu asilo no curso para ele, porque ele estava um pouco complicado, porque ... - hoje é um vereador do Rio de Janeiro, Mário... agora não estou me recordando sobrenome dele. Mas a gente viveu é... um momento histórico, ... Eu tinha ligações familiares com o grupo do Arraes, era contra-parente do Arraes. Os meus contatos com outras pessoas aqui do Rio de Janeiro, isso sempre evidentemente, trouxe vários desconfortos...que foram muito minimizados porque, como eu estava saindo de uma operação, era um pouco é... importante para qualquer um... eu estava fragilizado fisicamente, então não tinha assim pessoalmente nenhum ato que pudesse causar problema. Evidentemente, como para todo brasileiro, aquilo foi um momento de trauma. Uma ruptura de todo um fenômeno institucional, a mudança particularmente, a mudança da forma de pensamento dos governos... Isso trouxe uma questão prática que foi o afugentamento de muitas das pessoas que a gente tinha convívio, por diversas razões. Algumas das quais tiveram que sair do país, ou sair pelo menos de circulação para evitar alguns danos físicos maiores. E logo depois ainda num curso desse aí, ainda em termos de questões pessoais o Fraga tomou posse no Serviço Nacional de Tuberculose e pouco adiante ele me chamou para trabalhar lá, embora ainda como aluno do curso. E naquela época eu então, comecei a conhecer algumas das pessoas que profissionalmente, eram de importância marcada... foi o Poppe de Figueiredo, com quem tive um convívio pessoal muito longo, muito profícuo; o Mário Magalhães da Silveira, que passou a influenciar de forma marcada o meu pensamento, quando saí quase que da área de atenção clínica, que era a formação que a universidade dava, para um pensamento de saúde pública. E o próprio Fraga que apesar de ser um dos membros proeminentes do movimento de 64, era uma pessoa que facilitou e deu proteção a todos que estavam no serviço. Tinha lá outros que tiveram problemas ideológicos; Noel Nutels, e o próprio Mário veio para lá para ser protegido da sanha agressiva da, do... Porque naquela época ele tinha acabado de ser diretor do Departamento Nacional de Saúde, ele era praticamente um vice-ministro, então ele tinha que ser protegido sob a guarda de uma pessoa que era para o

sistema confiável, que foi o caso a solução que o Fraga arranhou para ele; mas do ponto de vista meu isso foi uma influência muito menor de todo esse conjunto porque eu não estava vivendo um momento de saúde física, então estava muito limitado, estava muito mais é... condições de perda de amigos, ou perda de contatos com amigos do que qualquer outra atividade propriamente dita. Eu mantinha só como única atividade... cursava o curso de tisiologia.

TM - Mas qual era a posição do Hélio Fraga? Ele na realidade dirigia...

GG - Ele era um homem ligado ao movimento revolucionário. Ele junto com Renato Muniz de Aragão, eu não sei se na época ele era Ministro de Educação, ou foi Ministro de Educação, nesse período aí ele era uma pessoa de influência nessa área de... No tempo da Revolução ele era compatível com o pensamento que ele sempre expressou, que aliás era um pensamento dominante no Instituto de Pneumologia e Tisiologia, o pensamento de todos os grupos lá não havia muita discordância. Podia haver discordância quanto a forma de fazer, mas não quanto a ideologia política. Você tem lá um outro exemplo de pessoa marcante: o Bethen, que também era uma figura sempre ligada ao centro, ou até ligada à direita. Então era um núcleo que neste momento passou a ter importância, porque albergava pessoas que tinham um pensamento similar. Eu não sei aí o que você quer mais saber de...

TM - Dentro do campo da tisiologia, você acabou de nos dizer, inclusive, que era hegemônico essa posição mais centrista. Mas tinham alguma discordância, que você localizava... algum tisiólogo, algum pneumologista...

GG - É... Tem os que eu já citei: o Noel Nutels sempre foi uma figura diferente no Rio de Janeiro. Que eu me lembre, o Poppe de Figueiredo tinha inclusive uma história de vários episódios de prisão, e... no Brasil, assim, que a gente lembra, que... de importância, posso dizer maior, foi o Rosenberg de São Paulo. Mais assim de expressão, de notoriedade, naquele momento que eu me lembre são esses. Mas o movimento era muito mais para direita... A cúpula da tisiologia. Eu acho que ela embarcava melhor nos doces braços da direita do que no... arregañar mangas da esquerda.

TM - Ao mesmo tempo você falou que teve um movimento pela saúde pública, por onde você começou a caminhar...

GG - Aí não foi um movimento, quer dizer, foi um interesse pessoal pela saúde pública meu...

TM - Sei.

GG - ... por conta da proximidade que eu acabei tendo com duas figuras que trabalharam na área de saúde pública, diferente tipo de atuação que era o Poppe, e o Mário. Mas não era um movimento, era um movimento interno.

DR - Só para entender um pouco melhor essa... de certa forma uma proteção que foi dada ao Mário Magalhães. Ele era reconhecidamente uma pessoa crítica... não comungava com as idéias, com esse pensamento dominante, que você disse que estava colocado na cúpula

da tisiologia, é... Mas eu entendi pelo que você falou, que ele foi colocado, numa área de tisiologia e que pra proteção dele, quer dizer, como é que aconteceu isso, né? Quer dizer, por que essa proteção?

GG - É... eu acho que é porque o Mário tinha a... aura da seriedade, era uma pessoa respeitada e respeitável por todos os segmentos... quer dizer, podia ter a posição firme que isso representava aquela hora assim, um fator que pudesse ser imaginado como perigoso. Então a idéia foi de... isso aliás foi que ele preferiu, foi de isolá-lo dentro de um núcleo, onde ele evidentemente era, absolutamente minoritário. Onde as condições possíveis de proselitismo e de discussão era extremamente limitada. Então a idéia era... deixa-lo uns dias fora de circulação.

TM - Era até uma proteção ao próprio sistema?

GG - Ah, é claro que o próprio sistema... se bem que podia ser de outra forma... ele fez de uma forma menos agressiva possível, eu acho que foi muito por conta da própria característica do Mário Magalhães, que sempre foi uma pessoa que se impunha. Nunca teve um pacto com qualquer coisa que pudesse ser considerada desabonadora. Diferente até de outras personagens da época que, apesar de terem posições de esquerda, as vezes tinham fenômenos, fatos que eram tão abonadores que tiveram outros níveis de complicação. É claro que isso é proteção mútua. Mas aí a idéia era realmente insuflar a capacidade dele de irradiar um pensamento.

TM - É, você falou de um contra-parentesco com o Arraes...

GG - Isso é por conta da minha primeira mulher. Ela era Arraes, então... evidentemente era um contra-parentesco.

TM - E o que significou isso em termos familiares essa relação?

GG - Já... pra mim, pessoalmente, era pouco expressiva, até por conta da formação que a gente tinha. Papai sempre obrigou a gente a ler muitas coisas, entre outras fui ler o capital já nessa fase aí. Então eu já tinha um corpo de pensamento mais ou menos sedimentado. Até porque papai tinha muito interesse em questões filosóficas e encaminhava a gente pra ver, discutir, ele próprio participava dessa formação. Então não houve assim um fenômeno importante na formação, apenas houve assim a... a imagem de um muito que é importante nas suas relações, nas suas formas de agir que claro, servia como estímulo a prosseguir no mesmo pensamento. Mas não teve assim uma coisa muito marcante no ponto de vista de alteração da rota, de mudança de carreira.

TM - E aí, ainda nesse processo, do movimento de 1964, nós tivemos uma resposta a esse processo principalmente no nível cultural, que acaba localizando a Tropicália, como uma questão. Eu queria ver como é que isso, você jovem... como é que esse movimento musical é... 68 em diante... Como foi isso para aqueles jovens, naquele momento?

GG - Isso aí a gente participava de uma série de outros encontros, de movimentos... O musical era uma coisa que eu não tinha assim um contato muito grande. A minha opção

era participação de algumas atividades sociais, é de... encontros de músicas na época que a gente ia assistir como ouvinte. Mas na verdade a música que marcou não foi tanto a Tropicália que era um movimento mais até intelectualizado, e talvez até, embora até extremamente voltado às raízes nacionais, embora na época muito discutido é... foi o Geraldo Vandré, que fez o hino que marcou a geração, que era o "Caminhando e cantando".

DR - "Quem sabe faz a hora não espera acontecer"...

GG - É isso aí com suas versões. Que foi na verdade a música símbolo da juventude que a gente convivia, o restante era mais uma questão quase que um deleite. Ainda não era muito clara que importância tinha isso. A escola do Chico, que a gente escutava, tinha talvez até mais importante que a Tropicália nesse grupo que eu estava vivendo.

TM - Então, outras formas de respostas a essa... essa violência de 64 que você ainda quisesse abordar para a gente ter uma leitura conjuntural mais...

GG - É... acho que aí o que ficou muito claro, nessa época aí, foi o cerceamento de toda atividades é... de liberdade intelectual. Tudo muito direcionado; e o afastamento de muitas pessoas que, certamente, eram capazes de contribuir de forma muito marcada para o país, de qualquer processo decisório, até do processo de discussão. Era muito mais marcado. Isso foi um período muito longo em termos de problemas porque não ficou só nos primeiros anos, tinha surtos, recrudescia em vários momentos, e essas recrudescências quase sempre afastavam os que já estavam começando a ter um... um nível de organização. Então eu acho que o maior massacre que houve aí foi o cerceamento, a possibilidade de muita gente contribuir e a forma como se tirou a discussão intelectual; se passou a focar muito as questões mais factuais, é... valorizando muito o pensamento chamado neoliberal... então isso... acho que foi dessa época, foi o que registra como mais grave, foi o cerceamento e o afastamento da capacidade de produzir e a perda de muitas pessoas que podiam ter feito grandes contribuições. Havia um medo real, não um medo de ficção, o medo era real, e as possibilidades também de acontecer alguma coisa também não eram de ficção.

TM - E você estava na faculdade nessa época já, né?

GG - Não.

TM - Na UFRJ?

GG - Faculdade como professor...

TM - Como professor, professor.

GG - Mas na faculdade essa é... conforme eu te disse, foi um ambiente que a gente convivia, era um ambiente muito é... direitista.

TM - Dos professores?

GG - Dos professores. O próprio núcleo do Instituto de Tisiologia e Pneumologia. Aí o que a gente lembra demais, era participação do alunato, era assim já, dos vários movimentos organizados pedindo colaboração dos professores, para encontros e participação dos professores... Mas nunca assim como uma coisa organizada institucionalmente era sempre muito uma participação de caráter pessoal, é assim uma coisa muito escondida. Uma das pessoas do alunato aí, que marcou para mim que lembro é o Miray Lopes, que foi uma pessoa que teve uma trajetória importante, desde aluno da faculdade, sempre com posições críticas, e posições firmes. Mas a ....

TM - E a faculdade...

GG - A Universidade não facilitou muito a discussão de problemas.

TM - Sim. A faculdade nessa época ainda estava na Praia Vermelha, né?

GG - Não...

TM - Já estava no Fundão?

GG - Não. O ITP nunca foi na Praia Vermelha.

TM - Não, eu sei.

GG - A faculdade estava na Praia Vermelha, ela foi transferida na década de 70.

TM - E você ficava só no ITP?

GG - No ITP, e na rua do Resende, esses dois lugares.

TM - Em termos de universidade...

GG - De universidade era no ITP.

TM - Bem... então eu queria voltar um pouco, depois dessa panorâmica conjuntural, há um ponto que ficou meio obscuro, porque a gente não chegou a perguntar sobre o Instituto de Patologia Osvaldo Pereira, que você fez um estágio. Eu queria saber que instituto era esse? Como que você...

GG - É... isso são os estágios que a gente ia fazendo para cumprir pequenas necessidades, né? Não foi nada importante.

TM - Mas que era o Instituto Osvaldo? Era um instituto público?

GG - Era um instituto público. Eu não... um serviço de... de acho que de discussão de... chamada naquela época acho que de saúde pública, eu não me recordo nem bem disso é muito para trás da memória.

TM - Você fez mestrado também em 72 e 73, pelo ITP não foi?

GG - Foi.

TM - Eu queria que você falasse desse mestrado. E eu queria que você falasse também da tese, que no curriculum não está datada a aprovação dela. Como é que foi esse processo?

GG - Acontece que a tese não foi apresentada, ela foi apresentada, mas nunca foi analisada. Então nunca é... tive o maior interesse em completar. Eu fiz a parte dos créditos é... os dois anos que eram obrigatórios, naquela época, foi o primeiro curso de mestrado, por conseguinte não tinha ainda exigência prévia de residência, ou de especialização, tanto é que cumpria o tempo de fazer o mestrado... residência obrigatória, que era de dois anos... Então por isso o tempo de dois anos, metade do qual destinado a residência, e a outra metade para a realização do curso formal. Eu acho que do mestrado ficou uma experiência muito boa. Acho que nós conseguimos dentro dos valores do curso, e dos outros cursos, quer eram de pós graduação, que eram dados lá, até o nível de organização muito interessante... a congregação das pessoas que permitiu um progresso muito grande de todo o grupo. Nós tínhamos um grupo de estudo que permitiu um aprimoramento muito marcado na área de tecnologia e pneumologia. E foi uma experiência que eu considero muito boa em termos de formação profissional. Mas eu não fiz a defesa da tese, a chamada defesa de tese.

TM - Porque você era ao mesmo tempo professor, e aluno do curso de pós-graduação. Você estava na realidade trabalhando dentro do seu próprio trabalho.

GG - É... porque o mestrado tinha um interesse para abrir o seu caminho no sentido da carreira universitária. Mas eu também não estava muito seguro, de que eu tinha muito interesse para seguir por ali. Nessa época eu estava já, mais ou menos decidido por fazer o caminho mais da saúde pública, então não passou a ser como uma prioridade absoluta, percorrer os caminhos chamados da universidade. Eu já achava que a universidade tinha uns certos níveis de acordos, que superavam qualquer possibilidade de você ter um caminho é... por sua livre escolha, então você tinha que seguir os caminhos que determinados grupos hegemônicos determinavam. Se não estivesse ligado a eles, provavelmente, você seria um estranho no ninho, e sua vida universitária estaria muito é... marginalizada. Eu fiz esse diagnóstico nessa época daí, e eu resolvi que não ia fazer a carreira universitária, ia fazer um caminho diferente desse. Talvez por essa razão também, não completei... deixei a tese, nunca fui defender... Eu pedi para marcar a prova, e... também não tive interesse depois em fazer nenhuma outra seqüência dentro da universidade.

TM - Eu queria que depois você falasse um pouco... Ficou um pouco confuso, a tua passagem por vários serviços, não esses que marcaram efetivamente tua profissionalização, quer dizer, o INAMPS, Secretaria do Estado da Guanabara, a Secretaria do Rio de Janeiro...

GG - É esses são períodos muito curtos. Essa aí... Eu tive uma vida permanente com vínculo de emprego que foi no Ministério da Saúde, desde 65. E em 65 eu fiz concurso, para o então Estado da Guanabara... Aprovado no concurso eu fui trabalhar no Santa Maria. Aí já

porque eu trabalhava com o Poppe na rua do Resende, e para ficar com ele no Hospital Santa Maria. Talvez dois anos depois, eu... saiu um outro concurso para o Estado do Rio de Janeiro, pagava mais que o Estado do Rio, Estado da Guanabara, aí fiz o concurso, fui aprovado, e pedi uma lotação como plantonista no hospital em Campos, e aí fiquei lá um ano e pouquinho.

TM - E aí você saiu do Santa Maria?

GG - Saí do Santa Maria. Nesse momento o Popper conseguiu uma seleção dentro da Previdência, e eu passei nessa seleção e fui para Previdência, e saí do plantão. Pedi baixa desses dois empregos.

TM - Quanto tempo...

GG - Um ano e pouco, mais ou menos, aí fiquei na Previdência. Também não fiquei muito tempo, porque em julho de 69 eu fui admitido da universidade, depois de quatro anos, pedi dispensa da Previdência, fiquei com a universidade e...

TM - Na Previdência você trabalhou exatamente onde?

GG - Trabalhei no arquivo central da Previdência, que era o arquivo que controlava a tuberculose, fazia o controle da tuberculose. Tinha... parte na equipe do Rio e parte e equipe nacional. E isso não era dirigido administrativamente pelo Poppe, mas era tecnicamente, dirigido pelo Poppe, quem era o chefe mesmo.

TM - Então o INAMPS trabalhava ainda com tuberculose nesse momento?

GG - Trabalhava, aí era... Eu tinha um plantão... No Rio de Janeiro, por exemplo, um fichário central, registro de todos os casos... fazia visita aos hospitais, fazia auditoria; a auditoria não só no Rio, mas na periferia também; Minas Gerais, o interior de Minas... Palmira, Santos Dumont... tinha alguns sanatórios que ficavam na esfera de influência aqui do Rio de Janeiro. Então era auditoria e fichário geral, não era um atendimento a doente... A gente ficava na retaguarda.

TM - Era um trabalho de estatística que você também acabou fazendo no Serviço de Epidemiologia, né?

GG - É, mas foi um pouquinho depois.

TM - O Serviço Nacional, você já estava até voltando.

GG - É voltando do curso.

TM - Suas intenções para essa estatística e epidemiologia.



GG - Aí porque eu fiz um curso lá em Caracas que era um curso de epidemiologia da tuberculose. Na volta disso é que eu então passei a trabalhar na área de epidemiologia do Ministério lá na rua do Resende.

TM - E esse trabalho, esse curso chegou a reverter alguma mudança nesse arquivo do INAMPS?

GG - Não, lá, o arquivo, ele já estava bem estabelecido, o que a gente fazia foi conseguir da prática, fazer o arquivo existir. A montagem, era mais ou menos seguindo a mesma montagem que a gente tinha visto com o Poppe no Santa Maria. Então era a repetição daquilo, a classificação do prognóstico dos doentes, o acompanhamento desses doentes... então era o mesmo sistema que a gente tinha visto no Santa Maria e era sob a orientação do Poppe de Figueiredo.

TM - E esse arquivo já tinha perspectiva ou já estava organizado ao nível do patamar superior, ou seja, o INAMPS, o Ministério da Saúde, já tinham um arquivo único não?

GG - Isso era arquivo da Previdência.

TM - Sim.

DR - Em que ano foi esse trabalho da Previdência?

GG - Isso aí foi... talvez 70, 71.

DR - Foram dois anos?

GG - É.

TM - Você ficou quanto tempo então, lá no INAMPS?

GG - Um ano e pouco, nem deu para perceber, não. Foi muito longo não.

TM - O teu ingresso no Serviço Nacional... o Hélio Fraga já estava dirigindo o serviço quando você entrou ou foi antes?

GG - Foi em setembro de 69.

TM - Hélio Fraga?

GG - Não, esse trabalho da...

TM - Da Previdência só.

GG - Esse trabalho todo, foi antes de eu viajar.

TM - Ah, você está falando do...

GG - Antes de ir fazer o curso lá em Caracas. Quando eu fiz o curso é que eu saí por essa razão.

TM - Então o Serviço Nacional... Você quando ingressou no Serviço... Como é que você ingressou no Serviço? Tinha concurso público? Nessa época não era muito...

GG - Não, não havia concurso...

TM - ... muito clássico.

GG - ... Nós estávamos... Nesse momento... o que tinha era que os primeiros colocados e os segundos colocados dos cursos eram admitidos no serviço público através da Campanha. E como eu fui o primeiro colocado eu tinha o direito, e o outro colega foi, ainda está aí Edimir Chaquenton.

TM - É quem?

GG - Edimir Chaquenton. Trabalhou em... em Duque de Caxias. A admissão foi por esse caminho, foi admissão depois do curso feito.

TM - E você foi direto para o Dispensário? Quem dirigia o Dispensários nessa época?

GG - Quem passou a dirigir foi eu.

TM - Você já entrou para dirigir o Dispensário?

GG - Eu fui admitido em janeiro, um mês e pouco, dois meses depois eu já estava como chefe.

TM - E aí com as mudanças da década de 70. Quer dizer, do Serviço Nacional para o DNT, você passou para a epidemiologia do DNT?

GG - A epidemiologia... a DNT acho que até um pouco depois, ainda era SNT, e talvez DNT, não me recordo não, mas isso era uma mudança só de sigla, não tinha nenhuma alteração específica.

TM - Sim, mas de qualquer maneira você saiu do Dispensário e foi...

GG - Não, sai...

TM - ... desse serviço.

GG - ... desse caminho, da rua do Resende, o Dispensário, o curso, e volta para Epidemiologia. E aí já foi na época do Laurênio (?), o Fraga já tinha saído já tinha tempo.

TM - Mas aí por que você saiu do dispensário?

GG - Sai do dispensário porque já tinha... achei que o que eu podia aprender e colaborar já tinha esgotado. E eu queria ter um caminho maior, por isso estava buscando essa outra área.

TM - E como é que foi essa outra área, sua, na Epidemiologia, fala para a gente?

GG - Acho que foi muito decepcionante. O serviço não tinha estrutura, a qualidade do pessoal era também... para fazer qualquer trabalho da Epidemiologia..., você está saindo, você faz uma formação está muito quentinho aí imagina que aquilo será possível de fazer, e de repente você não tem estrutura, não tem nem pessoal... E mais ainda naquela época o Ministério trabalhava só com mortalidade à nível de capital, não tinha mortalidade do país. Os dados de notificação em casos de tuberculose eram esparsos, e não aglomerado e toda a Secretaria de Saúde, não fazia parte a Previdência. Então, você tinha um monte de restrições. Quase o que se podia fazer eram estudos. Eram levantamentos... inquéritos tuberculínicos..... [interrupção da fita]

### **Fita 3 – Lado B**

GG - ... de 70, até 73 um inquérito nacional para ver a prevalência da infecção. E alguns estudos com radiologia que levava a fazer prevalência de imagens radiológicas, depois complementação disso com baciloscopia... Eram muito mais estudos do que organização sistêmica que permitisse uma análise epidemiológica. A informação era muito pouco confiável.

TM - Você ficou três anos nesse trabalho, não, de 70 a 73. O tempo inteiro foram estudos. Mudaram... mudou a direção Laurênio, o Blundi e o Jayme Santos Neves. Essa mudança não acarretou uma mudança do serviço, ou dos outros serviços do DNT?

GG - É... as mudanças, no caso do Blundi, a mudança que determinou, foi a implantação da vacina BCG, que foi feita através do serviço de epidemiologia. Foi... a organização dos trabalhos foi feita através do serviço de epidemiologia, contando com o apoio da Tereza Martins e a Erotildes Nascimento... que eram as duas pessoas defensoras da vacina BCG oral, mas que a gente tem que registrar, foram extremamente importante para introdução da intradérmica.

TM - Por que?

GG - Porque elas tinham credibilidade das pessoas, o Rosemberg -, a gente era um estranho para o Rosemberg. Erotildes era uma pessoa da convivência dele, se ela testava aquilo que estava sendo feito e merecia ser discutido e apreciado, evidente isso dava credibilidade. E abriu caminho também para outra pessoa muito importante, que foi Manoel Caetano, que é um baiano, que chefiava a tuberculose de São Paulo, que sempre foi muito hostil a tudo, mas abriu o caminho, abriu a porta. E passou a ter um contato muito é... facilitado. E naquela época Rio e São Paulo podiam determinar a conduta nacional. Se a gente

conseguisse fazer as coisas correrem no Rio e São Paulo, a conduta nacional é uma questão de tempo.

TM - Isso foi nesse momento em que teve aquele grande discussão sobre a vacina?

GG - É.

TM - Para implantar esse programa. A grande discussão que você já narrou na semana passada, eu queria que você falasse um pouco sobre o plano. Você já nos colocou todo o processo de discussão para que o plano fosse implantado, para que a vacina intradérmica vencesse a oral. E eu queria que você nos falasse um pouco sobre as questões da vacina em si, quer dizer, por que a oral e não a intradérmica; por que a...

GG - A oral e a intradérmica, era porque, como até hoje, a gente não dispõe de informação técnica para dar substância a eficácia da vacina administrada por via oral. Então se a gente tinha um método, que à época era demonstrado como suficiente para reduzir tuberculose, especialmente algumas formas de tuberculose, nada mais racional do que você implantar o conhecido contra um fato que ainda não era sequer demonstrado. E havia até muito pouca credibilidade internacional com relação ao BCG oral. Passados uns 20 anos disso, a gente vê que isso parece que era um pensamento verdadeiro. Hoje não é mais BCG oral administrado no mundo, para tuberculose. Você ainda tem hoje alguns estudos de BCG oral na área da neoplasia, para controle em tumores digestivos, em estudos ou investigações mesmo..., mas não nada como preventivo da tuberculose por essa via. Então acho que a razão foi de utilizar um método que era seguramente confirmado cientificamente. E por outro lado também que o conhecimento... a gente estava pretendendo fazer uma extensão da vacina. A vacina BCG oral, ela para ser produzida em quantidade suficiente para toda a população brasileira era muito difícil... porque o volume de germens que precisa é de mil vezes o valor que você usa na vacina intradérmica. E tinha um outro agravante que a BCG por via oral, era sempre apresentada sob a forma líquida. Ou seja, com validade de 30 dias desde que liberado. Isso significava que ela saía sem controle de qualidade, só com teste de esterilidade. O controle de qualidade para verificar a mudança demora mais de 60 dias, então ela era administrada sem que houvesse além do teste de esterilidade nenhuma outra prova; e já assim o teste gastava quase que 10 dias. Então ela saía com 20 dias e aí para distribuir e utilizar, era uma operação praticamente muito difícil; a passagem para escala nacional... de acordo com a necessidade nacional seria muito problemática. Como existia uma outra possibilidade comprovada, a gente reforçou essa linha, e aí teve uma colaboração marcada também na área de produção do Magarão, que passou a fazer as primeiras vacinas do BCG na administração de via intradérmica... Eu acho que a gente expôs as primeiras vacinas aí nos idos de 73... era uma vacina BCG líquida, não liofilizada, da Fundação Aatullo de Paiva... e nós comparamos então a vacina com a vacina glaxo, com a vacina importada da Dinamarca, e ela foi absolutamente semelhante em termos de resultados medidos pela tuberculina e pelo grau de complicação. Então passou-se a produzir a vacina aqui no Brasil, em vez de importar. E o passo seguinte foi a liofilização dessa vacina que alargou a possibilidade de uso, né? Enquanto líquido ela tinha novamente um limite de 30 dias, passando a liofilizada ela pôde ter um controle tecnológico muito maior. A vacina liofilizada permitiu que a gente fizesse uma coisa chamada side-lotes, ou lotes-semente, que a gente produz a vacina BCG depois de algumas repicagens ela muda. Se você não está

atento a isso, você pode produzir uma vacina, que não tem mais eficácia alguma. Isso acontecia, nos informes da época, em dois laboratórios americano (?) e eles tinham já demonstrados que a vacina tinha perdido a potência, tinha sido dado a vacina que não tinha nenhum grau de proteção à estirpe, então, a possibilidade de fazer a semente ficar mantida, quer dizer, sem mutação, isso foi muito importante em termos da, da segurança da eficácia da vacina. Isso ainda hoje existe daquela época vacina arquivada no laboratório de Copenhague, que é o órgão que ficou encarregado de guardar o lote semente. Temporariamente se pede a, a... chegada de um novo lote para substituir o que está produzindo. Então, foi uma coisa que permitiu isso, permitiu que toda a tecnologia de controle da vacina fosse implantada: a esterilidade, inocuidade, antigêmicidade, enfim, uma série de requisitos que não podiam ser feitos na outra e a vacina então tem uma segurança maior. E ao lado disso, acho que apesar de injetável, ela permitiu ser aplicada em todo país, ainda mesmo em crianças recém-nascidas; o que eu acho que é outra grande vitória do programa de controle de tuberculose, conseguir que uma vacina intradérmica administrada em recém-nascido, que se houver erro de técnica dá complicação, ela conseguisse uma cobertura nacional relativamente expressiva. E sempre enquanto não existiu campanhas de vacinação específica, era uma vacina de maior grau de cobertura, o que de alguma forma testava que o controle de tuberculose tinha um grau de eficácia razoável; uma vez que podia chegar, distribuir a vacina e manter o programa de vacinação em nível relativamente elevado.

TM - Sim... Então, o programa de 73... Ataulfo de Paiva começou a produzir a vacina liofilizada em 72, o programa já foi... já incorporou a liofilizada? Todos os testes foram anteriores a implantação do programa em si?

GG - É... não sei exatamente o ano (?) você deve ter o dado aí, eu não tenho, só a memória.

TM - E a vacina intradérmica indiscriminada, também foi um processo...

GG - É a mesma coisa, para facilitação de aplicação. Mas veja vocês têm importância fundamental quando a gente faz um grupo etário maior, em recém-nascido não há PPD positivo.

TM - Sim, mas no primeiro momento foi feito.

GG - Em escolar.

TM - É, de 7 a 14.

GG - É no escolar, na idade escolar. Se bem que na idade de 7 a 14 com o grau de escolaridade do brasileiro, só tinha era o primeiro ano escolar, né? Porque o restante, o primeiro para o segundo ano a evasão era mais de 80%, e assim mesmo no primeiro ano se não fizesse no primeiro semestre a evasão era muito alta. Então você tinha que fazer no primeiro ano da escola e no primeiro semestre de atividade escolar, que a queda era em (?) de um ano para o outro, passa muito pouca gente, e de um semestre para outro tem uma redução de 30% na informação da época.

TM - A vacina era voltada só para escolar, de 7 a 14, só para escolar?

GG - Só para escolar, não tinha... era... Como programa era aberto...

TM - Saiu da escola, saiu do programa?

GG - Não, era aberta à população de 7 a 14, mas o alvo, a população alvo onde você podia ir vacinar, era a população escolar, o resto ... o nível de educação de saúde que existia na época não permitia assim... um chamariz do que não está na escola para fazer vacina, não.

TM - Sim, em 76 mudou um pouquinho isso, porque já veio a obrigatoriedade de vacina o em recém-nascido, como foi essa obrigatoriedade?

GG - É... porque a partir desse momento... Você vê uma cobertura escolar depende da escolaridade, a escolaridade brasileira era baixa, é... depois também ficava bastante claro que com a prevalência era muito elevada, [tosse] como você tem a meningite na baixa idade, que o ideal era trazer a vacina num ponto inferior, e por isso no recém-nascido; e a idéia de criar lei foi no sentido de ver se isso facilitava, mas embora a gente soubesse que lei pega e não pega. Há lei que pega é lei que tem condições de ser operada; a lei que não pega...

TM - E essa não pegou.

GG - Essa em geral não pegou não. Porque entrar na maternidade foi um processo de longos anos e não um processo de lei. Quer dizer, hoje a lei continua em vigor, mas você não vê nenhuma exigência em relação ao cumprimento dessa lei, quer dizer, a lei impede uma porção de atos, mas nunca ninguém acha que foi impedido de receber benefício ou qualquer coisa em função dessa lei. Eu acho que é uma época [tosse] de que o pensamento era um pouco castrense. Então possivelmente as medidas autoritárias tinham um peso maior do que até medidas educativas. Então eu não via nessa lei assim... vantagem, a não ser para você falar que existe, mas não pegou não.

TM - E esse plano, quer dizer, o plano em si? Ele produziu normas que saíram do Rio de Janeiro (?) todo um processo difundido em outros estado. Quanto tempo demorou para você conseguir ver a resposta de toda essa discussão a nível nacional?

GG - Olha, para ser implantada a vacinação certamente foram anos. Quer dizer, só passagem de treinamento foram três, quatro anos de treinamento, depois disso tinha... a produção da vacina que embora a FAP pudesse produzir, a quantidade que produzia era uma quantidade pequena. Isso até ter cobertura da necessidade demorou; importar maquinário, enfim, não foi um processo que conseguiu tão imediatamente assim. E a cobertura acho que ela só foi atingida mesmo, já foi no fim da década de 70, uma cobertura expressiva nacional, de resto ela funcionou como um poder de irradiação. Poder de irradiação além do treinamento foi que sempre havia grupos técnicos que eram de todo o país que faziam a ação normativa, e depois havia um grupo que difundia a ação normativa em todo país. Então isso permitia uma, aceitação nacional muito pouco questionável. Então você tinha a norma e tinha a defesa da norma através dos seminários que se faziam e o

restante era ação administrativa mesmo que era difícil. Mas que embora isso tudo ocorreu, acho que a maternidade mesmo ela foi muito pouco atingida apesar disso. A maternidade, uma boa proporção, ela não fazia a vacinação no recém-nascido, isso era complementado nos postos de saúde.

TM - É... sobre a tuberculina, quer dizer, o teste de PPD ele sofreu uma mudança de compreensão na própria... diante da própria difusão da vacina, né? Eu queria que você falasse um pouco desse... das concepções que cercaram o PPD, e como é que ele foi mudando, a aplicação dele?

GG - O Brasil foi um dos países que primeiro padronizou o PPD, né? Até a década de 60 não existia um padrão de PPD, mas aí a Dinamarca, o Statens Seruminstitut passou a produzir uma vacina PPD, que a Organização Mundial dava grátis, para quem quisesse fazer uso, que era uma padronização do PPD que a gente até hoje tem chama RT, é uma partida primeira -que não foi essa que a gente tem que era a 22, agora a gente tem 23 -,que durou mais ou a década de 60, e depois, na década de 70, este laboratório produziu uma outra partida suficiente acho que para 10 bilhões de teste, e que está sendo em uso até gora. Agora que está extinguindo a reserva dessa partida de PPD, então nós optamos, o Brasil optou, por adotar a vacina dinamarquesa, apesar da forte influência ainda da americana que usava PPD standard, que é diferente do nosso, (?) que era diferente do que nós usávamos, com outra procedência e até com outra técnica de produção. Mas isso deu, rapidamente, uma uniformidade, e com uniformidade começou haver um critério de interpretação dos resultados, que foi muito bem discutido, que foi aplicado esse teste em vários estudos de prevalência no país, e se pôde interpretar o comportamento da população e com base na informação até definir as áreas de infecção de atípico provável, das áreas de predominância absoluta de *Mycobacterium tuberculosis*. Então acho que a padronização ela permitiu a expansão e uma definição epidemiológica da doença, quer dizer, que até hoje o que se tem de infecção é com base na informação que foi tirada nesses anos aí. Tudo que você vê: risco de infecção é de tanto por cento ao ano, a queda de tanto por cento... não há nenhum inquérito para dizer isso, o inquérito é o daquele ano. Porque daí em diante... se for olhar a estatística de tendência veio até hoje, quer dizer, e depois, comparando isso com o grau de notificação de bacilíferos ... Mas a base que fundamentou o inquérito a... o levantamento de prevalência da base de risco foi os estudos desses quatro anos, na década de 70, os primeiros anos da década de 70.

TM - E a PPD hoje, ela é utilizada pra... não mais como uma...

GG - É, foi uma vacina massivamente aplicada, mas evidentemente perdeu o poder de diagnóstico para fins clínicos e também perdeu o poder de diagnósticos para fins epidemiológicos. Hoje quando você aplica a vacina, você não tem certeza se aquele resultado observado é dependente ou não da infecção natural. Existe várias tentativas de medir se a tuberculina aplicada no primeiro dia dá um comportamento, no dia seguinte dá outro, que significa num caso infecção por tuberculose, num outro caso proteção pela vacina. Mas isso ainda em nível de investigação, praticamente o que a gente tem observado - a gente aplica em vários inquéritos e... recrutas no país -, é que o comportamento da população que foi vacinada até 10 anos, 15 anos antes... repare que o recruta de agora, foi vacinada quando escolar, todos tem 10 anos ou mais de tempo de vacinação. O

comportamento resposta de tuberculina é significativamente diferente, há mais reação positiva e há mais reatores fortes, nesse grupo do que no grupo não vacinado, se a gente agrega a esse fato de que o grupo não vacinado é mais marginal, do ponto de vista social, representa grupos de menor alcance de problema, portanto, grupo de maior risco teórico, nós acabamos de ver que a influência da vacina é muito forte para gente poder é... não colocar isso como um fenômeno impeditivo de resposta a nível clínico ou epidemiológico. A vacina BCG produzida no Brasil, porque se a gente fizer isso com a japonesa em cinco anos desaparece a tuberculina.

TM - Por que?

GG - Porque ela tem um comportamento anti-gênico diferente da nossa. Ela é menos potente anti-genicamente, e cinco anos depois está todo mundo negativo, e não quer dizer... ninguém sabe exatamente o que isso significa, sabe apenas que é um comportamento diferente.

TM - A vacina produzida pela Fundação Aatulfo de Paiva, ela é exportada para outros países, está certo?

GG - É, mas em nível muito pequeno, né? Isso aí é...

TM - Para onde elas são exportadas?

GG - Para a América. Eu lembro de alguma pouca exportação para África, mas a nível pequeno. Aí tem também outras questões interessantes a FAP fez parte duas vezes de licitações internacionais, que a Organização Mundial realizou. No primeiro ela ganhou por preço, e eles compraram certa quantidade; no segundo, ganhou por preço e eles não compraram nenhuma quantidade. Então eles também... para ver que os interesses internacionais não são tão simples assim, há outras questões aí de natureza econômica que não estava fácil exportar qualquer produto biológico e ainda mais um produto como esse, competitividade de preço e acho que em qualidade era inquestionável.

TM - Que países hoje aboliram já a vacina BCG?

GG - Aboliram? Acho que nenhum. Eu sei de países que estão pensando em fazer a vacina. Ainda mais agora com esse problema de AIDS, a vacina BCG... num país que nunca aplicou a vacina como os Estados Unidos, eles falam nisso ainda num nível conceitual, e no nível prático, eles já recomendam fazer a vacinação no grupo de pessoas que trabalham com tuberculose e AIDS... por conta do risco de transmissão muito elevado, e transmissão dos germes resistentes. Então já é uma mudança de pensamento e mais ainda isso no nível prático, no nível conceitual eles estão em busca de uma vacina mais potente, quer dizer, isso significa que o caminho da vacinação não foi esquecido, ao contrário agora está sendo reforçado. Eu acho que essa utilização da vacina, pelo menos no grupo de risco especial da tuberculose, já é uma mudança de comportamento muito importante. Mas que hoje nenhum país do mundo aboliu a vacina, aboliu assim, os seus programas nacionais, porque ainda tem os níveis de tuberculose lá embaixo, mas nos grupos de risco ele é feito, quer dizer,



you contingency the vaccine, you use when epidemiologically it justifies, or then, it is abolished.

TM - E a abreugrafia? Ela acompanhou também todo um processo de ajuste de controle da doença?

GG - A abreugrafia, acho que foi um método muito importante no Brasil, sem laboratórios no Brasil que existia e que ainda existe, e que distanciou o país, praticamente, dos outros programas de controle do mundo. É... fora países muito pequenos como o Uruguai, não existia ninguém que fizesse tanta abreugrafia como o Brasil. Incentivado até por uma legislação trabalhista que obrigava a exames periódicos, da população trabalhadora. É evidente que aí havia distorções por razões de interesses econômicos e tudo mais, mas o método ele permitiu uma ampla margem de diagnóstico no momento onde a bacteriologia ainda era muito incipiente. E digo mais, ainda hoje não a abreugrafia, mas a radiografia ela é marcada. Eu queria dizer, que com relação a isso hoje, como a AIDS, mais se reforça a posição da radiologia, porque se a gente for esperar prognósticos bacteriológicos, possivelmente uma parcela grande de doente morre antes. Então, hoje a ênfase volta ser o diagnóstico de formas negativa.

TM - Mas essa demora seria típica do Brasil? Você está dizendo que em outros países a abreugrafia não foi introduzida...

GG - É, porque...o método não era um método simples, né? Custoso, operativamente difícil...

TM - A bacteriologia não era mais simples?

GG - A bacteriologia era mais simples...

TM - Então... como foi esse processo... a admissão de um processo mais complexo?

GG - Porque a bacteriologia historicamente precede como um método, mais sucede como aplicação. Você teve uma ênfase radiológica internacional, e posterior a isso é que começou a haver um pensamento de que pela impossibilidade de uso maciço de radiologia - com os erros que a radiologia podia determinar, você tratar gente que não tinha tuberculose como tuberculose e tudo mais -, é de usar um método que fosse menos caro, mas aplicável, que seria o exame de escarro direto. Mas isso é um pensamento que sucede já o uso maciço que havia da radiologia no Brasil, mercê da abreugrafia e de equipamentos muito simplificados. O país todo, nas suas principais cidades, tinham laboratório de radiologia, e não tinham laboratórios de bacteriologia, quer dizer, o laboratório de bacteriologia começou a ser ativado por Magarão mais ou menos... com Jayme Santos Neves. Foi uma Rede Nacional de Bacteriologia de Tuberculose e a partir daí - isso já na década de 70 que corresponde ao ocaso da radiologia -, o movimento começou a crescer o uso da baciloscopia, com base nessas informações de menor grau de erro. Mas o que eu quero chamar a atenção é que graças a fazer tratamento negativo, o Brasil possivelmente freiou um pouco a expansão da tuberculose. E se a gente só trata positivo muito provavelmente a gente só trata caso tardio, ainda mais em condições de operação, enquanto que quando a gente faz tratamento

negativo, ainda que não seja tuberculose, a gente faz uma quimioprofilaxia de grupo de risco, embora seja uma profilaxia cara, mas ela é um método que funciona para impedir a transmissibilidade da doença.

DR - O erro acabou dando um acerto (risos).

GG - Eu acho que ela é uma das marcas que foram importante na cultura brasileira.

TM - E como é que foi a implantação dessa rede nacional de laboratórios? Como é que ela funcionou nos centros de saúde qual a resposta que ela teve, principalmente, quer dizer, no Rio e no resto do Brasil com sua complexidade?

GG - Funcionar mesmo, não funcionou não... Porque não se conseguiu nem montar um laboratório central nos estados. Quer dizer, muito recente, na década de 80 é que todos os estados, pelo desenvolvimento natural dos estados passaram a ter um laboratório de saúde pública e dentro do laboratório de saúde pública uma parte de bacteriologia da tuberculose.

TM - Mas de qualquer forma, com o decréscimo do uso da abreugrafia enquanto os laboratórios estavam sendo implantados, esse processo eu gostaria que você contasse?

GG - O processo da redução da abreugrafia, ele ocorreria mesmo que a gente não quisesse, porque era econômico. Não tinha como você manter a abreugrafia (?)

TM - Então, o laboratório veio substituir essa queda da utilização da abreugrafia.

DR - Na época em que a abreugrafia foi criada, o Manoel de Abreu, ele dizia que a grande defesa da abreugrafia era exatamente o aspecto econômico dela, né, trabalhava com filmes menores, era um instrumental extremamente simplificado, não precisava de recursos humanos, de instalação de salas... essa era a grande defesa da abreugrafia, a questão econômica, quer dizer, para aquela época sim, quer dizer, com o passar do tempo esse elemento não funcionou mais?

GG - Mesmo naquela época. Isso era por comparação com o exame radiológico (?) não é, quer dizer, ela era muito mais barata do que a radiografia grande, o equipamento é mais caro, o sistema de operação é complexo, e o filme de raio-x era de preço muito maior. Dez radiografias grandes correspondiam mais ou menos a um rolo de abreugrafia, era a proporção... porque um rolo de abreugrafia dava para radiografar 300 e tantas pessoas. No Brasil ainda adotou a mini-fotografia que internacionalmente se usava 70mm, o Brasil fez uma de 35mm. Essa de 35mm portanto, tornou o filme muito mais barato, porque não era a quantidade...

TM - E a qualidade?

GG - A qualidade era... pelo que eu vi, era muito questionado. A gente via muita coisa, mas muita coisa era mancha; não seria hoje, tecnologicamente recomendável fazer, e os aparelhos também eram precários. Mas, quanto ao restante não, precisavam de sala especial, tinha que ter blindagem, tinha que ter o operador de raio-x, tinha que ter câmera

para revelar, tinha que ter o médico par ler, tanto os dois sistemas tinham uma complexidade grande, o que era diferente fundamentalmente, era o preço do filme, porque você examinava 25 contra 300, ou quando a abreugrafia era pequenininha contra 700. Então, você tinha uma proporção de exames muito maior. E para inquirir isso era até razoável. Eu me lembro a gente fez muito inquirir com a população indígena.

#### **Fita 4 – Lado A**

TM - Entrevista com Dr. Germano Gerhardt fita número 4, dia 12 de agosto de 1992. Você quer continuar ainda o raciocínio?

GG - Acho que aí já...

TM - Ainda falando de bacteriologia, quer dizer, a bacteriologia tem na realidade dois vértices. Ela tem resistência e o diagnóstico. Toda a discussão que o Magarão veio trazendo e você participou também das pesquisas de resistências e eu gostaria de que você falasse um pouco sobre essas pesquisas.

GG - É, a resistência foi um dos... nó górdicos que tinham que ser desatados. Então precisava voltar muito atrás. Porque a resistência ela foi identificada em fins de 40, começo de 50; e com o uso da isoniazida se acreditou que estava resolvido o problema da tuberculose, se passou a dar isoniazida pra todo mundo associado a outros remédios, que as vezes o doente tomava ou não tomava, e as vezes essa irregularidade levou a uma coisa que hoje a gente chama de monoterapia, monoterapia oculta, porque você prescreve dois e o doente toma um. Então era uma questão que ocorreu maciçamente e levou a perda do uso da isoniazida já no meio da década de 50, a mortalidade que caía, parou de cair. E coincidiu com isso que o mundo todo começou a detectar que nos doentes de tuberculose a maioria deles apresentava na medida do teste de sensibilidade resistência bacteriana. Aqui no Rio de Janeiro, já nessa época mais ou menos em cada 100 doentes 80 tinham resistências a duas ou três drogas. Então era verdadeiramente um caos. Porque você não tinha mais remédio pra tratar uma doença tratável, porque era resistente a medicação disponível, então essa era uma realidade. Ao lado, evidente no aparecimento de uma resistência dos doentes, teve a transmissão dos doentes resistentes para outros, resultando aí a resistência primária, que no fim desse momento aí, aqui no Rio de Janeiro, ele já estava mais ou menos 14%. O mínimo no Brasil, era em São Paulo os conhecidos eram um pouco mais da metade disso, mas era muito elevado para aquele momento. Por essa razão, primeiro se adotou uma política, já no fim de 59, 60 que é de fazer um esquema de tratamento tríplice obrigatoriamente. Isso foi um esquema padronizado para o país, naquela época acho que ainda com Aldo Vilas Boas Isso depois foi sucedido de 18 meses para um esquema de 12 meses quando o resultado da primeira investigação internacional foi conhecido, e foi o Brasil um dos primeiros países do mundo a adotar um esquema de 12 meses. Isso foi em 64, 65. E daí em diante a sistematização dos tratamentos dos casos novos, fez com que a prevalência dos pâncreas, que era a evolução natural dos doentes pra morte fosse reduzida. Então a gente ia tendo ano a ano a menor quantidade de doentes resistentes em doentes examinados. Até que lá pela época fim de 60, começo de 70, já com 1/3 dos doentes já

eram resistentes a duas ou três drogas, e 2/3 eram sensíveis. Mas não é... e porque a quimioterapia passou a ser melhor feita, e houve a seleção natural, pela evolução (?) dos doentes que eram resistentes. A resistência primária só vem a cair muito tempo depois, passa 10, 20 anos que criou uma grande disseminação e a doença custa a desaparecer. E hoje a gente tem um nível de resistência primária que é de 50 a 65% do que era registrada naquele momento em nível de Rio e mesmo em outros estados do país. Então, a resistência ela foi um entrave vencida pelo conhecimento e pela organização, e nesse particular o Brasil foi um dos pioneiros a adotar uma medida capaz. Daí resultando também a classificação de prognóstico, separando o (?), provavelmente você deve tratar e o crônico que pode operar e que você mandava dançar tango argentino, que era o que era recomendado como terapia na época. E hoje naturalmente é uma música pop, porque rock o tuberculoso não agüenta.

TM - Sim..., mas... é... eu estava querendo que você falasse então, já que você falou em resistência, na quimioterapia a famosa quimioterapia; o ITP fez algumas... você, participou, de algumas experiências internacionais de quimioterapia, que tinha como base, suponho eu, essa questão da resistência... eu queria que você falasse do processo das experiências, das pessoas que participaram e tecnicamente como é que elas tinham suporte?

GG - É, no Brasil a primeira experiência... O Brasil participou de todas as experiências internacionais. A primeira é desse finzinho, começo da década de 60 com o esquema isoniazida/estreptomicina e PAS e uma opção de tratar 18 e 12 meses, que no Brasil participou sob o comando do Hélio Fraga na parte clínica, e o Magarão na parte de bacteriologia. Isso foi o resultado que permitiu mostrar que praticamente 100% dos doentes que tomavam remédio, que eram sensíveis, ficavam curados. Isso foi uma demonstração muito importante, os erros eram mais porque o doente não tomava remédio adequadamente, então implicava em organizar os serviços para poder o doente conseguir tomar aquilo que era tecnicamente conhecido. A segunda experiência - sempre os grupos foram os mesmos - é... foi de segunda linha ... foi pra ver... porque você resolveu o problema dos doentes novos, então agora tinha aquela quantidade de doentes que você não tratava, não fazia nada, então que esquema você podia dar pra esses doentes, então foi a segunda investigação internacional. E que foi em geral um fracasso, que as drogas eram muito tóxicas, muito pouco tolerável e o resultado final foi que nos doentes que representavam 1/3 do que partiu, que completaram o tratamento 60% a 70% ficavam curados. Que era 70 de 1/3 você vai ter 20% dos doentes que obtinham resultados favoráveis da segunda linha, do esquema de segunda linha, portanto em geral foi um resultado muito fracasso. Por isso também que o tratamento de segunda linha não foi enfatizado, a evolução natural não é muito diferente dessa evolução terapêutica e, só voltou a ser incentivada quando a rifampicina e o (?) pudessem ser disponíveis. Então passou a ser um esquema para tratar o doente crônico, já no fim da década de 60. As outras é... duas experiências internacionais; a terceira e a quarta, elas já tinham visado de fazer esquemas para primeiro tratamento de baixo custo, uns esquemas alternativos, ou diálises intermitentes de baixo custo, daí resultou o uso no país da diacetosona, (?) que também foi outro grande fracasso. A (?) foi um esquema oficial no Brasil que não conseguiu ter unanimidade das pessoas e deu muita toxicidade que levou muita gente ao óbito. Síndrome de (?), síndrome de... doença de pele aguda com evolução para insuficiência renal, morte em dois a três dias...

TM - Isso durante a própria experiência? Quer dizer, a experiência seria para viabilizar...

GG - A experiência não. A experiência não deu porque aí os doentes estavam muito controlados, estou falando do uso prático. Foi um erro porque na experiência deu um resultado de 90%. A primeira tinha dado 98, essa deu 90, 90% é um número aceitável no ponto de vista de saúde pública. Então adotou-se; mas a adoção disso pra repique, não permitia reconhecer em tempo a toxicidade grave das drogas. Depois se mostrou também que estava associado a hábitos alimentares, a população costeira que come peixe tinha mais chance. Mas foi uma coisa grave...

TM - Essa avaliação posterior foi uma avaliação aqui interna do Brasil, ou ela é revista, foi revista internacionalmente?

GG - Essa foi uma avaliação interna do Brasil, até hoje nos países pobres (?) quem morre são os outros. Até hoje tem muita gente usando (?)

TM - Quem? África?

GG - África, Nicarágua. Na Nicarágua a Organização Mundial dá remédio, esquema bom por dois meses o resto do tratamento faz com (?), num esquema de nove meses... Na América é o único país.

TM - E as outras experiências, você inclusive coordenou, não foi?

GG - Aí já foi investigação de nível nacional. Que a idéia que ficou dessas investigações, é que era muito importante ter um núcleo permanente de investigação, que não fosse desativado, que isso as investigações, ela permitia aglutinar muita gente, desenvolver tecnologia, particularmente para laboratório, acompanhamento clínico, depois permitia treinamento. Então a idéia foi de manter um grupo permanente de pessoas com alguma aptidão pra investigação, e funcionar isso como um treinamento continuado; então, por isso cada vez que ia acabando uma investigação, se fazia outra investigação, pra manter o núcleo central, e manter um permanente sistema de reciclagem. Aí talvez menos importando do que se buscava de eficácia terapêutica, mas mais a manutenção do sistema. Quer dizer, na verdade a quinta e sexta experiência elas comprovavam a consagrada, porque o esquema de curta duração é muito bom. Mas isso no Brasil também não existia uma demonstração, então... foi uma demonstração que ocorreu aqui. Quer dizer, que antes dessas nacionais, que são sempre estudos cooperativos, portanto muito cênicos, porque tudo isso agregam as pessoas, nós desenvolvemos uma outra investigação com Fraga, que era do esquema atual. Nós começamos em 72 até o ano de 77, em que a gente comprovou que o esquema de rifampicina, pirazinamida como hoje é recomendado é extremamente eficaz, que era contrário ao conhecimento científico da época. O conhecimento científico não adotava esse regime, inclusive, isso foi contraditado em vários encontros internacionais, e tomado como uma ousadia do Brasil passar a administrar isso em nível nacional. Mas era um estudo que vinha com um grupo que já tinha experiência em investigação, a probabilidade de um erro de análise era muito baixa, foi muito bem estudado, e eu acho que o temor não era bem justificado, ainda visto que... quase 900 mil pessoas já se trataram com isso com êxito muito elevado.

TM - E, é... era uma experiência conjunta com que instituições? Era o ITP e quem mais?

GG - As experiências internacionais eram com o ITP e a secretaria de saúde. As nacionais eram Ministério da Saúde com Secretaria de Saúde, e mesmo organismos universitários. Então mudou foi o ponto de referência, quando internacional ela era chefiada pela o ITP; quando passou a ser nacional ela era capitaneada pela Secretaria de Saúde.

TM - Por que o ITP e não a Campanha?

GG - Por conta do núcleo que estava lá na época. Era a primeira...

TM - Sim, mas houve uma... uma demanda, uma... sei lá... Uma busca de instituição nacional que ia participar...

GG - Você sabe que isso depende muito de conhecimento de nível internacional, quem vai a congresso, frequenta, o cara vê acredita ou não acredita, em uns ele vê que imagina seriedade nos outros não. Então, acho que foi uma escolha desse tipo... e o grupo do ITP foi escolhido para capitanear a primeira. Como deu certo na primeira não tinha porque mudar na segunda, na terceira e na quarta. Em todos ele se houve bem, não tinha sentido se alterar. Mas foi muito por esse contado de nível internacional que as pessoas tinham e permitiu que o comando da organização que controlava a investigação em nível internacional fizesse essa opção.

TM - A primeira foi coordenada pelo Hélio Fraga? E as outras?

GG - Todas, todas. Todas as investigações. Acabou em 67, quando ele era... foi a última que aconteceu quando ele era o diretor do serviço, aí ele já botou ITP e Serviço. Depois o ITP saiu ficou só o Serviço, mas já é na década de 70.

TM - E o Bethlen também nessa história aí do ITP?

GG - Nessas investigações internacionais não. Porque o Bethlen já trabalhava, embora ele trabalhasse com tuberculose, ela fazia muita coisa de pneumologia, e na tuberculose ele não teve o caminho do Fraga que teve a facilidade do Serviço Nacional de Tuberculose, então, evidentemente ele priorizou a atuação do ângulo dele. O Bethlen tinha muita importância na divulgação dos conhecimentos, foi um dos líderes de maior expressão, e acho que o seu ponto máximo de atuação foi na década de 80, quando ele funcionou como o homem que não deixa mentir. Quer dizer, a expressão da verdade, né, quer dizer; a verdade científica, ele ia para exprimir a verdade científica com muito empenho e muito boa vontade. Então ele aí já substituindo o próprio Hélio Fraga, que acho que não estava muito ativo nesse momento aí, até morreu, um pouco depois.

TM - Quando que o Fraga morreu?

GG - E, eu acho que em 84... acho que 84. Mas o principal porta-voz, já ainda com ele vivo, que esteve na reitoria. Então ficou meio marginal à política da tuberculose; foi vice-reitor, depois foi reitor; isso afastou um pouco ele da área da tuberculose.

TM - Sim. Existia uma...

GG - E também os grupos que mandavam e era antagônicos a ele, né? Era o grupo do Blundi, era o grupo do... Jayme eram grupos desfavoráveis, grupo favoráveis eram o Aloysio de Paula, o Bethlen ainda participava disso, mas também não era muito integrado. A volta disso ocorreu quando o Gabriel assumiu a Divisão. Gabriel, Almir Gabriel aí que voltou o grupo do Fraga, Bethlen...

TM - O grupo do Fraga se ...englobava em quem; o Bethlen?

GG - É o Bethlen, o Jesse Teixeira...tinha pessoas de São Paulo; o Paula Souza, tinha de Minas Gerais, José Feldman, (?)um grupo nacional.

TM - Tá. Existia também...

GG - Gilmário, Aldo, Gilmário Teixeira, Aldo Vilas Boas...

DR - Aloysio de Paula...

GG - Aloysio de Paula era do grupo do Blundi.

TM - Do Blundi. Então eram dois grupos: do Blundi e do Hélio Fraga?

GG - Dois?? (?) (risos). E o grupo do Fraga tinha o Fraga e o Bethlen, eram dois. O grupo do Aloysio de Paula tinha, o Aloysio e o Blundi, então já tem quatro no Rio, no Rio.

TM - E dentro do grupo, tinha os (?).

GG - Ah, os [?].

DR - O Jayme era que grupo?

GG - Do grupo do Blundi, do Blundi e Aloysio de Paula, passava a haver dois grupos.

TM - As discussões, as divergências principais corriam...

GG - É... choques das estrelas, as pessoas...

DR - Constelação em choque.

GG - Personalidades fortes, cada um querendo ter o seu espaço maior, né? Então até pra deixar o espaço dele registrado era bom reagir, não deixar ninguém ficar hegemônico.

Então, possivelmente, é muito mais uma questão de temperamento do que qualquer outra razão de natureza técnica.

TM - Dentro da própria UFRJ, houve também uma, umas dissidências tanto que, tinha um grupo que na realidade atendia o ITP, e um grupo que atendia fisiologia também no Hospital do Fundão.

GG - É, isso aí muito depois.

TM - Sim. Mas agora, mas essa rixa aí foi consequência de rixas anteriores.

GG - A fração Fraga/Bethlen resultou o fundão ITP. Dessa... dessa briga, e daí depois o Bethlen pegou o grupo de pessoal de pneumologia que vinha dos centros descentralizado como Santa Casa é...

TM - Que foram para o Fundão?

GG - Foram para o Fundão. O Lenic que era do São Francisco, eles ficaram com o Bethlen no Fundão; e o ITP ficou com um grupo remanescente.

TM - E a formação de pneumologia dentro Fundão, dentro da Universidade Federal, afinal de contas fica aonde, com essa...

GG - A pneumologia ficou no Fundão, sem dúvida nenhuma. O ITP em termos de graduação ficava com a fisiologia; foi um acordo que eles...

TM - Isso foi na década de 80 já?

GG - Isso na década de 80, 80 avançada. Então o acordo fez isso, até então todo curso de pneumologia era dado pelo ITP. Como o Fundão... existindo o Fundão, se apresentando mais forte, então passou... a ser o... detentor da pneumologia, e a fisiologia ficou com o ITP. Acho que até hoje é assim, mas a pós-graduação ainda é pelo ITP.

TM - Você ainda tem vínculo com o ITP?

GG - Só de amizades, como tenho com o Fundão também, mas (?).

TM - Mas o seu laço empregatício com a universidade?

GG - Sempre fiquei em função de chefia. A função de chefia até então, pressupõe que você possa avocar a (?).

TM - Certo. Bem, então vamos andar para trás novamente, já avançamos aí bastante. Você depois que saiu da epidemiologia da DNT, você foi ser assistente de diretor. Foi o Blundi e depois o Jayme?

GG - É o carma do assessor...



TM - O que era isso?

GG - ... Assessor técnico do diretor. É que não existia como... era uma estrutura muito forte, só tinha dois cargos nominais, fora o serviço: era o cargo do diretor e o assessor do diretor, você tinha vários nomes, né? Mas essa função era de assessoramento.

TM - Tá. Mas ainda você pegou a gestão Blundi ou já foi...

GG - Peguei a gestão Blundi...

TM - Você foi em julho pra lá.

GG - Depois peguei o Laurênio e o Blundi, eu fiquei uma parte na epidemiologia, depois no Blundi pra assessor.

TM - E quais eram as suas atividades? Você se desvinculou da pneumologia você já falou.

GG - Aí foi um período que eu fiquei assessorando aqui, mas passei a fazer um curso de mestrado, e depois a chefia de clínica do ITP. Então, pra não ter conflito, eu não fiquei em função executiva aqui, saí da função executiva fiquei só na função de assessoria, esse período aí representa o período que eu fiquei de verdade atuando no ITP.

TM - E depois você aí... fez um outro caminho e veio pra cá?

GG - Eu retornei.

TM - Retornou pra casa. Como é que foi esse retorno?

GG - Esse retorno tem até dois episódios. A primeira, a primeira vez que eu fui convidado pra ser diretor, eu falei quando eu fui diretor, queria dizer também que eu devo ter sido uma das poucas pessoas que recusou o cargo da direção, um dos cargos de assessor, nomeado pelo então presidente Geisel, eu recusei a função...

TM - De assessor?

GG - De assessor, na época de assessor de direção superior. E depois... o Paulo Almeida Machado também foi chamado, mas por razões mais variadas... não fiquei, não. Ficou o Davi...

TM - Era para assessor ou era...

GG - Aí já era diretor, direção e assessoramento superior.

TM - Que razões são essas que fizeram você recusar?

GG - Razões... razões de não acordo, não acordo entre as idéias que estavam, na entrevista, nas entrevistas de contato dos acordos de idéias, ela justificava então... se você vai ter conflito depois porque não evitar.

TM - E aí quem é que ficou, assumiu a sua (?)

GG - Foi o Davi, Davi (?)

TM - Substituindo o Jayme?

GG - É.

TM - Depois veio o Gabriel, Oliveira Gabriel?

GG - É.

TM - Bom, mas aí você chegou a assumir depois... quando o... na gestão do Mário Castro Lima, foi isso?

GG - É, Mário Castro Lima. Mas aí, nessa época a tuberculose ainda era um órgão muito forte, era um órgão muito expressivo e eu tinha um interesse em ser diretor, tanto que a minha carreira era dirigida por isso, não tinha nenhuma dúvida do que eu queria, estava só aguardando o momento que fosse possível politicamente você desempenhar o trabalho. A razão do Mário é que ele trabalhava com um assessor que era meu amigo, um dos assessores o Mário (?) da Bahia, e como ele era baiano, tinha muitos amigos em comum baianos, acabou o nome indo pra lá de novo, e conversando com ele, e aí houve um bom entendimento, razão que justificava o meu modo de ver, e assumi a função. Então, aceitei essa função nessa hora, não que eu não desejasse antes, é que eu não tinha condições na minha análise.

TM - É... e aí você... quando você assumiu a direção, ela já não era mais DNT, era do DNPS, mas de qualquer forma quando houve a substituição de DNT para DNPS, você já estava?

GG - Não tinha função nenhuma.

TM - Não, não; você tinha função, quando mudou a DNT para DNTS, você ainda estava vinculado um pouco mais com o ITP, mas estava vinculado com o DNT...

GG - É.

TM - Eu queria que você falasse um pouco dessa mudança, dessa incorporação da pneumologia, essa relação pneumologia sanitária e fisiologia e da mudança do órgão em si.

GG - É... a pneumologia mudou porque os ventos da época já mostravam que a tuberculose numa certa época ela deveria deixar de ser uma doença predominante dentro daquelas que

afetam o pulmão. Então isso, como já estava bastante óbvio, o governo resolveu que uma mudança que ocorreu, acho que em... 78, é... criar uma área que atendesse a problemas da pneumologia. Aí já estava pensando, em outras, mas não muito claramente, tanto que isso era só uma coisa nominal. Não existia nenhum órgão dentro da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária que pensasse qualquer coisa da pneumologia. Isso era uma classificação do nome, botava no papel as funções etc., mas desempenho não, era tuberculose, tinha tuberculose. Então o nome precedeu muito ao uso, acho que só bem adiante é que começou a se ter assim grupos para... Quando eu assumi uma das coisas que eu propus exatamente, foi a de... que se começasse a se trabalhar na área de infecções respiratórias, um grupo para isso; e um grupo para começar a pensar no tabagismo; e um terceiro grupo, para pensar em doenças ocupacionais. Foram as três áreas que couberam na minha análise de tocar, e isso aí, foi daí que juntou muita gente. Quando eu assumi o serviço, o serviço já estava metade em Brasília, e metade no Rio. Eu tinha pouca gente, como isso passava de um lugar para outro, e a própria desvalorização que a tuberculose já representava naquele momento, ele não captou ninguém, depois... até por conta da forma como se administrava a saúde pública, não havia captação de ninguém. Nessa época então, através de pequenos instrumentos de incentivos, de pagamentos de pequenos serviços prestados; bolsas, nós conseguimos que muitas pessoas jovens passassem a vir trabalhar para a Divisão da Saúde da Pneumologia Sanitária, o primeiro grupo evidentemente era o grupo com quem eu trabalhava, o ITP. Então, várias daquelas pessoas passaram a exercer uma função aqui, depois disso aí surgiu a Lúcia (?); depois o Miguel; o José do Vale todos pelo mesmo caminho de começar por serviços prestados. Na época nem a Campanha podia contratar, quase um tipo de bolsa que a gente fazia. E aí então tinha a comissão de estudos para várias, para as várias linhas: tuberculose, um dia comissão de diagnóstico, de tratamento, bacteriologia, epidemiologia; porque a área dominante dava quatro, quatro outras comissões tratavam de obstrutiva, fumo, IRA ocupacionais; e com a incorporação dessas pessoas mudou um pouquinho, mas acho que ainda hoje o dominante, né, a gente pega, o que a gente pode dizer que é dominante, a gente pega o orçamento e o trabalho, 70% é da área da tuberculose, 30% é das outras áreas. Quer dizer, uma década depois ainda assim a tuberculose é hegemônica dentro do serviço de pneumologia sanitária. Mas ainda tivemos a sorte de sermos os primeiros a falar de infecção respiratória aguda no país, e começou esse processo de que depois em perdemos o espaço para o materno-infantil, porque era o lógico, porque esse é um problema destinado mais ao jovem do que para o idoso. Mas começamos pensando no jovem e o idoso, que eram os dois grupos vulneráveis, e do idoso prosperou pouco e do jovem progrediu até com razoável é... lógica porque criou um sistema normativo, e acho que isso foi uma função importante porque a pneumologia fez e aí entrou, nessa época, a Margareth [?]

TM - Então, o IRA não está mais vinculado ao ...

GG - Nós temos o IRA, mas a coordenação do programa, isso já agora, em 90. Estou falando adiante isso passou para materno-infantil, porque era o programa básico do materno-infantil; são cinco atividades básicas, as doenças; as diarreias e as infecções respiratórias que eram os programas de atuação assistencial mais marcadas, pré-natal com o desenvolvimento de crescimento, imunização e as outras doenças ficavam na área das, da... grupo de materno-infantil, e nós ficamos nesse momento em diante, na função de assessoria, e na função de desenvolver investigação...

#### Fita 4 – Lado B

GG - (?) no Pará, é um programa muito tradicional, foi feito um programa infecção respiratória pela área da epidemiologia.

TM - Por que o Pará?

GG - Por interesses de grupos, onde as pessoas tiveram interesse em fazer.

TM - Quem é que puxava esse cargo no Pará?

GG - No Pará começou com o próprio Almir Gabriel, ele era secretário de saúde e abriu espaço para o que é hoje assessor da organização lá em Washington, na época (?) que é o que fez o programa, que é o pneumologista que trabalhava no Barros Barreto que é um órgão do Ministério, lá, mas como a secretaria facilitou o trabalho, ele pode sair do IRA na área do ministério para atuar na secretaria estadual. Então, na área de (?) nós criamos a primeira comissão nacional, aí pelas voltas de 84, com a presença dos notáveis brasileiros na área de fumo: o Rigatto, o Rosemberg, o Silveira e depois buscando apoio político todo o presidente, comissão de saúde do senado e da câmara, enfim, as outras lideranças. Acho que isso abriu o caminho para que a gente começasse a falar sistemicamente sobre o problema do fumo, e como consequência disso acho que até um bom desenvolvimento da luta antitabágica no país. Na área de obstrutiva, e área de ocupacional acho que foram as que marcharam pior dentro desse programa, e dizer de vantagem aí a única coisa foi incentivos aos pequenos estudos no país, e um deles resultou em conhecimento de que a bagaçosa brasileira não é um problema, porque o tipo de atividade que se faz na, no tratamento da cana, ela não favorece ao da bagaçosa que é um conhecimento que foi resultante de uma investigação, é... patrocinada pela, pela divisão de pneumologia sanitária.

TM - Eu não entendi a relação (?).

GG - Porque a bagaçosa ela é uma doença que está ligada ao cultivo de cana, e em todo lugar que tem ela existe, mas aqui no Brasil as condições de operação, não favorece que exista a bagaçosa; então, não é preciso fazer um programa para o combate à bagaçosa; a própria forma de industrialização já fez isso. E a outra foi a tentativa do Ministério do Trabalho alguma ação na silicose; e a terceira na asma profissional que ocorria em algumas refinarias, basicamente na Bahia; e depois aí surgiu o conhecimento do silicose dos trabalhadores de cacimba. Isso era pequenos pontos factuais, mas nenhum programa organizado como caminhou o tabagismo, como caminhou a parte de infecção respiratória aguda. E na parte de obstrutiva a gente enfatizava era a asma; a gente queria saber a frequência, ou a conduta para tratamento ambulatorial, padronização. Até aí nós chegamos, mas não chegou a entrar em operação, a não ser o conhecimento tecnológico, quer dizer, para a ação do programa só fumo (?) e tuberculose, só em termos de qualquer sorte era uma atividade grande em termos de ação.

DR - O senhor acha que a área de doenças ocupacionais não desenvolveu por que; por falta de pessoal para trabalhar?

GG - É... isso aí a gente não tem muita perna, porque se você não tiver, dentro da instituição pessoas que queiram trabalhar aquela área, é difícil que aquela instituição consiga marcar posição, porque você só contar com as pessoas de fora, é muito é... pouco prático, você consegue factuar -- dar pontos -- mas não consegue desenvolver uma atividade, então nós não temos gente para trabalhar nisso. Na asma mesmo, nós só temos uma pessoa, então no caso das profissionais não existe nenhuma, só uma que está mais ou menos interessada, agora, agora. Então, você tem uma idéia que é muito difícil assim a gente operar; quando você tem 30 e poucos técnicos em tuberculose, tem 10 técnicos de fumo, 8 técnicos de fumo, 5 ou 6 técnicos de (?) aqui dentro, então tem espaço, tem quem busque conhecer, avançar; você não tem isso nas áreas dessas outras doenças.

DR - O DNPS mantém hoje ainda essas áreas?

GG - Não essas áreas são feitas em acordo; hegemonia dentro dessas áreas não tem, só atribuição do Ministério do Trabalho. A gente levanta como uma questão; a atribuição da saúde do trabalhador do Ministério do Trabalho. O Ministério da Saúde tem departamento de saúde ao trabalhador [tosse] que agora está começando a engrenar, é uma ação do Ministério do Trabalho.

TM - Eu vou... só fazer uma interrupção. Eu queria o hoje, de 90 pra cá -- até pra gente conseguir entender esse hoje --, tem algumas coisas que precisam ser qualificadas. Eu queria voltar um pouquinho, é... quando essa discussão, o tomando a discussão do DNT para DNTS, quer dizer, pneumologia/tisiologia, a velha guarda, dos tisiólogos na sua gestão têm uma visão sobre isso, porque nós sabemos que foi polêmico essa mudança, quer dizer, essa mudança de pneumologia, e a própria (?) sociedade de pneumologia. Quer dizer, toda a relação por alguns, abertura de algum espaço entre a relação de trabalho mesmo, da possibilidade de uma cura rápida, e com isso o médico liberar você praticamente extinta, com a quimioterapia. Aparece pneumotórax, termina pneumotórax, claro um processo, e a quimioterapia toma conta e com isso você cresce uma área. Tem outra, tem várias divisões, essas várias divisões foram levadas para fóruns diferenciados, da tisiologia e pneumologia nesse momento; como é que você assistiu a essa discussão?

GG - Eu acho que a tecnologia não foi fundamental nessas coisas aí não. A tecnologia ela é invencível, não adianta ninguém discutir, se vai ou não deixar qualquer método de trabalho para o tratamento da tuberculose, porque o método sempre depende da...

TM - Não eu estava falando da quimioterapia da relação ao do médico, o campo de trabalho do médico...

GG - Eu acho que o que existe é a briga de espaço. Em termos da sociedade é espaço político; você tinha grupos de pneumologia e grupos de tisiologia, cada um queria ter o seu espaço como hegemônico. Então, a briga não é exatamente a por b não, é porque cada um quer sempre mandar mais, que o outro grupo; então é uma questão de definição política. E o grupo de trabalho também tem a definição dentro da própria instituição, as pessoas que

têm uma formação ficam ameaçadas quando tem coisas diferentes; elas não detêm tecnologia para aquilo, então elas ficam por sua própria razão de insegurança disso resultante, ficam hostis aquilo, é um fato novo e que é ameaçador a estabilidade que ele vem apresentado. Eu acho que é uma leitura muito mais de comportamento da, de política geral e de poder local de disputa. O médico nesse negócio todo aí... se eu simplifico não adianta eu querer fazer impedir, porque a simplificação ela resulta e o que mais a gente usa aí, é o inevitável, quem pode imaginar o contrário, tem que imaginar um contra-senso de tal natureza, que tornaria impossível você pensar para cinco anos depois. Eu tenho um tratamento de cinco anos de tuberculose como é que eu vou manejar em pneumotórax. O que adianta eu saber manejar pneumotórax, não adianta nada; porque um clínico vai dar remédio e cura. Então, essa é uma briga econômica, uma briga de poder, uma briga sobre prestígio, quer dizer, todas as razões que daí resulta. Eu acho que a tecnologia muda os grupos dominantes, então com a mudança desses grupos dominantes resulta esses conflitos, quem detém a tecnologia se vê ameaçado por uma tecnologia nova, ou por difusores de uma tecnologia nova que no fim resulta num movimento pendular político.

TM - Eu queria que você falasse sobre a sua gestão, essa longa gestão, né, de 79 a 90 você dirigiu a (?).

GG - Eu achei tão curta. Eu achei tão curta, você está achando tão longa.

TM - (risos) em relação aos demais, colegas, e com tantas mudanças, quer dizer, o Brasil tem muita, muita suscetibilidade, muda o presidente, muda a conjuntura, muda... um cai entra outro, a gente acabou de ver esse desmoronamento, caem todos os dirigentes. Eu queria que você fizesse uma leitura da sua gestão até localizando mudanças políticas que pudessem ter...

GG - Eu acho que a primeira leitura não é nem da minha gestão, acho que é do conjunto. Acho que a tuberculose ela teve uma sorte, a tuberculose, porque isso não aplica ao restante, que é de ter um grupo de bom conhecimento técnico se manteve mais ou menos unido; através de investigação, através de comissões científicas, produção de normas e que se autodefendia. Como era um grupo variado, evidentemente, o contato com o poder estava presente, podia você ter variações nominais, mas você não tinha variações de (?) quer dizer, para você ter uma idéia de toda essa história que você está vendo aí, dos diretores da pneumologia você teve dois anos do Blundi, e do Jayme dois para três. Um quase de 50 para cá, quase 40 anos este grupo foi acionista de deter o poder de um espaço pequeno, e os dois que são de fora. Também tinham pensamento político técnico divergente. Então era apenas uma questão de excluir do poder alguns grupos. Eu acho que foi a primeira fundamental isso... o processo administrativo foi contínuo, então você tinha a ideologia da atuação continuamente pode ser desenvolvida mais ou menos de acordo com a eficácia maior ou menor de quem estava com possibilidade de dimensionar, então isso foi importante, quer dizer, você não teve cada novo diretor começar do ponto zero -- até aqui não existia nada -- o cidadão continuava o político que vinha e criava fatuamente. Isso acho que foi o eixo fundamental, quer dizer, você não ouve, não houve uma ruptura, houve alterações de nomes, não uma ruptura política; e o grupo manteve a hegemonia de conhecimento mesmo até o momento, quer dizer, você tem ainda unido um grupo que detém o conhecimento que é difusor das idéias. Eu acho que é a questão que a cerca, que

superou, e por isso eu acho que você pode fazer tanta coisa em tuberculose que era contrário ao pensamento vigente. Se você imagina que você está no momento de liberalismo, o seu Estado aumenta seu poder, que a política toda ela tem um eixo do Estado tem mais poder, e toda a vigência do movimento contra revolucionário de 60 até 84, foi exatamente o movimento contrário ao poder estatal. Mas aí na história pessoas importantes que foram desenvolvendo o poder estatal, e aí no caso a tuberculose isso também ocorreu, quer dizer, as pessoas desenvolveram o poder do Estado, de várias formas, e como a consequência disso culminou na época de 80 quando você detendo isso, e mais aí o poder político que foi o momento nem tanto com o Mário Castro, mas logo com o sucessor dele, o Valdir Arco Verde, e com o Jair Soares na Previdência, então você teve um momento de poder político, por que? Porque essas pessoas tinham passado por uma experiência de tuberculose no Rio Grande do Sul, os dois ministros. É na época dele, isso como um secretário e outro o chefe da epidemiologia do Rio Grande do Sul, foi que se implantou o programa da tuberculose unificado, então essa experiência ele viveu lá, e agora a gente podia propor a vivência nacional. Então o momento político favoreceu com essa circunstância e esse apoio político se contraditou tudo que parecia, você centralizou e reforçou o poder do Estado. Centralizou normativamente, uniformizou o sistema de informação e descentralizou a nível de atuação dos estados, que era possível, então da execução, isso acho que foi a consequência desse processo político longo e a ocasião de quem detinha o poder político tinha uma experiência muito favorável com é... de aumento do poder estatal. E acho que aí sempre foi na contramão da história, a tuberculose sempre caminhou nesse sentido de reforços estatal, compra de medicamentos, insumos básicos, tudo isso depende (?) distribuído por nós. Os laboratórios são estatais, a compra e distribuição de medicamentos feitas através de organismos estaduais do que federais, que era a CEME e a secretaria, enfim... e... é... o setor privado sempre rechaçado. No caso, a ruptura com os hospitais começou em 73 e terminou em torno de 85, então o poder privado se ausentou totalmente, passou a ser um poder estatal, que era uma contradição com o momento histórico em que se vivia. Contradição acho que possível com esses mecanismos de um eixo único, e num momento político adequado a força para fazer, é evidente que isso foi muito difícil colocar em prática. Havia resistências muitas férteis, então em São Paulo, conseguir botar um programa estatal em São Paulo era desbancar Campos do Jordão, e tudo influência de Campos de Jordão. Isso influencia junto ao Gabinete Civil, não foram poucas as vezes que ocorreram chamadas para alterar o rumo das coisas. Aí acho que particularmente em São Paulo teve ao lado disso, a felicidade do Adib Jatene se comprometer, se comprometer, quer dizer, ele bancou a resistência que as pessoas importantes do estado São Paulo tinham contra o programa, e toda o boicote que daí resultava. Então, eu acho que esse contingenciamento político tornou possível, e executando Rio e executando São Paulo, certamente os outros estados tinham um grau de resistência muito menor. Que tudo, o poder vinha dos hospitais, os hospitais estavam no Rio e São Paulo, o poder do médico privado atender era muito pequeno, uma coisa que ocorre muito no Nordeste, mas era pequeno, uma coisa fácil de vencer, o poder organizado dos hospitais e dos laboratórios farmacêuticos na produção de insumo. Quer dizer, nos casos das drogas que a gente optou por licitação internacional e quase sempre isso foi adquirido de países socialistas. As drogas foram por longos períodos adquiridos nos países socialistas, então foi -repare direito-, tudo na contramão.

TM - A CEME ela, só um minutinho, a CEME ela distribui, quer dizer, ela recebe a droga, manipula e transforma aquele comprimido; como é que é o processo da CEME dentro da tuberculose?

GG - Que a gente...

TM - E que drogas?

GG - Quase todas, a idéia foi sempre de comprar a preço internacional para obter melhor, maior benefício da produção escala. Que o Brasil chegou a um certo momento, como o caso da rifampicina, a ser o maior consumidor mundial da rifampicina; porque como era usado na rotina dos programas de controle da tuberculose, e nenhum outro país tinha isso rotineiro, era para tratamento individual, nas pessoas nos outros países, não era um problema de saúde pública. A gente representava quase que 60% do consumo de rifampicina no mundo, então podia ditar uma regra de preços, você compra aqui ali, você define esse preço; e nós chegamos num momento a ter preços mais vantajosos, embora também, isso na evolução do tempo foi desfavorável, porque no fim, o preço da gente passou a ser maior, porque os grupos se organizaram e passaram a fornecer por conta de outras razões. Possivelmente de influência junto aos órgãos de compra, preços maiores, e o governo acabava comprando, culminou agora, com esse ano passado de 90, quando o preço da gente era em torno de 100, 120 dólares por tratamento, e se podia comprar no mercado internacional 70 a 60 dólares por tratamento. A gente (?) nisso aí, então..., mas a idéia era de primeiro fazer preço maior, segundo tentar transferir a tecnologia de produção, em termos disso se conseguiu, por exemplo, um laboratório brasileiro fizesse acordo com a Bulgária que fizesse produção de rifampicina aqui no Rio de Janeiro que era a Cibram. Mas também por razões econômicas nunca produziu, senão pequenas quantidades, é aí foi um jogo de interesses, conflitos econômicos, contraditórios econômicos que vão definindo o que vai ocorrer. Então, mas a idéia era comprar menos, mais barato e passar a tecnologia progressivamente de produção para o país, em termos dos insumos básicos.

TM - E a CEME, ela assume um papel aí de distribuidora?

GG - É, ela fazia licitação internacional, e importava e entregava aos laboratórios estaduais produtores de remédios e financiava a produção.

TM - A matéria prima.

GG - A matéria prima e financiava a produção, a transformação disso.

DR - E nunca se pensou em passar para o estado a produção do BCG?

GG - Passar para o Estado, era estatal, no sentido prático. Você tem fundação e só vende para o Estado, e o preço quem faz é o Estado, a fundação não faz o preço da vacina, quem faz é o Estado, é comparativamente, o outro laboratório produtor que é o Butantan que é estatal nunca produziu, nunca conseguiu produzir, então ele produzia quantidades pequenas regularmente.



TM - Mas o Estado não se interessou por exemplo, em ativar o Butantan, já que ele já tinha uma tecnologia para que o próprio Estado dirigisse essa produção, ou já tinha um certo acordo também?

GG - É, havia grande acordo sem dúvida nenhuma, porque o laboratório atendia a todas as necessidades, não havia razão de você gastar em investimentos novo, em um outro laboratório para produzir o que já era produzido, certamente não a preço menor, o Butantan produz ainda hoje a preços mais elevados do que a Fundação, que é um órgão menor, quer dizer, não houve, nunca houve essa política.

TM - E o Butantan ele produz pra São Paulo especificamente, ou outro estado ele atende?

GG - Ele produzia para São Paulo, mas hoje ele nem produz mais, ele suspendeu a produção.

TM - É... com relação ao INAMPS, como foi a tuberculose, a retirada da tuberculose do...

GG - Isso aí é um grande conflito, naquele tempo o INAMPS tinha dois pontos de desacordo, o laboratório farmacêutico tinha o interesse do INAMPS comprar o remédio nas regras que eram favoráveis, e os hospitais e porque não tinham mais internação, tinham interesse que a coisa continuasse com a previdência. Eu acho que os maiores objetos eram pessoas que estavam associadas a esses interesses que resistiram com muita veemência. Quer dizer, particularmente a perda da compra de remédio foi muito imediata; um ano depois do INAMPS estar integrado ao sistema, ele não comprava mais remédio para tuberculose, e o financiamento do problema nacional de tuberculose com esquema que era dez vezes mais caro que o outro, foi feito só com o que tinha de remédio. Dinheiro para compra de remédio no Rio e São Paulo mais internação, quer dizer, dois estados o que o INAMPS gastava foi suficiente para financiar o programa nacional para todo os doentes, pagando remédio e distribuindo grátis para todo país e dando a cada estado uma participação em dinheiro para ele melhorar a administração. O máximo de gasto que se chegou o país foi no ano mais ou menos 79 quando a gente calculou que o país gastava mais ou menos 100 milhões de dólares com controle de tuberculose, só com controle de tuberculose, basicamente medicamento e hospitalização. E com a implantação desse programa, já em 88, o custo de programa nacional era de 63 milhões de dólares, e incluindo a totalidade das atividades, quer dizer, então a universalização do atendimento com distribuição grátis de remédio caro, e tudo mais ainda era muito mais barato do que o sistema anterior, que...

TM - Esse encarecimento era por conta da compra de serviço do INAMPS a outras...

GG - Compra de serviços para hospitalização e medicamentos. A quantidade de remédio, por exemplo, que a gente encontrou em estoques para algumas lojas ela superou cinco anos, de uso nacional.

TM - Que a rede nacional não utilizava?

GG - Não, utilizados não...

TM - Não administrados.

GG - Não administrada, porque possivelmente a gente faz um pedido, tem tantos mil doentes, e aí não tem, mas aquilo fica lá, envelhece e tal, e compra de novo, e aí vai o desperdício é muito severo, e depois se faltar disciplina normativa, cada médico tratava de um jeito, e pelo tempo que bem entendesse, isso tornava o esquema extremamente caro.

TM - Mas houve alguma proposta de integrar o INAMPS num programa, ou já houve certa (?).

GG - Não, desde esse momento aí a idéia era de integrar o INAMPS através dos recursos, quer dizer, os recursos passavam a ter uma administração única, e associar todos os técnicos do INAMPS ao programa, mas não o INAMPS ser um programa paralelo.

TM - Não executor, não como executor.

GG - Nem executor, nem como é... direção... nem como direção superior, quer dizer, perdia o eixo da chefia no federal, e deixava toda função executiva.

TM - E os pneumologistas do INAMPS, então, passaram para o Ministério da Saúde?

GG - Passaram para exercer as atividades, alguns ficaram aqui, por exemplo, o Gilmar -- o exemplo maior nosso, -- o Leão, era outro que era previdenciário, mas ficaram em geral nos hospitais, eles passaram a ter suas funções.

TM - É... você tinha colocado outro dia que o TNCT, quer dizer, o programa, ele teve, passou realmente a funcionar a partir de 80, ele começou é... Como é que ele começou?

GG - Depende de como é que você PNCT?

TM - Programa.

GG - Pois é... já chamava de programa quando fez o segundo plano de desenvolvimento, só que aí, ele era um programa nacional de tuberculose que atingia norte e nordeste, e depois, com a introdução do Espírito Santo, atendia o Espírito Santo. Com a introdução do Rio Grande do Sul, o Rio Grande do Sul; Pará, o Pará; e em 89 entrou o Piauí, então é um programa nacional de controle da tuberculose, mas que enquadra quatro estados estavam efetivamente universal ao estado...

TM - Estadualizados.

GG - ... dos outros não estavam estadualizados, e nem estavam universal, atendia à Secretaria de Saúde, não incluindo a previdência todos os estados, e era um programa que só se voltava para o norte e nordeste e o sul e o sudeste não aceitavam.

TM - Você falou 79?

DR - 79.

GG - Aí nesse momento então, passou... este que era o programa do Rio Grande do Sul, do estado do Espírito Santo, Para e Piauí, em 80 a ser nacional, todo mundo a tem a mesma disciplina. O INAMPS abriu mão de sua função, se incorporou ao federal e, o estado passou através da secretaria estadual a funcionar como órgãos executores. A política de tratamento ambulatorial e hospitalar eram dos estados que recebiam ademais medicamentos e suporte financeiro.

TM - E ele é um programa, mesmo considerando que ele era falsamente nacional, ele era...

GG - Por isso que dizia que ele foi um programa nacional nesse momento.

TM - [?] ele data de 74.

GG - Por aí, com esse nome.

TM - Porque anteriormente existia toda uma expectativa de nacionalizar dentro do país...

GG - De tentar universalizar...

TM - As atenções.

GG - ..., mas sem uma unicidade de, de mando.

TM - E no meio da década de 80 começaram, começou a ter uma série de propostas do SIS, até chegar o sistema único. Se abre um programa de tuberculose, pneumologia dentro dessas propostas que vieram para a municipalização.

GG - A primeira era só na época do Jair Soares, ainda no chamado pró-saúde, isso nunca saiu do papel, aí o que sempre existiu mesmo foi o incentivo à ampliação da atenção ambulatorial do país, não da tuberculose, mas geral. A criação de postos, muitos faltavam; posto que nunca funcionou, se fez uma quantidade de FUNRURAL, e outros órgãos financiados, eram postos para tudo quanto é lugar, só que nunca entrou em operação, mas era um incentivo a interiorização e incentivo a atenção é... mas descentralizada.

Mas isso não era ainda um sistema de saúde propriamente dito, isso era um discurso, isso tomou um pouco mais de prática na época do Hésio Cordeiro como o detentor do poder na previdência, aí ele descentralizou efetivamente. Até esse momento isso era muito de discurso, aí descentralizou a ação através de repasse de recursos e isso influenciou muito no programa [interrupção da fita]

## Fita 5 – Lado A

TM - Entrevista com o doutor Germano, fita número 5, dia 12 de agosto de 1992. Nós estávamos falando do programa... A gente estava falando de todo o processo de municipalização, que aconteceu na década de 80 até chegar a década de 90, então eu queria de que você continuasse falando desse processo, dessas discussões, do sistema único...

GG - Na primeira etapa do discurso a única coisa prática que ocorreu, foi já no fim do governo Figueiredo, quando os repasses financeiros passaram a ser unificados, mas era o repasse federal do Ministério da Saúde, e o repasse federal da Previdência, que perdeu a rubrica tuberculose, e passou a ser alocada genericamente na Secretaria Estadual de Saúde. Apesar disso diminuir a ação de qualquer mecanismo vertical, porque perde o poder de barganhar dinheiro. Isso acredito não seria nem um pouco importante, o programa já estava dentro da secretaria, já tinha o seu tamanho definido, e o financiamento também disso era muito supletivo, era muito pequeno em relação à necessidade. Mais ainda quando a gente fazia o básico, a vacinação era dada grátis, remédio dado grátis, PPD dado grátis, e muito apoio aí para diagnóstico bacteriológico, lâmpadas, corantes, microscópios, enfim toda a criação da... e reposição da infra-estrutura; tanto aí ainda tinha além da tecnologia, do mando do já oficialmente consagrado, o poder que a informação determina, ainda tinha o poder financeiro através desses diferentes mecanismos. Como adoção posterior dos sistemas integrados de saúde no estado, a tentativa de criação do sistema ainda unificado, não único de saúde, aí o poder da tuberculose acho que foi muito abalado. Porque embora mantivesse essas linhas de financiamento através de insumos, o prestígio das pessoas no sistema ficou muito comprometido. Porque as pessoas não souberam colaborar bem, ou porque até os dirigentes passaram a achar que o programa estava mais equacional do que na verdade estava, ele minimizava a participação da tuberculose. Eu acho que já da metade para o fim da década, antes ainda de qualquer sistema, já quando ainda era muito discurso, e havia um movimento mais no sentido de organização do sistema unificado, aí a tuberculose começou a perder espaço e não soube dar o passo seguinte, de avanço, o que seria qualquer coisa de melhorar tecnologicamente a sua participação, de facilitar o treinamento através de um sistema mais automatizado que permitisse treinar quantidade maior de pessoas, sem a participação dos níveis de central, mas o nível de alta instrução, coisa assim... Quer dizer que esse passo, não foi feito simultaneamente. E ao mesmo tempo que também as secretarias estaduais e as municipais não tinham nenhuma aptidão administrativa, ficavam sempre repassando encargos, mas não havia uma organização suficiente para ela incorporar qualquer coisa nessa rotina de serviço sem prejuízo. Então o que perdeu no nível dos estados é o poder de supervisão, de enviar deslocamento... Isso foi afastando o executor do controle normativo progressivamente. Então, acho que isso já é de 77 para frente, que a gente pode aí ter nisso como ponto de ruptura do sistema unificado de tuberculose na sua eficácia, a partir daí começa a ter uma perda de eficácia, embora essa perda de eficácia certamente ela era compensada pela horizontalização. Perde em efeito, mas aumenta na sua amplitude, o que dá um efeito final possivelmente muito semelhante, o que é importante desde que não deixasse de existir.

Eu acho que como todo o processo de transformação, se a gente não dá o passo certo na hora certa, fica fora da estrada, e acho que nesse fim de década ocorreu isso, a gente não teve condição de dar o passo seguinte na introdução do sistema horizontal; quer dizer, que papel tem, qual é a função que tem que preservar, e ficou tentando fazer ainda mesmo do mecanismo tradicional. Quando começou a falhar os últimos remanescentes financeiros,

agora em 90, 89 -- um pouco basicamente em 90 --, faltando mais remédio, mais insumos o poder vai de escada a baixo, e aí evidentemente tem que repensar tudo pra fazer...

E acho que na verdade, os programas que ficaram neste gás, nesse momento de transição tiveram vantagens, porque mantiveram sua hegemonia através da possibilidade de financiamento, e essa possibilidade de financiamento permitiu uma atuação separada, e aí o resultado imediato é muito melhor, porque ele aparece mais e o efeito, a eficácia fica mais clara. E como a gente abandonou essa linha, de atuação vertical, acho que sofremos um prejuízo em não introduzir a alternativa adequada. Acho que isso é o passe que a gente tinha que fazer nessa década de 90, se formos continuar como são... como se as coisas... não entrem em descompasso histórico, ou seja, se o sistema único de saúde permanecer vigente, que também é outra hipótese que a gente tem que pensar muito seriamente. Será que sobrevive a onde neoliberal de redução do estado.

TM - Ainda no programa, você teve alguma, quer dizer, vocês tiveram alguma perspectiva, uma busca de atualizar, de acompanhar o ensino nessa nova visão de pneumologia e fisiologia? Como é que foi esse processo de...

GG - No ensino a gente tem duas vertentes: primeiro a atuação mais multidisciplinar, com médicos, enfermeiras em outras áreas de formação, e dentro da categoria médica a formação não só dentro da fisiologia, mas alguma influência basicamente..., em obstrutiva e fumo. O caso da tuberculose, acho que o ponto de relevância que ocorreu aí, foi o passo de tentar mudar a forma de produção do profissional de saúde, do médico, ... evidentemente sábia e notadamente a gente comprovou que o ensino médico era díspare no país. Mesmo se a gente contemplasse só as universidades federais, estaduais; havia uma oferta muito variada de ensinamento na área de fisiologia, e além de muito variada muito irregular, quer dizer, em termos conceituais. E em termos de produzir o profissional capaz de informar e atuar.

Quase que a gente tinha que diagnosticar sem precisar fazer reciclagem, imediatamente tinha que entrar no sistema de saúde, porque ele não tinha formação para isso, visando funcionar no sentido inverso do sistema docente assistencial clássico, o docente assistencial clássico seria o cidadão enquanto formando, atuar no sistema de saúde. Nós resolvemos fazer o sistema ao contrário, sistema assistencial influenciar na formação do profissional de saúde, através de um acordo com todas as escolas estatais, federais e estaduais, e que resultou num livro que seria o livro que permitiria permear a formação profissional independente da escola médica. Ou seja, desde que funcionasse como sistema de auto-instrução independente da qualidade do ensino médico, ou até da oferta real do tempo para o ensino nesse tipo de coisa. E o aluno teria condições de ter a sua operação no sistema de saúde garantido; em termos de diagnóstico, tratamento, prevenção, pneumologia, ação programática, enfim o que seria esperado de comportamento de um aluno em graduação. Eu acho que isso é um outro marco muito importante, porque aí também ao lado de... fazer um livro... que foi um acordo nacional, que, portanto, era importante. Todas as escolas médicas e suas lideranças assinam o livro, ou seja, são colaboradores do livro. Isso representa um acordo portanto de validação da informação que ali está contida e não é questionada -- porque se eu não faço parte do livro, aquilo que está ali está errado --, então se eu sou o autor do livro, então vai ficar ruim para eu dizer para o meu aluno que eu não concordo com o que está escrito, mesmo que eu não ensine tem um caminho para ele aprender. Então, mas ainda é que se tentou, em alguns lugares se fez uma avaliação do uso.

Produzir um livro eu acho extremamente fácil, produzir qualquer coisa e relativamente fácil, fazer essa coisa ser usada é outra tarefa muito difícil. Então a gente não queria ficar em produzir o livro, e ele ser mais um adorno em diferentes estantes, ou de mesinha de cabeceira de quem quer que fosse, porque é muito difícil um aprendizado por osmose, embora muita gente tente, bota o livro de noite e dorme para ver se aprende durante a noite o que está escrito sem ler. Mas esse mecanismo ainda não está claramente colocado como útil. Mas tentar ver se a gente conseguia, porque o aluno e particularmente o professor conseguisse ler o livro, e se reciclar, para ver se o livro era permanentemente atualizado no futuro seria assim, e ele estava permanentemente sendo atualizado. Então, eu acho que esse era um outro aspecto de relevância; é a produção de um livro em acordo, e que esse livro é atualizado e avaliado na sua utilização, e isso vindo de um sistema formal de ensino; porque é claro que o livro estando pronto, ele também vai servir para um sistema informal que secretaria estadual nos seus treinamentos pode utilizar. Acho que o passo que cabe agora, é fazer desse livro um sistema de auto-instrução de curta duração, 40 horas -- uma coisa assim -- que permitisse reciclagem profissional continuada.

TM - Então você acha que essa publicação ela teve um papel relevante na formação universitária nesse processo...

GG - Na formação de pessoas capazes de poder desempenhar atuação na tuberculose. Por essas razões todas, por esse mecanismo muito capilar, muito horizontal é que eu sempre vi assim com pouca importância os tropeços, ou hoje como se chama de soluções, do programa de controle da tuberculose, perde a eficácia, mas está muito mais capilar, tem muito mais gente que fala e sabe fazer, e isso significa que muito provavelmente o efeito não é tão desastroso. Eu posso não saber o que é que é, mas o que está havendo não é ruim.

Eu às vezes fico surpreendido porque eu atendo medicina fora, com o nível de... o doente vai no posto, o doutor não erra no tratamento é até mais duro no diagnóstico... o tratamento de um profissional de maior qualificação, porque possivelmente o seu limite é mais estrito e, ele é muito mais obediente a determinados preceitos que o profissional mesmo de maior conhecimento abre mão. Então, eu tenho a impressão de que essa forma de treinar muito... ela torna permeável o menor controle que o sistema de tuberculose tem para diminuir a supervisão, e até porque o sistema de formação também tem suas deficiências óbvias.

Eu acho que um outro claro fato disso, é que na área do programa propriamente dito uma coisa que a gente sempre quis foi ter um esquema de... suficiente para atender um ano de reserva. Quer dizer, faltou remédio, sempre... desde o primeiro ano a gente imaginou que em uma certa hora o governo deixava de comprar remédio, isso ia acontecer num momento qualquer, por dificuldade financeira, ou por desinteresse político, ou pela soma das duas coisas. Então, a gente sempre tinha um estoque de reserva de um ano, quer dizer, um ano que o governo não comprasse remédio, a gente ia ter medicamento. Só não esperávamos que chegasse a quase dois, aí ultrapassou realmente a previsão... Mas isso aí faz com que a gente veja o seguinte: apesar de não comprar remédio não tão aguda a falta de remédio, o que faz levar em conta é que provavelmente havia um super estoque, a nível das unidades de saúde, mas que assim, dá ênfase. O que eu quero dizer com isso, é que o sistema muito horizontal, corrige no seu grosso modo, os erros do sistema. Ele corrige, quer dizer, você torna tão capilar, que tanta gente tem tanta coisa, que quando você erra, o erro não é tão grave quanto seria se tudo dependesse de você estar permanentemente acertado, em termos de fazer uma programação de medicamento, em termos de fazer uma programação de

supervisão, de treinamento enfim. Por isso eu sempre sou um pouco mais otimista do que as pessoas, tanto que alguns até gozam dizem que: "Agora vem o Germano contar o seu Brasil", quer dizer, como se eu tivesse fora da realidade, que eu estou contando uma história que não é do Brasil verdadeiro. Na verdade, é porque acho que existe margem de segurança que a gente imaginou durante um curto tempo, e que permite os erros não sejam tão fundamentais quanto seria se a gente estivesse trabalhando em cima da linha de decisão [interrupção da fita]<sup>8\*</sup>

---

<sup>8</sup> A fita nº 5 não foi inteiramente gravada.

Data: 01/09/1992

## Fita 6 – Lado A

TM - Entrevista com o Dr. Germano Gerhardt, realizada no dia primeiro de setembro de 1992, para a Casa de Oswaldo Cruz. Entrevistado por Tânia Maria Dias Fernandes, fita número 6. Bem doutor Germano, nós hoje vamos começar... Eu queria aprofundar um pouco, um período que é o período exatamente em que você começou a trabalhar, que é o período pós 64, quer dizer, muito mais voltado para as conseqüências desse... desse movimento de 64 no que diz respeito à questão da saúde. Quer dizer, em 66 nós tivemos a Lei Orgânica das campanhas de saúde, e eu queria que você começasse a falar por aí, quer dizer, se por acaso a Campanha de Tuberculose, que já estava desde 46, funcionando, de que forma que se participou dessa discussão, ou desse processo para se criar essa lei para que se expandisse a criação das campanhas para outros setores. Como é que a tuberculose se relacionava com outros setores, com câncer, enfim, com outras campanhas que foram criadas na década de 60?

GG - É... nessa época a tuberculose era uma instituição muito forte, (?) porque o seu então diretor, era uma figura altamente representativa do movimento que estava ocorrendo, visto que mais adiante foi vice-reitor... reitor da universidade, que era o professor Hélio Fraga. Ele era amigo pessoal do Ministro da Saúde e amigo pessoal do Ministro da Educação, portanto, com fortes laços pessoais. Esses contatos eram feitos pela cúpula em nível de serviço de tuberculose, que era então como se chamava, e consolidação de leis de campanha na verdade, é uma sistematização que permitia disciplinar algumas ações que eram feitas de formas não organizadas, como por exemplo; contratação de serviço, de pessoal, isso criava uma regra de admissão de pessoal e administração de serviço. Então, o intuito era muito mais um intuito jurídico de que intuito político. As ligações, nessa época eram muito de nível do serviço direto a... ao escalão do ministério e muito pouco de relação lateral, tanto com saúde mental, câncer ou qualquer outro órgão. As relações eram extremamente verticais, e eu acho que isso inclusive ainda era uma continuação da política que vinha adiante, ele representava possivelmente algum momento ainda de uma força do pessoal da tuberculose.

TM - Mas a tuberculose, esse pessoal da tuberculose foi quem de certa forma impingiu esse movimento da criação da Lei Orgânica das campanhas, ou foi um movimento que veio do câncer, veio da saúde mental, como é que foi essa relação?

GG - Isso não é nenhum movimento, isso é uma ação de cúpula, exclusivamente de cúpula.

TM - Sim, mas a cúpula dos setores? A cúpula do câncer, a cúpula da saúde mental? Como era essa...

GG - Todas as cúpulas estavam envolvidas. Isso foi feito por alguém da procuradoria da República da época, não me lembro agora no nome, e que fez com esse intuito de criar disciplina jurídica que permitisse o funcionamento da campanha com o mínimo de



organização e controle. O intuito não é o intuito político, e sim um intuito de reforçar a ação administrativa. Isso na verdade não resultou em nenhuma vantagem nesse período, a campanha de tuberculose não conseguiu mais recursos, não teve nenhuma alteração na sua conduta normal, nesse momento aí - isso foi até 1980 -, o que existia de verdade era o Serviço Nacional de Tuberculose, depois Divisão Nacional de Tuberculose, depois Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, a campanha era um mero acréscimo, e o que ela tinha de recurso era muito pouco resultante da prestação de serviços das suas unidades hospitalares, em que uma parte desse recurso era destinada a custeio de nível central; e o restante ao custeio da própria unidade operacional. Portanto, não era um mecanismo que captou recursos, nem captou pessoal.

TM - A mais do que já tinha...

GG - A mais do que já tinha. Você veja que desde este período até aproximadamente 1980, não houve admissão de pessoal, apesar da grana e da Campanha você ter a possibilidade de contratação temporária, o chamado pessoal sem vínculo com a União. Isso não ocorreu em nenhum dos órgãos, salvo questões assim, para atender a necessidade de cúpula a contratação de três, quatro, cinco pessoas a nível de cúpula; mas muito pouca gente foi contratada.

TM - Isso porque o setor não expressava o conhecimento, como é que é?

GG - É, talvez porque não havia uma política de captação de recursos, né? Não havia essa política de substituição de quadros. A quantidade de gente aí admitida foi relativamente pequena, foi uma primeira admissão logo em 1965 e daí em diante uma reposição mínima de quadro. Então, o pessoal não funcionou com isso aí. E também a captação de recursos para a ampliação de programas, compra de medicamentos e insumos, isso não era feito pelo mecanismo da campanha, era feito pelo mecanismo regular de verbas do Tesouro.

TM - É Divisão? Ligado à Divisão?

GG - Ligado à Divisão.

TM - A Divisão de Tuberculose. E o seguinte: em 67 o Leonel Miranda direcionou muito a questão da saúde para a rede privada, pra privatização. Até em uma fala muito expressiva dele, ele dizia que o estado era um mau administrador por natureza. Então no câncer esse período foi muito forte, quer dizer, a campanha do câncer ainda muito precoce, tinha acabada de ser formada, ela praticamente ficou sem sentido e sofreu aí ... O [?], ele tinha um grupo que queria que o câncer continuasse na mão do estado, em oposição ao grupo da privatização, e se viu num momento muito delicado. Como é que foi isso para a tuberculose?

GG - Esse momento foi delicado acho que para todo mundo que trabalhava dentro do setor público. A tuberculose também resistiu, embora em houvesse alguns hospitais uma movimentação de funcionários no sentido de se cotisar para arcarem com a privatização desses hospitais. Mas a cúpula foi extremamente contra, e aliás isso foi uma das razões da saída do Hélio Fraga. Quer dizer, a consequência dessa briga, no longo do tempo foi o

desgaste natural do poder que está abaixo, e a sua substituição. Então foi um período de muita resistência contra a privatização do Leonel Miranda.

TM - Qual era o grupo que estaria a favor da privatização dentro da tuberculose?

GG - Dentro da tuberculose não houve, salvo os interessados nos hospitais. Quer dizer, um grupo médico dos hospitais, uma parte deles, em cada hospital queria essa privatização por razões de natureza pessoal. Mas dentro da administração central, ninguém foi a favor disso, isso não tinha apoio de ninguém. Era um movimento contrário, um movimento...

TM - E esse grupo do hospital... Eu vejo o seguinte, quer dizer, na década de 60, já mais pro final da década de 60, já se tinha um grande ganho com os medicamentos, com a quimioterapia antibiótica. Quer dizer, os hospitais para a tuberculose já estavam sendo...

GG - Mas ainda era...

TM - ... desativados. Mas existiam alguns, ainda se fazia internações, mas que hospitais eram esses de... de resistência?

GG - O hospital do Curicica, Maracanaú, Barros Barreto, Adriano Jorge, tinha em Natal, tinha em João Pessoa, tinha em Aracaju, tinha até no interior Sobral, Mossoró; tinha no Piauí... Então era uma quantidade de hospitais que atendia tuberculose... e a tuberculose era uma demanda muito grande de internação. Apesar da quimioterapia já ser tecnicamente eficiente, praticamente havia uma quantidade fantástica de doentes. Internar um doente era ainda uma prova de prestígio. Os gabinetes dos órgãos centrais de cada hospital recebiam mensagens de todas as autoridades solicitando internação. A própria Previdência não tinha como conseguir hospitalizar todos os seus pacientes, seus segurados... E inclusive pessoas do Rio eram localizadas fora do estado Rio por razão desse... volume de internação e a capacidade de ofertar. Então era ainda uma coisa muito rentável para o hospital. Era sempre casa cheia e...

TM - E você se referiu aí aos hospitais federais da campanha?

GG - Isso valia... Aqueles que eu falei eram da Campanha.

TM - Sim, mas esse movimento também passou pelos hospitais estaduais?

GG - Estaduais não, porque essa privatização foi só a nível federal. Os hospitais do estado aqui do Rio de Janeiro, não tiveram nenhum momento aberta a discussão de privatização. Isso foi um momento do federal por iniciativa do próprio ministério, que queria fazer uma política de privatização forçada.

TM - E houve algum projeto, quer dizer, um encaminhamento de algum projeto de privatização específica de tuberculose, como é que foi...

GG - Não, não chegou a constituir isso. Ficou um impasse; a maioria da comunidade médica foi contra esse processo, e começou a isolar politicamente os autores da proposta,

e lentamente isso foi levando a um desgaste dos autores que não tinham mais força para conseguir nenhuma... politicamente nenhum processo de colocar em prática essa privatização, apesar do movimento... Que isso era uma resistência dentro de grupos de igual ideologia; não eram resistência de grupos antagônicos politicamente, era só dissidências...

TM - Os antagônicos estavam dentro dessa...

GG - Eram grupos estatizantes e grupos não estatizantes, mas dentro do mesmo direcionamento político.

TM - Você indicaria, sei lá... nomearia esse grupo?

GG - É... o grupo acho que apesar de extremamente conservador, o grupo Fraga e todo o seu pessoal era muito estatizante. Eles tinham sempre essa idéia de reforçar a figura do estado na administração das coisas da tuberculose, e reforçar com integração. Nessa época se começou a falar na integração da Previdência. Houve os primeiros encontros de integração Previdência/Ministério da Saúde na área da tuberculose, para criar um mecanismo estatal mais forte com melhoria do seu rendimento, e com isso podendo ter melhores condições de operar. O grupo central era... estritamente estatal. E os estados também tinham salvo algumas exceções, os seus governantes, seus dirigentes eram estatizantes. Aqui no Rio tinha o Poppe de Figueiredo, (?) que eram figuras que caminharam pelo lado da estatização. E do lado da privatização tinham alguns grupos ligados a Previdência Social. Eram os grupos que tinham interesses maiores. Aí alguns deles depois até adquiriram casas de saúde, como o Macdowell que tem um hospital hoje, que naquela época era uma pequena clínica, daí em diante evolui para um hospital de porte maior. Tinha um hospital em Jacarepaguá, que agora não me recordo o nome do dono dele, mas que também forçava bastante esse programa da privatização, com os seus... pessoas bastante ligadas. Aqui dentro da nossa área, tinha além do Macdowell tinham outros expoentes como Paulo Tavares, que tinha prestígio dentro da Previdência. E o que a gente via, era que na verdade o grupo da Previdência, no seu conjunto tinha uma ideologia privatizante, quer dizer... então era uma figura diferente. Só talvez fazia exceção dentro da Previdência o Moura Castro, que era uma pessoa que não era privatizante dentro do grupo da Previdência, mas era uma minoria, embora detivesse um poder de mando relativamente forte, e talvez por essa razão, lá também não prosperou como devia ser imaginado pelos autores da proposta. O que houve mesmo são pequenas listas em hospital "Vamos lotear o hospital, vamos fazer divisão dele"; mas nada organizado, nada que pudesse sequer fazer debate público, ou debate consistente...

TM - E o fórum de decisão, que você disse que foi a clínica médica. Onde que ela estava, como é que ela se dava?

GG - É... mais por resistência assim ostensiva, certamente não muita, mas oculta de falar, com todo mundo que era ouvido e todo mundo pressionava o Nelson de Moraes, que era...

TM - Era ouvido... Esse ouvido era o que? Eram jornais? Como é que era o fórum dessas discussões? Os jornais participavam dessa discussão?

GG - Não, os jornais aí naquela época não tinham aquela força pra fazer qualquer matéria com um nível de independência não. Isso é contra articulação de cúpula; mais do que um movimento organizado externo. Houve algumas repercussões assim, de sociedade médica... Isso aconteceu, mas aí é ligado ao processo todo, não ligado ao processo na tuberculose. Ligado ao processo de todos os órgãos de classe, e todos foram contra, e mobilizaram o que podiam e da forma que podiam, naquela circunstância que não era extremamente favorável.

TM - Claro. E nesse momento aí, quer dizer, ele vai de certa forma desmontar todo o Ministério no que diz respeito a tuberculose... até o próprio ministro, tinha, o Mário Lemos de Brito, Luiz (?) e o Hélio Fraga. Com o Leonel Miranda desmonta essa... Há um desmonte pela própria privatização, quer dizer, é o Leonel Miranda que traz essa proposta de privatização.

GG - É consequência...

TM - Ele foi colocado aí para encaminhar essa proposta, ou foi essa troca de Raimundo de Brito para Leonel Miranda... Foi por que?

GG - Eu acho que foi pela mudança de governo, foi no momento em que assumiu o Costa e Silva, e o Leonel era uma pessoa muito próxima do Costa e Silva. Então, na verdade ele assumiu o cargo naturalmente, pela mudança da Presidência da República, naquele momento. E ele tinha força própria da sua relação pessoal com o presidente. Isso foi logo no começo, depois com a morte do Costa e Silva e tudo mais baixou muito a possibilidade desse fato ocorrer, e o próprio Leonel ficou mais distante, então o grupo que deu suporte ideológico a isso perdeu espaço e lentamente essa proposta foi se evaporando no tempo. Quer dizer, ela era uma proposta relacionada à força momentânea de um grupo junto a Presidência da República que era um poder discricionário.

TM - Sim. E o Hélio Fraga em saindo da tuberculose, ele foi para onde? Foi logo para a reitoria, não?

GG - Não, Hélio quando saiu da tuberculose ele passou um tempo no Instituto de Tisiologia e Pneumologia. Do Instituto de Tisiologia e Pneumologia, depois ele foi para vice-reitoria.

TM - Ele ficou dirigindo o instituto nesse momento?

GG - Não, ele ficou na coordenação de ensino e pesquisa do Instituto. Mas não foi um tempo longo, não, talvez um ano e pouco, talvez menos que isso. Ele foi conduzido à vice-reitoria da universidade, e da vice-reitoria, depois à reitoria.

TM - E aí, passando para a década seguinte, né, a década seguinte era marcada pelo milagre econômico, a palavra de ordem era desenvolvimento, né? E aí nós tivemos dois PNDs, dois Planos Nacionais de Desenvolvimento, 71 e 74. É onde a palavra planejamento, toda a técnica de planejamento tomava fôlego no Brasil.

GG - As idéias...

TM - ...marcava esse momento. Como é que foi esse planejamento na tuberculose?

GG - Esse planejamento como todo planejamento, que eu me lembro daí... porque eu vivi em duas áreas: eu vivi aqui e na universidade, era um planejamento feito às escondidas. A gente recebia os formulários todos e desenhava do jeito que imaginava sem nenhum compromisso com qualquer cenário verdadeiro. Era uma questão muito mais de análise crítica de momento e colocação do projeto com base nessa análise. E paradoxalmente os projetos foram até alguns aprovados e saiu recursos; só que como eles não eram consistentes sob o ponto de vista técnico, a operação deles é que fica difícil. No caso da tuberculose, principalmente com Jaime, já no segundo, foi um projeto bastante mais consistente, embora ainda bem inventados. "Quantos são os casos de tuberculoses"? "Vamos dizer que são tantos". "E em que isso resulta, quantos os exames aí..." E aí o restante era de codificação técnica....

TM - Era um planejamento discursivo?

GG - Era absolutamente discursivo. E até, surpreendentemente, que apesar de discursivo, se você pegar as metas e a projeção de trabalho que se tinha, ela não foi tão distante da verdade, quer dizer...

TM - Chutava-se perto?

GG - Era um chute... Não sei se um chute com precisão, mas era um chute com algum nível de aproximação, mas foi tudo assim. Não houve nenhuma discussão... isso não foi... houve muitos cursos de planejamento, etc. mas isso não resultou massa crítica capaz de fazer planejamento. Planejamento aí foi algo colocado apenas para que se tivesse uma documentação formal, e sobre ela fizesse análise, o que também ninguém fez. Porque se tivesse feito análise desse projeto aí, ele não teria sido evidentemente aprovado. Mas esse era formal. Portanto criou-se um mecanismo formal de planejamento sem compromisso com qualquer cenário verdadeiro, nem com verificação de facilidades e dificuldades disso, era meramente intuitivo, um planejamento intuitivo.

TM - Sim, mas e os órgãos estatais... A elaboração desses dois PNDs na década de 70, causaram algum tipo de expectativas?

GG - De recursos. A expectativa que o PND dava era de recurso. Então, todo mundo fazia projeto para receber recursos. Como aliás até hoje...

GG - Até hoje.

GG - Ainda é praxe em muitas áreas, você faz projetos não pensando da realidade, mas projeto de captação de recursos para admissão de pessoal, de modernização tecnológica da instituição, enfim você aproveita determinados canais que representam verbas orçamentárias, para utilizar pra reorganização de serviços, e não com a projeção de uma atividade. Eu acho que isso nesse período aí não vi em nenhum órgão, a não ser esse intuito

de cada um tirar o seu quinhão máximo possível, com o processo de planejamento. E como isso... era também um mecanismo que nem todo mundo dominava, e os poucos que dominavam conseguiram espaço com mais facilidade.

TM - Mas ao longo você colocaria um outro tipo de ritmo, quer dizer, o planejamento foi tomando peso, foi tomando conta da situação?

GG - Aí foi começando a ser organizar, embora praticamente o orçamento nessa terra virou sempre uma brincadeira no meu entendimento. É um exercício de teoria, quer dizer, nunca é muito casado com a prática do poder. Quem detém os melhores meios de planejamento não tem o poder de administrar a execução dos programas planejados, é o caso do IPEA, que detém um conjunto de técnicos com alta competência de planejamento, mas é uma ilha fora do sistema executivo, pode só criticar ideológica e doutrinariamente, mas não interfere no processo mesmo. Acho que o planejamento do Brasil, embora tenha melhorado qualitativamente, ainda está longe de ser um planejamento verdadeiro, ele não tem compromisso de análise com a realidade onde estão sendo projetados, e também as prioridades são muito resultantes ainda desse mesmo mecanismo de aumentar a força da área. Quer dizer, e não com objetivo de melhorar a resposta à população em termos de suas necessidades. Acho que mesmo na tuberculose só na década de 80 é que se começou a ter um planejamento mais consistente, mais consistente, mas mesmo assim instrumentalmente pobre. Ela só conseguiu ter instrumento...

TM - Seria, seria politicamente pobre?

GG - Não...

TM - A viabilidade...

GG - A viabilidade foi até muito forte politicamente na década de 80. Por isso é que um instrumento pobre viabilizou. Quando se conseguiu melhorar o instrumento, já no fim da década de 80, estava politicamente fraca e não conseguiu ter retorno. Então isso mostra que a definição não é uma definição de lógica do processo, é uma definição extremamente política, no momento em que determinados grupos tem maior ou menor força sobre a área de decisão. Então quando você tinha pouco instrumento conseguiu captar recursos e desenvolver um programa, quando você instrumentalizou fortemente, então, você tinha condições técnicas de elaborá-lo com um grau de acertos maior, você começou a ter restrição de recurso. Então acho que isso é um marco dentro do planejamento dessa época da década de 80.

TM - E aí, logo em seguida em 75, a gente teve a V Conferência Nacional de Saúde, quer dizer, o que levou o presidente a chamar essa conferência? Como foi essa... que levou inclusive, à proposta do Sistema Nacional de Saúde.

GG - Sistema Nacional, depois desses conflitos de privatização, depois que já havia custeio com dificuldade do próprio sistema de saúde, o Ministério da Saúde sempre ficando muito pequeno em relação ao recurso da Previdência, certamente o grupo que detém o poder no ministério começou a pensar no sistema de captação rápida de recurso previdenciários,

através de uma integração de recursos financeiros das duas fontes. Mas isso também foi só discursivo, isso não chegou a prosperar porque a fonte de poder era oposta a isso.

TM - É, quer dizer, o Sistema Nacional de Saúde na realidade, ele veio legitimar uma divisão que já estava acontecendo, entre medicina preventiva e medicina curativa. Entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência. Foi nesse momento que a tuberculose passou para o Ministério da Saúde, definitivamente saiu da Previdência.

GG - Não.

TM - Quer dizer, como foi o movimento na Previdência Social, em relação a tuberculose?

GG - A Previdência Social ela tinha como finalidade assistencial exclusiva, e assistencial com a contratação de serviços de toda sorte é uma privatização dos lucros. Porque embora você tivesse uma capacidade de oferta de serviço estatal pequena contratava serviço. Então isso era a meta, o programa ideológico da Previdência. O Ministério da Saúde tinha pouca assistência; salas, hospitais pouca ação isolada é... em nível de atuação, por exemplo, as grandes endemias, que aí sempre teve um papel assistencial marcado... a Previdência, o Ministério, havia muito, porém... a fundação SESP também prestava assistência a uma ponderável parcela da população e o conjunto de força assistencial estava do outro lado, e ali evidentemente é o que requer maior volume de recursos para custeio. E também o Ministério nunca administrou os recursos de saneamento básico. Então, ele tinha na área preventiva uma limitação muito grande... atuação na prevenção primária, com vacinas, entendeu? E procedimentos contra doenças específicas: malária, chagas, esquistossomose... Mas não detinha nem a área de saneamento, nem a área assistencial, então o recurso dele eram sempre muito pequenos. E quem tem pouco recursos, tem pouco força política e em consequência vai ficando sempre separado, a não ser que um movimento externo consiga alterar essa realidade. Naquela época o movimento externo não era a regra, os movimentos eram entre articulações de grupos, evidente, os grupos fortes sempre saiam ganhando. No caso específico da tuberculose o paradoxo nesta década de 70 foi pequeno, quer dizer, continuou o Ministério da Saúde sendo o ministério que atendia pequenos reclames do nordeste e do norte, e o sul e sudeste separados do Ministério da Saúde, com atividade de controle de tuberculose bastante independente... E começou a ter alguma organização em termos de integração federal com aquele movimento ocorrido no Espírito Santo... E depois de integração de recursos, depois o Rio Grande do Sul, e depois no Pará.

TM - Mas essa integração de recursos que você fala, é à federal e estadual também?

GG - É, passou por todo o recurso federal do Espírito Santo, da Previdência e do Ministério da Saúde ao nível do estado que administrou o programa de controle da tuberculose a partir de 73.

TM - E nesse momento, aquela resistência inicial, referente a ... um pouco voltada para a privatização e que obviamente estaria atrelada à Presidência, ela não reapareceu, não ressurgiu nessa discussão?

GG - Nesse primeiro aí, vejam vocês, isso aí é um movimento de um estado pequeno, não é? Um estado que representa talvez 1% da população brasileira; e com a liderança local extremamente forte, quer dizer, então ele tinha acordos que facilitavam a nível de governo do estado - que eu acho que era até o irmão dele -, em nível de articulação com o público médico, ele é uma pessoa notável dentro do...

TM - Ele quem?

GG - Era o Jayme Santos Neves, ele tinha força política para dominar a situação e o Espírito Santo, na verdade, também não tinha um hospital é... privado, ele tinha um hospital do estado, como um estado pobre normalmente o capital privado nem consegue se organizar para ter... ambulatorios. Então, o que havia de resistência certamente, era ligada à atenção ambulatorial da Previdência; mas não teve um grupo de resistência hospitalar, que é onde os recursos financeiros ficavam numa concentração. E depois as condições de atuação eram muito ruins, nas duas unidades hospitalares que ele tinha. Eram muito precárias. Então era favorável... a comunidade toda... médicos, a sociedade civil estava favorável a alguma coisa que pudesse fazer isso, melhorar. E as cidades de Vitória, Espírito Santo, tinha uma força na tuberculose extremamente muito elevada, era muito elevada. Então, consequência disso é que ali foi implantado com muito pouca resistência, até. A liderança era forte e não havia perda econômica de nenhum grupo particular [interrupção da fita]

### **Fita 6 – Lado B**

GG - ...acho que perderam dinheiro, mas certamente não era substantivamente forte para criar uma resistência.

TM - E aí a Previdência Social saiu da...

GG - Saiu do controle da tuberculose, e isso depois foi a experiência que passou pro Rio Grande do Sul, pela mesma razão, liderança forte... O secretário de saúde, que era um secretário forte, muito ligado ao governador... O grupo da tuberculose com muita influência dentro da secretaria é... isso fez com que ele desse apoio - que era o Jair Soares-, ao programa de controle da tuberculose no Estado do Rio de Janeiro, com Lote e outros; o Lote já veio um pouquinho depois, inclusive. Mas essa então foi uma experiência com base nisso que ele expandiu e pelas mesmas razões políticas; só que o Rio Grande do Sul tinha resistência; porque tinha os hospitais privados, então ali mesmo também, porque a própria organização de atenção a saúde lá era maior. O sistema privado participava mais através da Previdência. Lá a resistência foi bastante maior pela força política que nessa época era incontestável, ela foi suficiente para vencer. E você repare que essa força política era entre os mesmos grupos de interesses, quer dizer, você aí não está jogando esquerda contra direita. Você está direita contra direita por razões de operação do estado, de como vêm o estado. Não é uma questão ideológica, é uma questão de ver o estado. Ideologia do estado, não é ideologia de formação política.

TM - E em outras áreas?



GG - A terceira área era a mesma coisa. Foi o Pará. Aí o Almir Gabriel, com liderança marcada, contatos com o governador, secretário de saúde, etc.... Acho que ele tinha acabado de... ele era...Acho que nesse momento ele era o diretor da Divisão e o secretário de saúde era Ernani Motta, que era compadre dele, compadre em todos os sentidos, inclusive de verdade.

TM - Família.

GG - É. Amizade de infância e o governador porque apoiou essa política. Também lá à semelhança do Espírito Santo, não havia um grupo privado capaz de resistir. Porque a hospitalização era feita no hospital do estado, que era o hospital federal que era o Barros Barreto, que é um hospital que à época já era um hospital reconhecido, bem aceito, então na verdade o prejuízo era só de alguns grupos médicos que atendiam em nível ambulatorial. E onde isso ocorre capacidade de resistência é pequena porque muito pouca força para vencer uma questão onde a decisão política está firme. Depois aí um outro estado que entrou, já começou acho que na década seguinte foi o Piauí. Já foi na nossa administração também pela mesma razão. O Sidnei Portela que era da tuberculose, na época era acho que governador do Piauí, sendo ele governador do Piauí tendo designado uma pessoa da tuberculose do Ceará para trabalhar no Piauí, essa pessoa em contato com a gente propôs que a gente fizesse um movimento rápido para implantação no Piauí. Então, você vê que até aí tudo foi uma medida de contingência de circunstâncias políticas que favoreceram. O momento depois disso também foi político, quando o grupo do Rio Grande do Sul, assumiu as duas ministérios: da Previdência e da Saúde.

TM - E como foi isso? Esse grupo era... um grupo voltado para a privatização?

GG - Pois é, eram os grupos que tinham participado da experiência do Rio Grande do Sul: Jair Soares, o Valdir Arco Verde, trabalharam nessa área, e todos os dois foram ministro de cada área... ficou bastante fácil o convencimento político. Aí sim se teve resistência, porque como passou a ser um negócio de nível nacional... a resistência em São Paulo foi uma resistência enorme, e São Paulo venceu sem resistência pelo apoio decidido do Adib Jatene, que era o secretário de Saúde. Aqui no Rio de Janeiro, foi o Silvio Barbosa, que embora não desse um apoio ostensivo nunca foi contra, porque também era da tuberculose. E em Minas Gerais, que foi outro ponto de resistência... e Paraná. Então, cada área foi um processo demorado, complicado e com uma luta muito severa. Com o movimento de botar doente na rua; dizer que o hospital estava falido, e assim vai; casa civil entrando em ação pra pressionar para não acontecer aquilo... E felizmente os dirigentes mantiveram a linha e pode-se fazer em um ano e pouco, a implantação em todo o país.

TM - Tá, mas na realidade foi uma resistência é...

GG - A resistência era de três grupos: o primeiro grupo de hospital; eram os donos de hospital... uma resistência médica, uma resistência empresarial.

TM - É, nesse momento era uma resistência ao contrário, quer dizer, se entram dois, dois representantes do governo, do Ministério da Saúde e da Previdência, dentro de um estado,

onde a privatização era legítima, era forte, quer dizer, então na realidade, a resistência era ao contrário, era estatização?

GG - É, mas o Jair e o... No caso específico da tuberculose, depois você se lembra o Previ-Saúde, que foi uma tentativa de fazer algo a semelhança disso, com aplicação de recursos? Sem que isso significasse privatização e estatização, e sim organização. No caso por exemplo da tuberculose, a idéia não era estritamente estatizante, mas era função do estado. Esse era um consenso entre eles também; que isso devia ser assim pelo problema que a tuberculose ainda expressava, numericamente e pelas circunstâncias de ser uma doença de estrita conotação social. As resistências eram empresariais no sentido dos proprietários de casa de saúde; dos grupos médicos que atendiam os doentes ambulatoriais da Previdência... isso a gente tinha em quase todos os estados, e se você fosse ver, se a gente visse as fichas dos doentes; não tinha sequer registro, quer dizer, tinha o nome do doente, mas quantas vezes ele foi botava o que quiser. Então era uma coisa realmente de extrema facilidade para auferir algum dano.

TM - Claro, é verdade, grandes danos.

GG - É, então você tinha resistência do grupo empresarial, do grupo médico envolvido nessas vantagens - que felizmente nunca foi muito grande, nunca também foram os líderes, porque quem está envolvido nesse tipo de atividades em geral faz só liderança a nível empresarial e não liderança técnica, então não tinha liderança técnica. E terceiro que já é um grupo organizado e forte que é *lobby* de indústria farmacêutica... Porque aí começou a mexer num outro problema que é a... a compra centralizada pelo estado, independente da indústria farmacêutica que estava determinando a compra. Isso era de tal sorte que a compra nacional de medicamentos para o país todo em um ano, e com sobra extraordinária foi menor do que o orçamento de medicamento do Rio de Janeiro e São Paulo da Previdência. Quer dizer, então você tem uma idéia de como havia excesso de preço e, possivelmente, desperdício de droga.

TM - Sim, como é que era o repasse dessas drogas? O Estado comprava essas drogas, repassava para a Previdência...

GG - Antes...?

TM - Sim, nesse período onde existiam grupos privados. Como é que era a questão da medicação?

GG - Havia um esquema de tratamento que os hospitais faziam ou não. E justificavam que não era aquilo, pela intolerância ou por não melhora do doente, então fazia um esquema com drogas mais caras, sistematicamente. Então eles...

TM - Mas essas drogas não vendiam na farmácia?

GG - Não. Vendiam algumas, mas eles compravam direto dos laboratórios. Os hospitais que eram os grandes... E depois no ambulatório a Previdência comprava direto dos laboratórios. Então fazia um jogo do mercado...

TM - Quer dizer, a compra de medicamentos não passava pela Campanha?

TM - Não. A compra dos medicamentos era, ou dos proprietários de hospital ou da Previdência. Também o estado de São Paulo sempre comprou autonomamente, o Rio Grande do Sul sempre comprou autonomamente. Mas era, portanto, um jogo muito pesado, e talvez mais organizado. E ainda com outro agravamento de que isso não foi... depois no processo de compra isso não foi dado para nenhum grupo que vendia remédios, isso foi dado para um grupo externo, que não tinha nenhuma relação comercial até então... Isso foi comprado da Bulgária que não tinha relação comercial, nem tradição de venda de produto, apenas foi o momento que vendeu a preços muito mais baixos e houve a opção.

TM - Nessa hora a licitação foi legítima.

GG - É, a licitação aí aparentemente foi legítima. Inclusive havia interesse de transferência de tecnologia, mas nunca foi feito porque o próprio laboratório que ia receber a tecnologia nunca se interessou, certamente também por razões comerciais, e eu imagino também que a própria Bulgária tinha interesse em não fazer, isso...

TM - Vender a tecnologia.

GG - Vender um produto terminado, e não vender o processo de fabricação.

TM - Certo.

GG - Chegou a haver um tanque com capacidade de produção, aqui no estado do Rio, uma empresa que foi financiada pelo governo para isso que era a CIBRAM, mas isso não operou, então a gente tinha um tanque de fabricação.

TM - Interesses políticos.

GG. - Aí, deve ser mais econômico do que político. São vantagens comerciais que fazem produzir ou não produzir.

TM - E ainda na década de 70, é... houve a mudança entre a Divisão de Tuberculose para a mudança de pneumologia sanitária, Divisão de Pneumologia Sanitária, essa discussão da tuberculose e pneumologia, eu queria que você aprofundasse, quer dizer, desse o seu parecer; quer dizer, por que essa mudança? E em que essa mudança estaria inserida na reestruturação do ministério também nesse momento?

GG - É... a mudança aí ela já vinha ganhando corpo, porque no ponto de vista assistencial, a tuberculose já não estava representando um grande volume de atendimento em nível hospitalar. Você já tinha uma demanda muito grande de outras patologias. Era o caso das doenças obstrutivas crônicas, o próprio câncer, que já na época, o procedimento era exclusivamente cirúrgico, era muito mais tratados nos hospitais de tuberculose do que qualquer outro tipo de hospital, câncer de pulmão. E com o começo das notícias dos problemas das infecções respiratórias agudas com agravamento da saúde. Com essa lógica, com

o aumento de necessidades em termos de ascensão hospitalar, ambulatorial, então a pneumologia passou a ser substituída da tuberculose. Era exatamente a dimensão relativa da tuberculose, nesse conjunto, que começava a dar claros indícios de redução.

TM - Mas seria um aumento do inúmeros de casos de outras pneumopatias, ou seria é... um maior conhecimento das pneumopatias que já de certa forma existiam?

GG - É, de certa forma existiam, mas a população vai envelhecendo nesse período. Cada década dessa projeta uma expectativa de vida maior. E a maior parte das doenças obstrutivas, é uma doença que vai decorrer do envelhecimento da população, o próprio câncer, no caso de câncer do pulmão a frequência é maior na medida em que há maior envelhecimento. Então, isso resulta que obrigatoriamente essas doenças vão aumentando. E como, as obstrutivas são muito invalidantes, necessitam de um doente muitas atenções por ano, isso faz com que esse tipo de doença passe a ter um... um espaço próprio. Ainda aí, deveria ser um volume pequeno em relação à tuberculose, mas já tinha suficiente tamanho para exprimir o problema, era uma alteração relativa. Porque a tuberculose não estava diminuindo; as doenças outras, por essas circunstâncias, é que estavam em franco processo de ampliação.

TM - E... nesse momento aí em 76 houve toda uma estruturação do Ministério da Saúde, criando as secretarias nacionais... nós ficamos vinculados a Secretaria Nacional de Programas Especiais, isso mudou em que administrativamente, politicamente, para nova divisão do Curicica?

GG - É. Isso já vai um distanciamento da linha de poder. Até aí em geral, a articulação era um ponto de separação do Ministro. Muitas vezes tinha até um intermediário num departamento qualquer, mas o contato era sempre à nível ministerial. Inclusive, até essa época aí o próprio ministro chamava os candidatos, a qualquer dessas áreas, ou dessas divisões para conversar e não era o secretário que fazia esse contato. Eu posso dizer isso, porque eu fui convidado aí, nessa época pelo ministro, e não pelo secretário. Nessa época eu não aceitei, quem foi o Davi. Não era, pois, uma relação direta com a secretaria, porque já existia um departamento. Aí depois, institucionalizou-se com a secretaria forte, isso afastou a direção do ministro.

TM - E significou perda política para...

GG - Menor espaço político para navegar. Na verdade... porque era o Gabriel, uma pessoa muito hábil e conseguiu conduzir isso muito bem. Ele era muito próximo do grupo que estava no poder que era o Nunes e o Seixas.

TM - O David só ficou um ano praticamente, né?

GG - É.

TM - Por que você colocaria isso aí? Continua o mesmo ministro, por que essa troca no meio do...

GG - É, o David... Se perdeu a motivação, e clima para continuar... Não era talvez uma pessoa com a vocação clara de dirigir, de mando... um bom organizador...

TM - E o Davi era de onde?

GG - Ele do ministério, mesmo, funcionário da Divisão; funcionário dos mais conceituados dentro da Divisão; mas ele perdeu a vontade de brigar, por isso ele preferiu sair para que outra pessoa de maior capacidade...

TM - Ele se prontificou a sair.

GG - É, a opção foi dele, exatamente porque ele não queria é... fazer essa briga por espaço porque aí já era mais [?]

TM - Aí chegando perto da década de 80, por esse caminho que a gente está fazendo... em 79 a gente começou a discutir o Previ-Saúde, né? Que na realidade foi a mãe, digamos assim, a origem do SUDS, começou lá essas discussões nas áreas, enfim, vamos percorrer esse caminho, queria que você percorresse esse caminho com a gente. Em 80 teve a grande crise da Previdência, que você tinha colocado que isso foi um momento que se consolidou o Programa Nacional da Tuberculose. Eu queria que você falasse um pouco mais desse momento de crise da Previdência, e se tem relação com essa consolidação.

GG - É... o acho que certamente o fator crise, sempre leva todo mundo a querer racionalizar, e como a medida racionalizante implica redução de custos é uma política que é fácil de se justificar. Mas o móvel político não foi exatamente aí, o resultado da racionalização e foi assim uma melhor eficiência que se esperava. É claro que todo mundo tinha uma expectativa que podia resultar numa redução de gastos, mas na verdade o móvel era melhorar a forma de atendimento, é... a gente pelas experiências anteriores tinha um idéia que o gasto também seria reduzido particularmente, porque a política passava a ser de redução hospitalar. Na medida que você reduz o gasto, que era de 80% das despesas, com hospitalização e 20% em todas as outras ações; se você reduz o volume de hospitalização, é... você evidente, vai ter uma redução de despesas ainda que faça qualquer outro processo de melhoria administrativa com maiores gastos. Mas o que você tira de um é tanto, que passou a ser de 80% para 40% imediatamente. Então esses outros 40% não foram gastos, você gastou dos 40 mais 20; então você teve uma economia de uma outra parcela equivalente; o resto era administração central, e outros gastos. Mas nesse momento aí, a vantagem dentro do processo de Previ-Saúde, todo ele foi liderado por pessoas muito próximas da tuberculose, inclusive, tinham trabalhado em tuberculose no Rio Grande do Sul, e a tuberculose era um exemplo permanentemente mencionado, como se podia articular o sistema de saúde em diferentes níveis de poder federal e estadual com resultado favorável. Então, a partir daí, com a montagem que já se tinha de sistema de saúde, era mais ou menos clássica internacionalmente; se colocou o processo do Previ-Saúde com as suas... nível de regionalização, hierarquização, enfim, todo o processo que nunca prosperou, mas o discurso evoluiu um tempo e deu espaço para que até viesse a ocorrer adiante.

TM - De qualquer forma o Prev-Saúde, ele passou por um processo interessante. Já tivemos pelos menos, quatro versões do Prev-Saúde. Quer dizer, teve a primeira versão eu me lembro que o doutor Aluísio participou dessa primeira versão, que era uma versão progressista que tinha participação comunitária, tinha toda uma proposta, muito vinculada com a Alma-Ata, trazia toda uma, uma idéia de mudança...

GG - A Alma-Ata acho que foi um pouquinho depois.

TM - Foi antes... Não. Foi antes, que deu origem ao Previ-Saúde.

GG - A Alma-Ata foi 82.

TM - Não 71.

GG - Mas só assumiu em 82.

TM - Sim, mas de qualquer forma o Previ-Saúde estaria pautado...

GG - É... o movimento internacional...

TM - Na Alma-Ata. (?)

GG - É. O Previ antecedeu um pouco isso.

TM - Que era um movimento internacional.

GG - É, antecedeu um pouco o movimento de Alma-Ata, a reunião de Alma-Ata. Mas era um movimento já de sanitarismo internacional.

TM - Pois é, mas de qualquer forma o Previ-Saúde trouxe... ele foi depauperado pelas esquerdas, que estava começando a atuar, e isso foi uma proposta digamos assim dos grupos de esquerda. E ele foi sendo discutido, alterado, discutido e alterado, e cada hora aparecia uma versão. Tinha inúmeras discussões; o sindicato dos médicos, conselho de medicina etc...

GG - Mas aí já é outro nível de participação apesar de ser o governo militar, mas já havia um nível de participação muito forte.

TM - Sim, inclusive que permitiu esses grupos organizados de instituições se associarem.

GG - Apresentarem propostas.

TM - E apresentarem propostas, enfim esse movimento foi crescendo e acabou sendo engavetado, mas de qualquer forma ele trouxe...

GG - Engavetado por isso mesmo, porque ele no seu final...

TM - Porque polemizou.

GG - Porque polemizou, e no seu final ele fez um processo que era estatizando no seu sistema global e no momento em que a linha política não era de valorização do estado. A valorização do estado talvez até ela tenha ocorrido um pouco antes desse período. Nesse momento aí o estado começou a ser mais questionado pelos grupos neo-liberais, que já dominava a linha econômica, e eu acho que isso foi torpedeado pela Previdência, pela força da Previdência que impediu que o processo caminhasse. Mesmo já na época do Jair Soares, isso já não conseguia prosperar, tinha que fazer tantas alterações de rumo que na verdade ele deixava de ter consistência. E também nunca se chegou a pensar em implantar não, era mais um mecanismo de discussão.

TM - Foi eficaz então?

GG - Foi eficaz, ele criou massa crítica, né?

TM - Criou massa crítica.

GG - Eu sei porque....

TM - Se bem que o movimento é de *feedback*, já existia essa expectativa ou essa demanda, espaço político...

GG - Quero dizer o seguinte, tudo isso não foi criado pela esquerda. A esquerda entrou, e ocupou bem o espaço, mas a partida disso foi por grupos que tinha exclusivamente pensamentos estatizante, mas não de esquerda.

TM - E eu queria que você caracterizasse... a monopolização do estado no controle da tuberculose, quer dizer, a gente já vem caminhando o estado assumiu, e ele assumiu a questão dos medicamentos. Como é que ficou a discussão de medicamentos na década de 80? Você já apontou numa outra entrevista, mas como é que essa discussão toda de reorganizar os serviços, dividir o Ministério da Saúde Previdência, como é que nesse momento de 80 essa monopolização se consolida de fato.

GG - Na tuberculose?

TM - Na tuberculose.

GG - Aí se consolida por conta desse instrumento.

TM - Quer dizer, até nós chegarmos hoje é de... Há um monopólio completo: só o Estado, só o Ministério da Saúde trabalha com tuberculose; compra medicamentos, (?) medicamentos.

GG - Se bem que agora já tem o laboratório de São Paulo oferecendo medicamento a população com o mesmo nome técnico inclusive do produto. Mas na época a idéia que tinha era exatamente que... O problema de controle da tuberculose que era aquele conjunto

político de reforço da ação estatal, e nesse reforço da ação estatal estava incluído nacionalização de serviço. Ele tinha que ter é... um eixo, que era um eixo de informação de natureza epidemiológica e informação administrativa, e um suporte, que era não o repasse financeiro, mas um suporte porque o seu repasse financeiro, a gente tinha a idéia clara que ele ia desaparecer rapidinho, e como era para ter ganho, imediatamente depois de ter feito, sempre o poder federal sempre extrai de manter o repasse financeiro comprometido. Isso é uma lógica que a gente já tinha certeza, então a gente queria tirar essa lógica, assegurando o poder federal um compromisso com a fração mais cara do processo assistencial, que era o custo da droga. Então nosso objeto foi fazer... evitar a redução do papel do estado adiante mediante um compromisso de adquirir permanentemente o medicamento, a vacina e outros insumos que pudessem ser necessários a minimamente atender as necessidades da programação. Então, a lógica foi essa, o eixo que era um eixo de informação, e o suporte que era um suporte financeiro mascarado sob a forma de compra de medicamentos. E a gente imaginava que com essas duas vertentes a gente detinha informação e tinha o poder de barganhar permanentemente ao nível dos estados e municípios uma melhor atuação uma vez que a gente tinha uma grande oferta de recursos a dar. Isso em geral funcionou muito bem, e os estados quando receberam o dinheiro da Previdência, também começaram o programa... O próprio estado a lógica é simples: o federal, a gente dava dinheiro, esse dinheiro em quatro anos já era zero. O dinheiro que era da Previdência, isso já era praticamente uma fração foi incluída dentro de questões mais gerais, até chegar no momento em que não tem dinheiro específico. A tuberculose está embutida dentro de um programa geral de saúde. Então, essa era a lógica do financeiro propriamente dito. E a gente fazia com o estado era a proposta de se administrar melhor o seu recurso - que era o recurso que a Previdência repassava para o conjunto de ações -, que ele ia ter menos gasto, esse menos gasto não é foco fácil, quer dizer, de remédio a gente dava, e ele controlava os seus laboratórios e reduzia a internação. Então era uma administração relativamente simples, do ponto de vista de redução de despesas, embora complexo no ponto de vista de eficiência. Porque isso aí para melhorar o atendimento ambulatorial ia requerer um grande esforço de treinamento, um mínimo de estruturação, e aí você pode ver que a gente nunca conseguiu caminhar para implantar nem todas as unidades de saúde de maior complexidade. Então, assim mesmo as de maior complexidade uma parcela delas, nunca pode ter ação de controle da tuberculose pela forma como elas atuam na sua, na sua prestação de serviço. Mas eu acho que a sua...

TM - Eu queria que você falasse melhor isso aí, essa parte não...

GG - De que?

TM - É, dessas unidades...

GG - Não. Nós podíamos determinar a nossa forma, a força política e o que a gente queria, melhoria do programa baseado na vertente da informação, e o nosso apoio em nível federal. Redução de gastos ao nível de estado mercê da administração ambulatorial do tratamento e redução de hospitalização e sobra desses recursos para o que o Estado melhor quisesse para administrar, não exclusivamente em tuberculose, e a tentativa de ação ambulatorial precedida de uma reorganização de serviço; de treinamento, de supervisão, de apoio logístico em termo de insumos, a área física etc... O que eu estava dizendo é que esse



processo de reorganização do treinamento e apoio logístico, ele não foi tão eficiente, porque evidente... embora se reduzisse o gasto, o estado tem outras prioridades em cada momento, e a tuberculose, não era a prioridade maior... Então, a gente não conseguia nem que as unidades de maior complexidade; os centros de saúde, os hospitais... tivessem todos eles diagnósticos para tuberculose para baciloscopia, condição de fazer vacinação BCG, pelo menos a nível ambulatorial, na maternidade, enfim. Não foi factível, isso, em termos nacionais com a cobertura que a gente imaginava perto de cem das unidades de maior complexidade. Mesmo no fim desse processo - ele estabilizou em 86, depois não progrediu mais-, não passa de 60% das unidades, 60 a 70% das unidades, maior complexidade dos hospitais vai um pouco mais até... Mas de qualquer forma um percentual não pequeno em termos de ofertas de serviço, não foi implementada sem as condições da tuberculose. E não fará nas outras áreas, que são áreas de menor poder resolutivo, que são as unidades simplificadas, posto de saúde, unidades de atendimento nível distrital, que normalmente é muito ineficiente, quer dizer, é com...

### **Fita 7 – Lado A**

TM - Entrevista com o doutor Germano Gerhardt, fita nº 7.

GG - Então, eu estava falando que os postos de saúde, que são unidades mais simplificadas, de qualquer um dos níveis, não vou classificá-los, mas sim enquadrá-los como um nome genérico, é... eles não tiveram por absoluta falta de atividade resolutiva, condições de implementar um programa de controle da tuberculose. O número é sempre muito pequeno em relação ao universo registrado, o que a gente viu não era...num desses momentos, especialmente quando houve uma profusão da saúde com recursos do chamado FUNRURAL, que isso era unidades fictícias, na verdade que não eram unidades nominais, às vezes até o prédio existia, mas não tinha nenhuma ação de saúde lá dentro. Era o lugar que o prefeito designava alguém para trabalhar e funcionar como mais uma área de captação eleitoral do que qualquer ação de saúde. Então, era impossível pensar naquelas condições de atuação, para que aquela unidade pudesse ser incorporada um dia a um programa de saúde ... Isso estabilizou uns 10 à 15% das unidades de postos de saúde.

TM - No interior do país?

GG - É, no interior do país. E o que a gente quer justificar é que muitos desses nominalmente, chamados postos de saúde, não são postos de saúde. São unidades, você pode ter registrados eles...

TM - São postos eleitorais...

GG - ...no Rio de Janeiro tem um monte de unidades paradas, fora da cidade no interior, não operando.

TM - E as do interior com convênio com a Fundação SESP?

GG - É o SESP sempre foi uma questão particular. O SESP, o SESP nas áreas onde ele atuou, ele sempre fez um programa dentro dessa ideologia de um programa estatal único, a Previdência ali suportou já muito, desde muito cedo recursos para a Fundação SESP. Então, o SESP já tinha uma história de integração já desde a década de 50, e manteve esse programa de controle de tuberculose com muito êxito em todas as suas unidades, era o exemplo de que as unidades simplificadas podiam funcionar adequadamente. Inclusive os resultados dos tratamentos obtidos com o esquema de longa duração e com drogas difíceis, eram melhores do que hoje a média que se encontra no Brasil com o esquema curto, muito mais fácil de fazer.

TM - Na Fundação, especificamente na Fundação SESP?

GG - Na Fundação SESP.

TM - Na gestão do Aldo?

GG - É, daí em diante. Quando funcionou... depois que introduziu... isso foi o Laurênio, o Aldo que introduziu... daí em diante nunca mais, isso perdeu esse espaço. E funcionando muito bem porque o SESP é um serviço organizado nesse particular. E além disso também, citar os movimentos simplificados de atenção à população indígena que desde a década de 50, com máxima evolução em 60, 70 já era bem rotineiramente com resultados semelhantes de qualquer unidade de maior complexidade. Então, os demonstrativos das possibilidades operativas ambulatoriais sendo aplicadas eram óbvios, o que não existia era a unidade operativa na maior parte dessa chamada rede de postos básicos de saúde.

TM - Eu queria saber o seguinte, quer dizer, a padronização que nesse momento... assumida para medicação da tuberculose ela servia como um gancho, ou como reforço para reorganização do estado? Quer dizer, ela foi ao mesmo tempo uma indicação técnico-científica, e uma indicação política?

GG - É a idéia, como nós dissemos, é que... A linha financeira que... pelo menos a imagem que a gente tinha é que ela tinha que ser suportada de qualquer maneira e que é a melhor maneira era a compara de remédio. Nessa época coincidia que o melhor remédio era extremamente caro, que era a rifampicina, e a pirazinamida também era um remédio caro, então nós tínhamos aí um poder de compara de algo caro que podia ser ofertado, então foi um instrumento que facilitou a ação do programa e a ação estatizante, e isso é tão forte que São Paulo que era sempre um estado que tinha seus próprios projetos de tratamento aderiu. Primeiro porque o custo era muito caro, e segundo porque o programa de tratamento era sabidamente eficiente, não havia resistência técnica...

TM - Sim.

GG - Então, dentro da ideologia geral de um programa de controle, é claro que a *standartização* das ações, a padronização de normas no procedimento ela fazia parte, mas o outro gancho, que eu já falei antes, é de que isso tinha que ser divulgado pelas lideranças, quer dizer, foi o mote que se utilizou para que esse programa que tinha essa diretriz de unificação é... tivesse aceitação incontestante de todos os trabalhadores de saúde, quer dizer,

usamos as lideranças nacionais todas na divulgação dessas idéias, tanto no tratamento e diagnóstico, enfim, todos os processos.

TM - E durante a sua gestão, quer dizer, estamos já na sua gestão, né? Houve mais ou menos seis mudanças ministeriais, ou algo semelhante; houve alteração? Como é que foram essas mudanças e que alterações elas foram impingindo, na tua gestão?

GG - É a mudança, já aí no período Sarney, esse processo de co-gestão, já é um processo do governo Sarney, é em 85, se não me engano que começou, é ele aí em termos de problema na fase inicial ele não trouxe muito não, porque a linha política era de um ministro que deixou, nós tínhamos a oportunidade de aproximar e tinha ainda o apoio da Fabíola, que era a mulher dele; então essa linha ela defendeu muito tempo. Até que ele foi. Começando a sofrer um pouco mais de afastamento.

TM - Era o Carlos Santana?

GG - Carlos Santana. Já era o governo do baiano seguinte que era ...

TM - Roberto Santos.

GG - Roberto Campos..., Santos não, Campos. Roberto Santos, que embora um professor ligado inclusive a pneumologia, ele tinha participado da transferência do hospital de fisiologia de Salvador para a Universidade Federal da Bahia, a orientação dele lá. Então ele tinha alguma experiência. Mas ele pelo tipo de personalidade ele não facilitava tanto o acesso quanto o ministro anterior, então ficou um isolamento, uma distância maior em relação à linha de poder. Depois aí veio os outros ministros de duração muito curta e, enfim, infelizmente a gente ficou afastado aí até por é... decisão, não por outra razão, mas que como já tinha uma área um espaço suficiente para atuar foi permitindo ser levado o barco, mas com grandes dificuldades.

TM - E como é que foi essa mudança do DNPS para Brasília em 80? Como é que foi esse processo de mudança?

GG - E, isso aí foi um processo tumultuado, porque foi feito assim meio na base de uma decisão adotada a nível da cúpula da secretaria.

TM - Quer dizer, primeiro por que ela não tinha ficado no Rio?

GG - Ela já não era do Rio, ela já estava em Brasília. Não estava em Brasília o diretor e uma parte dos técnicos; ela foi transferida. Ela desde o...

TM - Ela foi junto com o Ministério...

GG - Para Brasília.

TM - Quando o Ministério foi?

GG - Isso. Mas todo o corpo técnico estava aqui na cidade do Rio de Janeiro, já desde a época do Almir Gabriel que era localizada em Brasília, ele fazia ponte aérea; vivia no Rio de Janeiro e ocasionalmente estava em Brasília. Mas na verdade é... por conta... tinha seu corpo de trabalho, Brasília era um núcleo muito pequeno, é... a força tende para cá. No meu caso particular, quando eu assumi, eu já tinha assumido com o ministro, eu procurei ficar no Rio, eu pessoa física, então eu tomei posse no Rio, não tomei posse em Brasília.

TM - Era na rua do Resende também?

GG - Era na rua do Resende, mas tinha Divisão em Brasília. A Divisão estava lá; apenas os nossos cargos estavam aqui no Rio, e aí nós fizemos a transposição de algumas dessas funções. O diretor não. Eu nunca passei a exercer em Brasília, exerci sempre todo meu período de direção no Rio e... Mas foram levados para lá esse quadro de direção, esses quadros de direção ficaram em Brasília.

TM - Mas foram as direções do Rio que foram para lá?

GG - Direções que eram antes ocupadas por pessoas do Rio, mas que...

TM - E o que era, como era?

GG - Era Divisão de Avaliação e Controle, tinha o Serviço de Epidemiologia, de Administração e de Ensino e Pesquisa. Eram as quatro que foram transportadas, essas quatro funções para lá, quer dizer, era só ampliação da base que tinha; eu é que não fui.

TM - Sim, mas por que houve essa... quer dizer, o que fez com que precisasse essa....

GG - Porque o ministério achava necessário, que a tuberculose tinha essa experiência já desenvolvida, de tentar captar um pouco da tuberculose para expandir para as outras áreas de atuação que tinha lá nos outros serviços; tinha a hanseníase... degenerativa, enfim, toda a linha que compunha a então secretaria do programa especial de saúde. A idéia era fazer isso e também porque o poder ficava mais próximo do nível de decisão, mas eu particularmente cheguei a um acordo de também de fazer ponte aérea também ao contrário: morar aqui e ir lá, semanalmente.

TM - E quem era do centro de referência, qual era a história da criação do centro de referência? Para que ele foi criado? Quer dizer, existia já a Divisão de Pneumologia e a Campanha.

GG - Repare que nós estamos nesse processo de reforçar a área de Brasília, e o processo é lento, porque a captação de recursos para Brasília é difícil; os salários são baixos, os salários que o governo oferece são baixos; nós levamos gente de muita competência inclusive, quase todos hoje, os principais pessoas que estão aqui trabalharam em Brasília: Margareth, Lúcia Penna, é... foram das direções nossa em Brasília, e só para ter uma idéia... o Francisco... Então, todos trabalharam lá, quer dizer, a gente estava levando quadros de competência, não eram quadros... o Mourão... todos quadro de competência, então isso significava tentativa de implantar, mas as pessoas ficavam um tempo e...

TM - Voltavam...

GG - ...abriram mão disso rapidinho, aceitavam qualquer coisa menos ficar lá. E é até natural, suas raízes não estavam lá. Então a gente subestimou muito...

TM - Acabava sendo um castigo (risos).

GG - É. Não, não era castigo porque a pessoa passou a ocupar uma função alta, imediatamente, profissionalmente era uma vantagem, mas ele ganhava essa vantagem, ela se exauria, ele sai fora, preferia ter menos vantagem em outra área. Mas então, foi difícil a constituição de um núcleo em Brasília, e por outro lado aqui no Rio, a gente já tinha captado muita gente. O nosso processo de captação começou já em 80, logo depois aí veio Maria Lúcia, Miguel, José do Vale; foram os primeiros a entrar... todo o pessoal do ITP por captação, depois isso foi ampliando, ampliando até que chegava a um ponto que precisa ter um mínimo organização de trabalho para as pessoas produzirem, e já na proposta que eu tinha feito quando assumi, quer dizer, ao lado do controle da tuberculose ação, a gente propôs imediatamente também um trabalho contra o fumo e nas infecções respiratórias agudas; eram as três áreas e nas áreas ocupacionais. Nas quatro áreas que a gente atuava, e por isso o pessoal do ITP, porque era os que davam suporte à área da pneumologia...

TM - Quem veio do ITP?

GG - Veio Alfredo Frenô, Selma Martins, Ezemar, Gilvan, um tempo, mas nunca como funcionários, só como colaboradores, como assessores especiais. Mas de toda a sorte para dar suporte a toda essa área de tecnologia diferente da formação do pessoal que estava dentro da então Divisão de Pneumologia Sanitária, que era sanitária no nome, mas era tuberculose de fato. Então captando gente começamos a poder já nessa linha, que é a linha de controle de tuberculose, já estava com ela delineada. Na linha de fumo a gente implantou já em Brasília a primeira Comissão Nacional de Combate ao Fumo...

TM - Foi quando?

GG - Em 83, a primeira Comissão Nacional foi em 82/83; composta dos notáveis da área; Rigatto, Rosemberg, Jaime. Todo mundo que tinha uma atividade reconhecida, então compusemos o núcleo central e que fazia uma outra linha de atuação, também a terceira linha, que era a linha das infecções respiratórias que foi sempre tentada a fazer... daí o papel da Margareth aí nesse ponto inicial através de Brasília; a gente tinha a Goreth, também trabalhou e trabalha; a Goreth foi a única desse grupo, que saiu, foi e ficou, a única pessoa. Mas então, nós tínhamos ao lado dessa linha de desenvolvimento da pneumologia já imaginado, já naquela época um centro de pneumologia, que não seria hospitalar, a nossa idéia sempre foi de um centro onde o grupamento pudesse dominar a tecnologia e desenvolvimento de tecnologia, e funcionasse como um corpo de orientação direta às normas, das ações das normas.

TM - Mas isso não estaria contido na Campanha esse direcionamento normativo?

GG - A Divisão e Campanha é uma coisa só. Não existe essa fissão de nome, não existe...nunca...

TM - Então, já estaria... já estaria isso contido dentro da Campanha, a Divisão?

GG - Não, porque a Campanha é de tuberculose, na sua nomenclatura, e a gente está criando um centro de pneumologia e tem uma abrangência já mais próxima da Divisão do que da campanha. A abrangência era mais um complemento; a idéia era isso... Brasília nunca vai ser um núcleo tão grande, então, a gente tem um núcleo forte, não vamos acabar com esse núcleo forte, vamos ampliar esse núcleo através de uma coisa organizada que pense tuberculose e outras área de interesses.

TM - Mas seria prioridade dos Centros de Referência, a pesquisa?

GG - Nessa época não chamava Centro.

TM - Chamava como?

GG - A gente pensava um centro de pneumologia. Seria a prioridade... seria continuar a tuberculose, reforçar o fumo, o IRA, micoses...ocupacionais, asma e DPOC. Seria as linhas que tinham o programa. Isso era o centro, com laboratórios... Porque isso foi bombardeado, porque o pessoal de Brasília dizia assim: "Ah, vocês vão fazer um castelo para hostilizar a gente aqui em Brasília, não a Divisão, mas vocês vão ficar mais forte que a gente e vão nos hostilizar."

TM - E a proposta seria que o Centro de Referência ficasse vinculada à que?

GG - Ficasse vinculado à pneumologia.

TM - A Divisão?

GG - A Divisão. Ele era um órgão técnico da divisão, seria o CDC da pneumologia; a gente sempre argumentou que isso poderia ser em qualquer lugar do Brasil, que o mais racional é que onde tivesse mais organização mais desenvolvimento que ali se instalasse, mas a resistência foi exatamente que isso certamente era um núcleo de poder, porque deteria o conhecimento e a cultura da instituição, e ia sempre acabar fazendo os diretores como conseqüência, a secretaria seria sempre marginal a esse processo, e já com base também do que acontecia no câncer, que era um outro lado que tinha um poder tão forte quanto o poder da Divisão [...] degenerativa, competia em poder, então eles...

TM - Era o INCA, no caso.

GG - INCA, eles não queriam repetir essa experiência; vai lá vem cá, só já no momento mais avançado é que a gente mudou para mudar de uma estrutura mais ampla, que era a idéia, para uma estrutura mais simplificada que era o Centro de Referência. E o Centro de Referência, então, passou a ser feito, onde já existia... para facilitar, então vamos fazer a coisa simples, que aí vai com o tempo organizando fazendo que o pessoal fique junto, isso

vai dando organização para o futuro. Então a gente criou o Centro de Referência como uma alternativa ao Centro de Pneumologia.

TM - E ele ficava, a responsabilidade dele em termos de ações executivas, o que ele fazia?

GG - Ele era um núcleo...

TM - Pensante?

GG - De quadros, mas a idéia é captar quadros que atualiza sistematicamente os programas, que dá suporte ao programa.

TM - Pois é, esse dá suporte, é suporte...

GG - Treinamento, pesquisa, ação de supervisão, enfim, ações que as atividades de programa de tuberculose, e das outras patologias necessitam.

TM - Em termos de orçamento, como é a colocação dele; ele é uma autarquia?

GG - Não, ele é um órgão de administração direta.

TM - Administração direta?

GG - É, nunca houve proposta de autarquia.

TM - E não sentia dificuldade nessa questão orçamentária, porque a Campanha tinha um grande....

GG - É... administrar. Nós administramos a Campanha quase todo o tempo com a mesma forma que a gente fazia da verba orçamentária, nunca fizemos diferente. Só a campanha permitia captação de pessoal, quer dizer, o tipo de administração não era diferente, mas tem a restrição de pessoal; é... hoje para captar gente certamente é mais uma dificuldade, mas como a gente sempre vislumbrava a [...] quem está organizado existe, a captação não mais de gente que não está contratada, é de gente contratada. Então, nós vamos buscar outras pessoas em outras áreas que vão querer trabalhar em uma coisa que possa estar dando algum rendimento profissional. Então, a nossa idéia não era mais a captação é... de uma população de não funcionários, mas de funcionários de outros lugares.

TM - Quantos funcionários o Centro de Referência tinha quando foi criado, qual foi o aumento que ele representou?

GG - Ele nunca teve mais do que tem hoje não. Tinha em torno de 60 funcionários, hoje tem 92; 50% mais porque todo o pessoal que era da sede, que não estava no centro, passou a ser do centro.

TM - Da sede que você diz da Divisão?

GG - Da Divisão, do Núcleo do Rio de Janeiro, o Núcleo do Rio, mas da área administrativa, passaram a ser do Centro. Então, a diferença aí não é muito grande em pessoas.

TM - É, a gente vai entender, esse hoje é confusão ainda, a gente vai chegar lá. Ainda na década de 80, continuando com a mesma linha do Previ-Saúde, a gente acabou desembocando nas ações integradas, que praticamente gerou o SUS. Quer dizer, como é que foi esse, esse processo de chegar à municipalização, até porque você já tinha colocado que a municipalização, quer dizer, os municípios o poder dos municípios praticamente não atendia, não atende à tuberculose.

GG - Muita ficção. Nas áreas...[...] começar por aquilo lá, a gente já era um programa, talvez o mais horizontal, embora ainda mantendo uma especificidade, mas todo o seu processo normativo era de integração em serviços gerais, portanto, perdendo o seu nível de especialidade e de especificidade. E toda a ideologia era essa. É claro que transpor isso para a prática é um tempo que não é pequeno, possivelmente até uma década não seria o tempo hábil para que todo o centro de saúde obtivesse um dispensário de tuberculose embutido, passasse a ter um serviço de tuberculose dentro do serviço do... porque a cultura local, a resistência local, tudo isso vai sendo sempre um objeto de dificuldade. E a gente esperava avançar muito exatamente onde isso não existia, que era na implantação dos serviços novos, e aí não mantendo o vício da cultura anterior, era fácil você implantar. E isso foi possível num número fantástico... Para você ter uma idéia; os dispensários passaram de 100 no país, não é. Era um número diminuto em relação à quantidade de serviço de saúde que já existia, então a gente tinha uma margem muito grande, quer dizer, essa cultura mesmo num lugar assim mais rápido, outro mais rapidamente absorvido, mas o tempo ia se encarregar de dar solução, e as outras unidades a gente podia já implantar uma forma diferente e isso acho que ocorreu no sistema de centro de saúde na maioria, que era sempre uma dificuldade, onde o sistema era muito centralizado como em Belém do Pará, Recife... Eles nunca descentralizaram a unidade de saúde porque o grupo não queria perder o seu poder.

TM - A secretaria do estado?

GG - A secretaria do estado e do município. Ele não queria perder o seu poder, queria deter a hegemonia absoluta, e isso significava uma luta. Foi um dos lugares onde eu acho que o poder ficou mais centralizado na visão que eu tenho dessa evolução de transformação dos serviços específicos em serviços gerais, implantação de serviços gerais. E na cidade, nas cidades. Com o interior era simples, mais fácil, porque ninguém tem o poder tão claro, então era mais diluído. E aí na...no que a gente tinha durante o programa da AIS, é que começou a ter um nível de dificuldade na sua expansão, falta de recurso... isso tudo gera um discurso de que tinha que ser horizontalizado rapidamente, horizontalizar rápido, não prevendo a realidade, porque a realidade operativa não é você fazer como quer, é fazer como pode. Quer dizer, ninguém nunca imaginou um cenário real, imaginou um cenário de discurso, e o que aconteceu praticamente é que aquilo que era já mais organizado nesse sentido de se caminhar para a horizontalização foi mais bombardeado. Porque os seus recursos já estavam integrados, dentro do programa geral, a sua especificidade já estava muito pequena, então ele não tinha pontos de resistência claros. Só tinha como oferta a



linha do eixo normativo, informativo, e a linha do suporte financeiro de medicamento. Então ele foi muito bombardeado a partir desse ponto e não pode progredir. Eu acho que a partir daí o processo geral, não levou muito em conta as especificidades ou as necessidades, e como era um discurso muito político, ele também não pode ser operado. Eu acho que a resistência à implantação nunca houve, o que há é uma impossibilidade de implantação, que é a realidade de atuação das unidades era diferente do discurso.

TM - Esse teu verbo "era" ele pode ser colocado hoje? Quer dizer, porque o SUS está aí... a princípio...

GG - Acho que de uma forma muito clara essas realidades não se mudaram, mudou-se o nome, talvez a lei, mas lei... Lei eu nunca vi fazer nada operar, a lei existe e umas pegam, outras não; é o que diz a sabedoria popular, né? Há a lei, mas também está aí a prática que também é muito... Não sei se hoje a gente está numa situação muito diferente do que estaria no momento AIS, com uns grupos políticos (?) quer dizer, a gente tem os mesmos conflitos, a gente está vendo aí hoje, começa a ideologia da privatização ser muito forte como era naquela época. É muito forte de novo, quer dizer, essas privatizações precisam açambarcar maior parte dos recursos a nível de município. E a operação do estado vai ser sempre colocada subalternamente à essa realidade. Era como estava lá, e eu acho que isso impede a progressão do sistema porque na medida em que gera um conflito de interesse, o interesse que resulta mais rápido é aquele que oferece as condições na próxima eleição. A próxima eleição fica muito mais na mão do poder econômico, que já detém, do que na mão de uma ociosa que ainda vai existir, e a comunidade às vezes, se quer sente com clareza, fora dos grandes centros, essa necessidade clara. Às vezes a necessidade da comunidade é a ambulância que transporta o doente de um lugar para o outro, e não que aquele serviço tenha que ser prestado ali. Às vezes isso é o reclame, isso é mais fácil; os grupos econômicos passam todos por esses sistemas e não vejo com facilidade a gente sair desse nó, na tuberculose.

TM - E o SUS alterou em termos financeiros, de repasses de verbas?

GG - É... a partir da AIS, não havia mais recursos para tuberculose. Aí já era recurso dentro do sistema geral... Não lembra que a visão nunca foi de repassar recursos, enquanto existir especificamente tudo bem; mas a nossa visão era sempre de começar a colocar dentro de recursos gerais dentro do programa gerais de saúde. Então isso no ministério, com os recursos do ministério e depois com os recursos da Previdência, eles foram se diluindo e perderam a especificidade já nas AIS, aí não tinha mais dinheiro de tuberculose. Aí você tinha um programa de tuberculose tentando se horizontalizar, e o apoio financeiro vindo dos insumos básicos.

TM - A gente estava falando em mudança anteriormente e a CNCT?

GG - Eu só quero dizer que hoje não sei se isso para tuberculose foi a melhor coisa, não. O que não fez, o que ficou mais vertical, o que deteve recursos, progrediu e prosperou mais, embora não consiga se horizontalizar. Eu acho pena que tem..., mas não expande.

TM - Fica um impasse?

GG - Fica um impasse.

TM - A vinda da CNCT para o Curicica, saindo da rua do Resende para Curicica, como foi essa mudança e porque que foi...

GG - A CNCT veio para cá já no seu momento de extermínio, quando já estava...

TM - Ainda não tinha terminado, estava já anunciada... morte anunciada.

GG - É... estava mortificada porque já havia previsão de término, só não tinha ainda o fato político de tê-la extinta, mas já havia a decisão política disso, então...

TM - Antes disso acontecer vocês...

GG - A gente organizou todo o sistema num lugar só, que foi... sobreviveu melhor nessas condições já programadas e aí já....

### **Fita 7 – Lado B**

GG - ... para o controle do grupo.

TM - A Divisão foi extinta antes da Campanha?

GG - A Divisão não chegou bem a ser extinta, ela...

TM - Como foi isso?

GG – A ... todos os órgãos do ministério, todos, foram extintos porque criou uma estrutura nova. Nessa estrutura nova, o espaço da pneumologia ficou conflitante, ele não ficou bem claro, no ato do ministro dizendo que isso passava para a Fundação de Saúde, mas houve... uma passagem mesmo nunca ocorreu. Então, ficou um limbo, porque a nova estrutura da secretaria não contemplava a pneumologia e a Fundação não tinha ainda suporte para dar a pneumologia. No caso da hanseníase ela se organizou rápido por ser mais vertical conseguiu ter mais acesso ao ministro, conseguiu a organização logo lá na Fundação de Saúde, e nós só muito depois. Então, a passagem aí, a extinção se deve mais a um processo, reforma administrativa global. A Campanha depois, porque ela tinha dificuldades maiores, porque ela tinha pessoal próprio, hospitais próprios, mecanismo de recurso próprio, etc....

TM - E a extinção dela foi mais lenta por esse motivo?

GG - Com toda sua realidade.

TM - E as outras campanhas?

GG - A mesma coisa, a extinção foi junto.

TM - Foi junto.

GG - Foi.

TM - Me diga o seguinte quando o Collor assumiu, já havia um certo prenúncio dessa reestruturação? Como é que foi...

GG - Já, já. No fim do governo Collor, do governo Sarney, já se tinha essa visão, o próprio Pastorelli avisava: "É bom saber que isso vai acontecer, quem quiser sai agora, quem quiser sai depois, mas que vai acontecer assim vai". Então a gente já tinha uma definição que isso ia ocorrer dessa forma. A reestruturação do ministério ia ser dessa maneira. Um grupo de transição já tinha dado essa informação.

TM - Um sinal. Me diga o seguinte; aí foi criado a Fundação de Saúde, como é que ficou a tuberculose em termos de organogramas?

GG - É... não ficou...

TM - Sim, mas tem a coordenadoria da pneumologia onde o Miguel está assentado.

GG - Ficou existindo formalmente só a campanha, que não ficou ligada à ninguém.

TM - Ficou esperando...

GG - Ficou esperando, ficou ligada funcionalmente ao secretário nacional. Mas não tinha a estrutura do ministério, era uma questão formal essa subordinação, e adiante é que se conseguiu que o ato do ministro transferindo para a pneumologia tivesse consistência, com a criação da parte de pneumologia, cujo primeiro diretor foi lá de Brasília mesmo, depois...

TM - E como se chama?

GG - ...lapso... (risos)

TM. - Desculpável (risos). Que é propriamente onde está o Miguel hoje?

GG - Onde está o Miguel hoje.

TM - Coordenadoria de qualquer coisa. E aí o pessoal que estava na Campanha, veio todinho para o Centro de Referência?

GG - Da Campanha e do ministério, as duas vertentes.

TM - Da Campanha, da Divisão?

GG - Quando era do ministério.

TM - Você hoje está lotado no Centro de Referência?

GG - Centro de Referência.

TM - E essa... quer dizer, você também está assumindo a coordenação... você é coordenador regional do Sudeste. O que é isso?

GG - Isso aí era... que a Campanha tinha umas coordenações regionais.

TM - Superintendências regionais.

GG - Ela então... como a gente teve essa sinalização de que acabaria a pneumologia dentro da secretaria, e como estava sinalizado que a Campanha devia ficar em Brasília até a sua extinção, nós criamos dentro da Campanha duas figuras que era o coordenador regional e o Centro de Referência. E cumulativamente, o superintendente da Campanha exercia isso exatamente porque na hora do corte, saía o superintendente já ficava...

TM - O coordenador?

GG - A organização instituída ao nível... então isso já foi consequência da informação que a gente obteve.

TM - Da estratégia?

GG - É.

TM - E como é que funciona isso?

GG - É a coordenação deixou de existir, mas o centro sobreviveu, a estratégia funcionou.

TM - Você hoje não é mais coordenador dessa...

GG - A coordenação era um órgão da Campanha, extinta a Campanha extinto... mas era ao mesmo tempo um diretor do Centro que sobreviveu.

TM - Então o Centro de Referência acabou sendo um espaço de sobrevivência....

GG - É... porque a gente teve essa notícia lá e conseguiu preservar, com muitas perdas, e muito sangue na veia e sofrimento.

TM - Muita tristeza.

GG - É.

TM - E o Alcení, esses escândalos na gestão do ministério?

GG - Eu sou... Eu sou ouvinte (risos).

TM - Ouvinte? (risos).

GG - O Alcení, não cheguei nem ver. A única vez que eu cheguei perto do Alcení foi numa reunião pública (risos).

TM - Mas os guarda-chuvas e as mochilas chegaram a ter muita repercussão dentro da tuberculose?

GG - Não chegaram a ter não...

TM - Quer dizer, houve uma tentativa por parte desse grupo?

GG - A prepotência era clara, a prepotência do Alcení era clara desde o começo.

TM - Sim, mas houve alguma tentativa, assim como houve com relação a dengue, com as mochilas e as bicicletas etc, houve alguma tentativa com relação aos insumos da tuberculose?

GG - Acho que aí houve, foi... indiretamente a gente pode saber disso diretamente não comprou mais nada, certamente não comprou nada para poder ter dinheiro para outra coisa, mas não diretamente, quer dizer, não houve uma coisa direta, houve uma coisa indireta. Acabou, ele tirou o dinheiro, embora nunca tenha dito que tirou; manda comparar, vai fazer e tal, mas praticamente todo o tempo que ele esteve no poder não houve compara de medicamento, ou seja, então o recurso utilizado em outras atividades. Mas nós não tivemos nenhuma mira de proximidade.

TM - E como é que foi isso em questão? Com a não compara de medicamentos... você sempre colocou que vocês tinham um planejamento...

GG - Por isso, que a gente sobreviveu a esse tempo aí porque...

TM - Mas nós já estamos já há dois anos e meio.

GG - Mas antes da entrada do Alcení... tinha o estoque do ano e do ano anterior, lembra? De 89, você passa para 90. Então, em 90 você já tinha um estoque de um ano mais...

TM - Você pegou 90/91.

GG - ... mais a droga toda que seria para 90.

TM - Pois é.

GG - Essa já estava comprada.

TM - É.

GG - 90 passou fácil, 91 passou com a droga do estoque, é... 90 passou porque veio, embora não toda, 91 com a droga de estoque. Então, começa a faltar gravemente lá no fim de 91 para 92, porque quando o estoque estratégico começa a dar seus sinais de tempo. Você não tem reposição, ele ia uma hora estourar. E agora está recuperado, porque já se conseguiu, o Miguel já conseguiu uma compra de medicamentos.

TM - E também estava com impasse, porque a última vez que eu estive com ele... o impasse entre a compra no Japão e a compra mais cara num outro...

GG - Japão não, na China. Tinha três fontes de compra: China, é... China Continental, é... a UNICEF e São Paulo. São Paulo da informação que eu tenho é revenda da Pet-Dall química, que revende possivelmente produto da Argentina para esse laboratório lá em São Paulo, que tem tanque para reproduzir essa quantidade, e que vende a um preço que é quatro vezes o preço de mercado internacional.

TM - Acabou vencendo esse aí, não?

GG - Não, não conseguiu vencer apesar dos juro, eles perderam. O ministro determinou a compra pela UNICEF, depois de já ter...

TM - Já o Jatene?

GG - Jatene é claro (risos) o outro não comprava, o outro não comprou remédio.

TM - Quais são as suas... qual a sua perspectiva hoje, quer dizer, qual a sua perspectiva? Como você está vendo, vislumbrando essa gestão do Jatene?

GG - O Jatene acho que é muito boa expectativa, muito difícil porque o momento político brasileiro é de cenário não muito claro, você vai ter que ter visões quase de bolinha de cristal para acertar bem, ninguém sabe a continuidade disso. Mas acho que hoje com Jatene a retomada do trabalho é bastante clara, o esforço apesar das dificuldades de orçamento, já se retomou muito em atividades nos poucos meses que ele está no poder. Então é um outro momento, outra situação e um outro ânimo das pessoas. Um dos nossos, por sorte o Miguel está assumindo o poder em Brasília, ele tem o orçamento, mas não tem o dinheiro, mas de qualquer sorte o pouco de dinheiro que tem é suficiente para sair do lugar para começar o movimento. E muita coisa ocorreu; um encontro de avaliação internacional, encontros regionais, a retomada de custo, para não falar nos projetos menores, além do projeto de compra de remédio. Então muita coisa real ocorreu de positivo e que faz a gente ficar animado de continuar.

TM - Tá, e como cidadão como é que você está vendo essa situação no Brasil hoje?

GG - O Brasil tem cenários que não animam como cidadão, você não tem uma visão de uma coisa boa num futuro próximo. Eu acho que a cidadania, de alguma forma, está sendo resgatada meio de forma dolorida, através de um processo de conscientização da população e acho que das próprias elites de que esse procedimento anacrônico que é como disse o (?)

é consentido embora não legal, que é com consentimento tanto das elites como da comunidade que pode se fazer de tudo sem que isso represente um juízo de responsabilidade maior, que se comece de alguma forma a se balançar. Acho que se isso tiver seqüência, não estou falando esse processo momentâneo, estou falando esse processo mais amplo de cidadania, de busca de melhor... de punir a ação errada, equivocada; enfim de ter consequência dos erros e acertos. Isso seguramente retoma ao país um pouco de sua esperança; mas também não é um processo de nesses próximos tempos, da gente vislumbrar com clareza. Eu acho que mais como cidadão, o que vamos ter é a possibilidade de mudança na linha da forma de governar, que eu acho que a introdução do parlamentarismo vai permitir, é... embora governos instáveis, vai permitir que se faça mais é... processo de denúncia. Porque é menos dramático tirar um primeiro ministro, então a denúncia cai rápido, e o primeiro ministro cai, naturalmente isso possivelmente vai criar um mecanismo de aproximação do cidadão da realidade política. O máximo se isso for associado a um processo de reforma eleitoral, e se for associado a implantação de voto distrital que torna o eleitor mais próximo do seu eleito. E como consequência com um nível de compromisso diferente do que a gente vê hoje, onde é passado o processo eleitoral, a realidade dos eleitos é diversa daquilo que era formulado em campanha. Então eu acho que isso tudo pode acelerar esse processo que é uma perspectiva otimista. É claro que a nossa geração, eu não sei se a sua, vai vislumbrar as vantagens disso, porque é um trabalho muito lento, há muito que fazer: desconcentrar renda, transformar a população marginal...

TM - Você acha que esse processo de hoje levaria...

GG - É, alguns meses mais...

TM - ...se encaminharia.

GG - Algumas décadas, se ele prosseguir, se desembocar nesse caminho que a gente imagina muito pouco possível de ser alterado, a maior cobrança da ação governamental, maior... melhoria dos dirigentes, e a possibilidade de um parlamentarismo obrigando, com adoção de alteração eleitoral em forma de votação, aproximando a população, a comunidade, a sociedade civil, do indivíduo que está sendo o seu representante.

TM - Você viu o discurso no domingo?

GG - Eu infelizmente não ouvi, ou felizmente; mas de qualquer forma li. Eu acho... dizem que fora os dotes artísticos, que parece são marcados do nosso presidente... Eu até diria que ele deve ser um ator de primeira qualidade, embora ele não tenha conseguido chorar, segundo o Jô Soares.

TM - O Jô Soares ontem foi ótimo.

GG - O Jô Soares disse: "Quase que chora". Se chora ia ser uma situação de convencimento de uma grande parcela de população, que é uma técnica simples, de comunicação de massa... você foi a vítima...

TM - Você acha que ele convenceu?

GG - Eu acho que...

TM - Que ele mudou a possibilidade?

GG - Eu acho que a população alvo dele, que não era de político, deve ter sido sensibilizado; eu não tenho, é difícil fazer essa medida, mas eu acho que o que se conversa com um e outro, estas pessoas tiveram um grau de inquietude com esse pronunciamento. Você não muda quem já está politizado, porque nem depende mais do que fala alguém.

TM - Não foi só a CPI?

GG - É. Mas o público alvo dele não é esse, não sei qual é o objeto possivelmente num confronto maior até pedir dissolução de congresso, ou algo assim se ele vislumbrar apoio popular. Possivelmente é jogar para uma outra coisa que não obviamente só o que está ali colocado. Ele não deve ser um ingênuo, deve estar fazendo isso com um objetivo maior; se conseguir mobilizar a comunidade, a fração que ele está como alvo, é possível que ele faça contrapressão e disso resulte numa situação de verdadeira ingovernabilidade no país. Acho que é irreversível o processo de governabilidade.

TM - E os ministros? Os ministros assinaram uma carta e diante do depoimento dele, do discurso dele, houve...

GG - Eu acho, eu acho que tem é que ficar no lugar mesmo...

TM - (?)

GG - Eu acho que politicamente seria um erro sair, que se você saiu, você abriu um espaço; quando você fica, você está fechando espaço. Quando você está no poder e não é do poder, você está fechando espaço, para tirar tem que tirar; se você saber ele pode simplesmente nomear...

TM - Sim, claro.

GG - Não tem necessidade de nenhuma contestação, e isso significava um manuseio completo da máquina administrativa. Eu acho que ficar agora impede ação da máquina, do uso da máquina administrativa, que acho que é um objeto lógico...

TM - Tinha que ficar quem ficou.

GG - Que fique, eu acho que nessa hora a gente quer que ele não saia não (risos).

TM - Eu tenho algumas... algumas brechas que ficaram na entrevista que eu gostaria então...

GG - Entrar com um viés aí...



TM - É, por exemplo: a Fundação Atauilho de Paiva a gente não tocou nela, que você tem uma relação com a fundação, eu queria que você falasse um pouco disso aí.

GG - É a Fundação para mim ela é uma coisa importante, que é uma alternativa de um núcleo que pode numa crise eventual, funcionar como salvaguarda de algumas pessoas, de algumas é... formas de atuação. Porque não sendo governamental, no seu sentido estrito ela não vai sofrer praticamente com os humores de uma política do governo, ou de um governo federal. Então seria assim pensando nessa salvaguarda. E lá a idéia era de conseguir captação tecnológica, quer dizer, o que eu vislumbro para a Fundação é que ela funcionasse na busca de tecnologia de ponta. Não é só na questão de vacinas não, a gente tentou muitos acordos em várias vezes estivemos em Havana, teve contato com o pessoal da China, enfim muitos contatos com tecnologia de ponta, transferência de tecnologia, e aí daria uma manobra para sobrevivência de determinados grupos, em determinados momentos críticos. Então, eu vejo ela como uma alternativa à ação governamental, porque enfrenta...

TM - Você é diretor da Fundação?

GG - Diretor da Fundação. E a linha lá nossa no momento é essa, desenvolvimento tecnológico, quer dizer, nós estamos com um grupo do Japão buscando engenharia genética e biologia molecular é... sem pensar em recurso do governo, quer dizer...

TM - Como ela se mantém?

GG - Mantém pela venda de seus produtos.

TM - Pela venda. E ela estava com uma expansão em Xerém se não me falha.

GG - Está em andamento.

TM - Mas já está implantada, funcionando?

GG - A fábrica está com 75% pronto. É a maior fábrica da América, da América de BCG. E repare porque que isso tem fundamental importância, nós imaginamos que num futuro não longo (tosse) a vacina BCG modificada geneticamente, ela pode funcionar como um exemplo de vacina única. Que é vacina única? A vacina BCG que eu implanto nela DNA de pólio, sarampo, de hepatite...

TM - É o genoma, é isso?

GG - É, ela é uma fábrica.

TM - É um banco de genoma?

GG - A vacina é uma fábrica. No qual introduz vários, vários códigos.

TM - E por que o BCG tem essa característica...

GG - Porque tem... primeiro porque ela é uma vacina que suporta bem isso, a outra que está sendo trabalhada é a vacina, é economicamente possível barateia o processo e depois já existe uma tecnologia...

TM - A vacina é...

GG - A vacina é da varíola.

TM - Varíola.

GG - É, mas economicamente até agora a BCG tem sido mais vantajosa. Então, você conseguir uma vacina desse tipo você vai ter uma possibilidade de ser extremamente útil. Repare, hoje o país gasta milhões em fazer a fábrica de pólio, e fábricas de sarampo, e quem dirá que daqui a cinco anos a tecnologia dessa forma de produzir não está absolutamente obsoleta. Tanto que o pessoal da China queria trazer a fábrica de sarampo para fazer com a Fundação. Eu disse: "Não, nós preferimos fazer um investimento na área de desenvolvimento de uma vacina recombinante" porque isso é uma tecnologia do daqui a cinco anos; e aí quando isso chega, para que eu vou ter uma fábrica de sarampo implantada aqui, eu vou fazer o que com ela? Ela não tem a capacidade de fazer outra coisa, ela tem nível de especificidades para vírus. Então já teria uma fábrica capaz de produzir daqui a cinco anos, ao menos, ao menos 80 milhões de doses, o que ultrapassaria muito a brasileira, a necessidade brasileira. Então já estava com um fábrica instalada para a América Latina e outros países subdesenvolvidos, quer dizer, seria esse... esse é o foco para onde a gente imagina jogar a Fundação. Quer dizer, é uma vacina recombinante de múltiplo uso, e que pudesse pelo, seu custo ser facilmente usada no Brasil e exportável. Isso na linha de imunobiológicos, e lá a gente tem outros imunobiológicos, imaginando... a vacina meningocócica BC, tem uma outra que a gente imagina trabalhar, e já falamos em hepatite pensando como recombinante. A vacina hepatite hoje é muito cara, custa mais de 10 dólares a dose, então se a gente conseguir uma vacina única que faz tudo isso por 6 dólares, imagina a vantagem que isso é para um país. É... claro que isso não é um trabalho simples, também não é um trabalho que... tem que ser feito com grupos internacionais apoiando porque a tecnologia disso é de extrema complexidade e se fosse começar do zero, ia gastar mais de dez anos para ter a tecnologia.

TM - E como funciona essa direção? O Ratto é o presidente?

GG - O Ratto é o presidente.

TM - E o Ratto não é médico. Como é que é essa?

GG - O Ratto é médico.

TM - Porque uma vez eu conversando na Fundação, me foi dito que a direção...

GG - Quem não é médico é o tesoureiro.

TM - Não, aí tem sentido. Que a direção não era uma direção necessariamente voltada para tuberculose ou para medicina.

GG - Voltada não só para a tuberculose (?) nós temos outras linhas que são linhas farmacêuticas. Nós temos uma tentativa de ver se a gente faz um acordo com a China para começar a produzir medicamento para a tuberculose aqui, com a tecnologia da China. Com Cuba há um acerto de imunobiológicos. E outros produtos também, fora esse com o Japão, além do estudo recombinante tem uma linha de produtos farmacêuticos para parte digestiva, de anestésicos..., então são vários caminhos aí. É evidente que isso tudo... você tem dez propostas, uma prospera... nove não, é assim que é na atividade.

TM - Mas por enquanto ela está funcionando também na cidade...

GG - É, está funcionando na cidade e em São Cristóvão.

TM - Em São Cristóvão.

GG - Nunca deixou de produzir a vacina brasileiro. Isso é interessante, quando você vê que todos os órgãos ora estão em crise, ora não tão em crise. A vacina BCG... sempre se produziu tudo que o país precisou.

TM - Que foi feito do Preventório lá do [...]

GG - Continua.

TM - Como preventório? De tuberculose?

GG - É, não como preventório, porque o preventório hoje não tem muito sentido, mas continua como um local.

TM - Sim, mas como uma prevenção de uma profilaxia de pobre, uma profilaxia social.

GG - Isso, uma ação social, funciona como ação social, têm crianças que são cuidadas lá.

TM - Alimentadas pela Fundação?

GG - Pela Fundação; são... vivem lá, gente tenta não tirar o núcleo familiar totalmente, para a criança não perder sua relação com sua família, então vai fim de semana para casa, passa férias com a família, enfim para não romper... e essas crianças são...

TM - Como colégio interno?

GG - É, como colégio interno. As que são maiores a gente profissionaliza e os melhores a gente oferece uma função na própria Fundação. Então ela funciona como... vai evoluindo a idade vai sendo uma pessoa para trabalhar lá.

TM - E você é funcionário da Fundação?

GG - Não. Não tenho uma relação funcional, o cargo é não remunerado.

TM - Tá.

GG - É uma função gratuita.

TM - Outra coisa que eu queria falar era sobre o ensino, quer dizer, na década de 60 para 70 houveram algumas reformas curriculares que mudaram inclusive a estrutura de cadeiras e cargos, criaram a departamentalização?

GG - Continuou, porque...

TM - Como é que foi esse processo?

GG - É, as cátedras acabaram antes... 70 já acabou a cátedra passou a ter o regime de disciplina no Departamento.

TM - Sim, pois é, mas ela acabou, mas não tranqüilamente digamos.

GG - Foi um poder que não acabou tranqüilo, isso aí... essa história, numa transição ... (risos).

TM - Como é que foi essa brigalhada?

GG - A brigalhada aí não... É mais no caso do ensino. A departamentalização foi uma coisa mais ou menos bem aceita. No caso da tuberculose onde eu vivi, pneumologia, isso teve uma separação entre o grupo do ITP, do grupo do Fundão; um ficando com o Fraga e outro ficando com o Bethlen.

TM - O Fraga ficou na...

GG - No ITP e o Bethlen no Fundão. Depois o Fraga saiu, desde que passou a exercer funções fora do ITP, e nunca mais voltou, ficou com o Geraldo. E até hoje ele só sobrevive porque ele faz força mesmo, porque senão já tinha tido morte natural. Num documento, acho que em 1978, ele fez um documento no ITP, dizendo que ou ele passava para o Fundão ou ele teria uma morte natural, mas é uma morte muito lenta, a senilidade...

TM - A solicitação dele é que vá para o Fundão.

GG - A idéia seria que fosse para o Fundão, incorporar ao Fundão.

TM - O que faz não ir para o Fundão?

GG - O jogo de interesses. O pessoal de lá tem seu poderzinho.

TM - O pessoal do Fundão não quer o ITP, é isso?

GG - Não sei se o pessoal do Fundão não quer o ITP, ou se o pessoal do ITP não quer ir pro Fundão. Eu acho que mais provável é essa segunda hipótese.

TM - E para o ensino, o que foi essa primeira departamentalização e essa...

GG - A qualidade de ensino, que a gente, que eu vivi aí, era uma qualidade boa em qualquer que fosse. Quando era cátedra era boa, quando passou... sempre a gente inovava, quer dizer, as técnicas de ensino que foram ocorrendo a gente sempre implantando, para ter uma idéia. Já na década de 50 a gente fazia simulação em sala de aula, que era uma técnica bem nova em relação a forma de pedagogia existente, mas a gente sempre ousou, é muito cedo acabou com o sistema de aulas teóricas para fazer uma ação muito centrada no aluno e não no ensino. Objetivos operacionais didáticos eram implantados nessa ocasião, e toda a metodologia também foi revista, então isso não foi assim uma dificuldade, com a disciplina, até pelo contrário, teve facilidade tendo um grande cacique foi mais fácil tudo...

TM - Os índios atuarem.

GG - Os índios atuarem e implantarem, isso a nível de graduação, no nível de pós-graduação não caminhou bem. Acho que o curso de mestrado e doutorado não foi funcional e nessa época para fazer educação continuada a gente imaginou um clube de pulmão dos docentes, então os docentes participavam do ensino, através de um clube; e todo mundo tinha o compromisso de ler e passar para os outros.

TM - Era um centro de estudo?

GG - Não era um centro de estudo, porque era fora de hora de serviço, para não caracterizar que a gente usava o horário de serviço com ganho pessoal, a gente fazia isso à noite, então era um clube de estudos.

### **Fita 8 - Lado A**

TM - Entrevista com o doutor Germano Gerhardt, fita número oito. Sim, sobre o ensino que estamos falando...

GG - É, nós estávamos falando que tinha o ensino de graduação, pós-graduação e educação continuada, através desse clube de revista, além do centro de estudos que fazia revisão de casos, revisão de temática, dentro de uma forma curricular de pós-graduação.

TM - E a fisiologia chegou a perder força nessa organização?

GG - O espaço ficou bem restrito, mas com a pneumologia isso recuperou logo. A fisiologia perde espaço mais a pneumologia ganhou.

TM - Sim, mas a fisiologia perdeu espaço. Morreu.

GG - Morreu. A fisiologia morreu. Tem a pneumologia. A pneumologia incluindo algumas atividades da fisiologia; mas quem é fisiólogo é um ser em extinção.

TM - Em extinção... Quer dizer, então os cursos aqui do Centro de Referência acabam suprimindo um pouco essa carência no ensino, né?

GG - O ensino a gente sempre detectava... Até nas federais e nas principais estaduais de ensino tinham as suas dificuldades, a gente imaginava que fora disso era muito maior, a gente inclusive fez um perfil disso, levantou um perfil e mostrou uma variação muito grande de condições de ensino do que se ensina, do tempo de exposição/aluno tuberculose, e consequência disso foi uma proposta de um livro de tuberculose que a gente faria um processo de integração da ciência assistencial ao reverso. Que até então o que se falava de processo de integração era o alunado passar para o serviço de saúde e ali passar a desempenhar suas funções. A nossa proposta era o serviço de saúde ir ao núcleo formador, e alterar o sistema de formação, para formar um profissional mais apto ao desempenho profissional, então uma integração reversa.

TM - Reversa.

GG - E isso a gente fez através de um livro é... de vídeos e de sistema audiovisual, no qual a gente fez um acordo com todos os professores de pneumologia nacionais de universidades estaduais, federais ou estaduais, e como consequência disso um livro que é assinado por todo mundo, embora evidentemente os seus autores não sejam todos, mas todo mundo é co-responsável por ele que resultou desse grande acordo. Isso reiteradamente editado ele permite que a gente tenha um material didático suficientemente próximo da realidade de operação, e atualizado em termos conceituais, então normas de serviço e ensino são iguais. O que faltava era como fazer isso sair da prateleira da biblioteca para o aluno ler; isso ao lado da produção do livro tem um sistema de avaliação, quer dizer, permanentemente se busca saber como o aluno reage a isso, e o processo de reedição também é uma forma de buscar a parceria dos docentes; que pergunta a todo mundo que querem fazer de novo aí, o que querem mudar, então isso faz um feedback que de um lado atualiza, e do outro lado avalia a utilização do livro. O livro é um dos mecanismos, os outros mecanismos que a gente vislumbra que são muito mais para educar o docente do que o aluno, são o sistema áudio, é o vídeo e o sistema de imagem, som e *slides*, que funciona como produtor de conhecimento para o docente, na verdade, né, que você dá uma série, a idéia seria dar séries de *slides*, som que o professor usa, quando ele usa ele recicla a informação. Então, seria uma forma de você manter material didático para que o professor use mais ou menos atualizado, né, que você às vezes recebe aulas com material didático de alguns 10 anos ou mais ainda.

TM - Utilizado.

GG - Hein?

TM - E você está sentindo essa...

GG - Eu acho que isso é lento. Isso é processo, eu acho que a perseverança disso ela tem uma influência, e mudou alguma coisa, o livro é muito bem aceito. Para você ter uma idéia, é uma experiência tão interessante que a organização mundial até nos solicitou a tradução para o inglês para usar como procedimento. Acho que isso é um marco em termos de um programa de ensino, muito mais do que qualquer curso, é evidente que a gente faz nossos cursos, e aí é outra coisa, mas em termos de ensino... Se você vê, se nós formos fazer uma atuação que visa tudo o nível primário, até o nível secundário, então o nível terciário tem cursos para o pessoal de retaguarda, eu acho que é o único que tem curso para o pessoal de retaguarda.

TM - O pessoal técnico.

GG - O pessoal de área técnica de retaguarda, primário, tem o curso para atuação de nível primário. Então a gente atua no nível terciário, atua na graduação, atua no nível primário, atua em funções especializadas, atua em laboratório, quer dizer, dá uma matiz muito abrangente em termos de manutenção profissional. Eu acho que a única coisa que falta nisso, é aqui, um sistema de educação continuada, que é a meta que eu tentei já por dois anos, e não consegui. Eu queria fazer a semelhança do clube do pulmão lá na universidade, fazer um sistema em que a gente lesse tudo quando é revista, tudo quanto é livro de ensaio e passasse a informação circulando de um para o outro que era uma forma de manter um grupo técnico de progressão e sempre bem atualizado. Isso nós não conseguimos ainda, é minha meta.

TM - Tá. Mas uma coisa que ainda ficou obscura é o Hospital Santa Maria, quer dizer, o Hospital Santa Maria no período em que foi se discutido a transformação dos hospitais de tuberculose em hospitais gerais, ele continuou como um hospital de tuberculose, de pneumologia, não sei bem como está o hospital hoje, então como é que... Ele chegou a ser inserido nessa discussão na possibilidade de virar um hospital geral ou já se partiria de princípio que tinha que ter pelo menos um hospital de tuberculose?

GG - É, a idéia sempre foi de ter um local uma cidade no Rio de Janeiro, que atende o grande Rio, um local que pudesse dar atenção a tuberculose.

TM - E por que não o Curicica?

GG - Porque o Curicica estava mais avançado no processo de transformação em hospital geral. Tinha um projeto de maternidade, tinha um projeto de pediatria, enfim, já tinha um avanço. E se você vai ver esses hospitais, a transformação deles em hospitais gerais, é um negócio que eu acho que a gente tinha que repensar, porque é tão caro e tão pouco eficiente... A nossa proposta aqui do Curicica não foi fazer isso não; foi implodir esse negócio, fazer um prédio novo, um hospital que era puro e simples, era mais barato provável e mais viável, do ponto de vista econômico, e do que do ponto de vista operacional, você se desenhar enfermaria, redesenhar circulação, enfim tudo isso; num hospital que é de longa duração, para um de curta duração é caro, só tem poucos hospitais no mundo que fizeram isso com êxito e a custo que não justifica repetir a experiência, então...

TM - E esse nós repetimos.

GG - Nós repetimos, aqui por essa razão de não ter hospital novo foi se adaptando aos poucos e mal, um hospital geral dentro de um hospital especializado. O Santa Maria tinha um pouco melhor condição, porque já era um hospital vertical mais fácil de adaptação, mas mesmo assim, as condições de hospital que estavam o Hospital Santa Maria significavam um grande esforço, um grande esforço e talvez fosse preciso fazer esse esforço em outro hospital e manter aquilo como um hospital senão só pra tuberculose, mas para hospital de leito de longa duração. Pensar não no hospital geral, mas no hospital de leito de longa duração; tem muita necessidade de ortopedia, de acidente vascular cerebral e sua evolução.

TM - Mas ele está com leito desocupado hoje em dia?

GG - Não sei, não tenho assim mais assim notícias muito claras.

TM - Tá. Outra coisa que eu queria falar, era sobre os índios. O trabalho com os índios, durante a tua gestão, como é que foi a política para esse trabalho? A política de recursos?

GG - Com relação ao índio? Com relação ao índio nós tínhamos o Miranda ele era o... ele era o responsável político...

TM - ... pelos índios.

GG - ... pelos índios. E aí havia... Eu acho que no começo até pelo envelhecimento do próprio grupo, não houve captação de gente, as pessoas foram ficando mais de gabinete e que menos de operação. E também corresponde um pouco à realidade, né, porque ficar um serviço nacional centrado no Rio para atender o índio no Xingu era um negócio um tanto heterodoxo do ponto de vista de centralização; então a idéia foi sempre tentar passar isso para você ter um envelhecimento do grupo, e essa dificuldade de se passar para os núcleos de estados...

TM - Locais, né?

GG - Locais.

TM - E se conseguiu fazer isso?

GG - E acho que conseguiu com prejuízo, ne, com muito prejuízo, perdeu de informação, perda de qualidade, mas isso é um preço que tem que pagar, algum preço; também a manutenção do núcleo local central seria onerosa.

TM - Mas o Miranda tem uma expectativa de recuperação hoje desse trabalho não?

GG - Não nos moldes que ele fez, ne, não nos moldes que... A idéia da gente ficar com o núcleo central seria como um núcleo de vigilância, quer dizer...

TM - Vigilância epidemiológica...?



GG - É.

TM - ... ou de que tipo?

GG - Epidemiológica e assistencial até. Vamos supor então, há notícia de índio; então a gente vai ver aquele negócio lá. "É tuberculose, é outra doença?" "Qual é o problema? É da nossa competência ou não?" Então, é um núcleo de vigilância...

TM - Tá.

GG - E também de uma monitorização epidemiológica.

TM - Ah, e sobre a Aids? A Aids e a tuberculose. O que você tem a nos falar?

GG - Uma situação que é grave, eu imagino que não há razão nenhuma para gente crer que no Brasil será diferente do que ocorre em Nova York, em São Francisco, no Zaire... Nós temos os ingredientes em alguns lugares para que a tuberculose seja fortemente influenciada pela Aids, quer dizer, temos muita tuberculose no Rio de Janeiro, temos muitas Aids. Então, evidentemente isso vai coincidir, e vai determinar um agravamento de tuberculose. E eu acho que isso também é mais ou menos uma coisa momentânea, isso não deve ter expressão a médio prazo, quer dizer...

TM - Por que você acha assim?

GG - Eu acho que exaure, exaure. Não vai ser tanta fonte de infecção que vai fazer o Rio ascender de infecção. Você vai ter maior mortalidade, maior número de casos, mas não provavelmente um incremento importante com risco de infecção. Hoje a gente já está com um nível de infecção baixa, e a população infectada já está ficando mais velha, mas evidentemente daqui a pouco vamos ter um menor contingente de pessoas vulneráveis, e passa esse problema. O problema dos Estados Unidos é com os imigrantes, não é de população nativa. O problema do Zaire, é um problema da população nativa, mas todo mundo tem tuberculose lá, a infecção é 100. No Rio de Janeiro é 20 aos vinte anos, quer dizer, é muito diferente, e onde tem mais infecção é a população mais velha que não é tão vulnerável como o grupo de risco da Aids, está mais afastada dos grupos de risco da Aids. Então não tem a mesma violência que tem no Zaire, e nós não temos tanta migração. Então, no Rio de Janeiro, eu acho que é o lugar que vai ser muito sentido e deve, acho que a organização do serviço vai conseguir controlar - a não ser que não haja nada, que ninguém faça nada, eu não vislumbro assim que vai ser feito -, vai controlar esse problema, o agravamento em cinco, dez anos e depois vai retomar o ritmo normal. Fora do Rio eu acho que só São Paulo tem assim uma expectativa de um programa grande, o resto vai ficar restrito a algumas cidades: Porto Alegre, Belo Horizonte... Mas não deve, a meu modo de ver ser uma influência nacional, tão importante quanto na africana. Vai ser como nos Estados Unidos, um problema focal, e ninguém pensa em tuberculose e Aids no Oregon, não pensa em tuberculose lá na Califórnia, na Flórida, em New York, são estados onde as condições são adequadas para um incremento da tuberculose com a Aids.

TM - Agora eu queria assim para finalizar a nossa entrevista, falar de alguns personagens que nós tocamos ao longo do nosso trabalho, [ruídos ao fundo] da entrevista que o senhor falasse deles; perfil de algumas pessoas que eu vou citar e se estiverem faltando o senhor coloca; por exemplo: o Magarão, Magarão pai...

GG - Milton Fontes Magarão, Magarão pai é uma das figuras maiores da tuberculose, como ser humano e como pessoa que trabalhou toda uma vida no caminho certo. Embora é uma pessoa de laboratório tenha muito em conta a visão de saúde pública. Ele foi para o Laboratório Central, e depois por força disso ele foi chefe do programa do Estado do Rio. Depois ele passou para o nível federal e teve logo a visão de implantar uma rede nacional de bacteriologia da tuberculose, que pode não ter prosperado como rede, mas como idéia era, é uma coisa importante, inserida dentro hoje de um contexto, dentro do contexto da rede de laboratório de saúde pública mais ainda é algo importante, e se não fosse a ação dele, eu acho que não existiria bacteriologia da tuberculose no Brasil hoje, ela teria morrido ali pelos anos 70 e só se falava em baciloscopia e só se falar em baciloscopia certamente leva é aos que os poucos núcleos, que são poucos mesmo, que existiam para o desenvolvimento de bacteriologia, se exaurisse pela idade e desaparecesse, passava a ser uma atividade de alguns núcleos universitários como é exercício de suas projetos de trabalhos, programação de tese enfim, mas nunca como uma ação importante em nível de saúde pública. Acho que esse é um fato que a gente vai ter que atribuir a ele como uma pessoa que trabalhou toda a vida no sentido de não permitir a bacteriologia descer e orientando o caminho certo, além da contribuição fantástica em termos de resistência primária e mais adiante na Fundação Ataulpho de Paiva, na manutenção da fundação que naquela época que ele chegou teve momentos muito críticos, e podia inclusive ter desaparecido, ele incentivou. Então, onde ele esteve ele deixou uma chama de...

TM - Esse momento crítico seria quando, na Fundação?

GG - É... quando ele estava no poder, em 78, 77...

TM - Ele faleceu quando mesmo, você lembra?

GG - É, parece que 87 por aí.

TM - E ainda sobre Magarão, quando o laboratório de São Sebastião foi transferido lá para o atual Noel Nutels, da rua do Resende, houve uma certa querela aí, o Magarão inclusive ficou muito descontente com essa transferência. Você presenciou essa...

GG - Não presenciei muito, eu sei porque também não foi bem ouvido aí. Acho que também porque a pessoa que estava substituindo ele não conseguiu ter espaço, que era o Santiago, até por questão de temperamento mesmo, o Santiago não era uma pessoa de público externo, era de público interno, então dentro de um laboratório não tinha a visão nem as condições do doutor Magarão.

TM - Mas por que o Magarão não foi dirigir esse laboratório?

GG - Eu tenho a impressão que nesse momento já não seria do interesse dele. Eu acho que nesse momento ele tinha interesse na rede de bacteriologia da tuberculose. Ele queria que o laboratório central do estado existisse, mas não ele dirigindo esse laboratório, aí acho que ele vislumbrava o Santiago ou outra pessoa, talvez o Mano isso não caminhou por aí.

TM - O Mano chegou a dirigir o laboratório de tuberculose?

GG - Trabalhou com o Magarão todo o tempo, mas dirigir o laboratório mesmo ele nunca dirigiu não; o substituto sempre foi o Santiago.

TM - E o filho, Magarão Filho?

GG - Magarão Filho ficou mais na esfera da clínica, ele é hoje reitor, mas era na esfera da clínica.

TM - Hoje ele é o que?

GG - Reitor.

TM - Ah, é!

GG - Reitor da Uni-Rio. O Sérgio Magarão é hoje o reitor da Uni-Rio. Mas caminhou pela área clínica, a experiência dele de laboratório certamente só depois da morte do pai quando ele teve que assumir o laboratório particular.

TM - Sim.

GG - Mas mesmo assim com o apoio do (?), então o Magarão Filho não terminou o caminho da bacteriologia.

TM - Ele fez no Grafée Guinle um laboratório.

GG - Aí tem tuberculose, mas à nível de atenção clínica.

TM - Sim. O Bethlen, Nilton Bethlen?

GG - O Bethlen também dentro dessas figuras com que eu tive a oportunidade de conviver, foi uma das de maior proeminência. É uma pessoa com uma capacidade vital muito grande, poder vital. Acho que quando ele não se sente bem, ele ainda é capaz de ir falar, enfrentar e com uma disposição única para briga; topa briga com muita seriedade, engajado em um processo qualquer ele é excelente companheiro. E é um excelente colaborador que a pneumologia teve, esse processo de difusão da implantação do programa de controle da tuberculose ele é um esteio, ele certamente foi a pessoa que mais apoiou, no ponto de vista de teoria, a implantação do programa, falou nesse país todo de norte a sul, e com a idade, que não era tão jovem assim, nunca deixou de...

TM - Até hoje.

GG - Até hoje com os limites que já são maiores.

TM - A idade dele.

GG - É, as dificuldades são outras.

TM - Ele acabou desenvolvendo um trabalho com sarcoidose.

GG - É, mas eu acho que o tamanho dele na tuberculose é muito maior que o tamanho dele na sarcoidose. Porque aqui ele fez uma escola, ensinou durante mais de duas décadas, foi um dos maiores professores que o país tinha, e talvez o mais respeitado no nível de conhecimento.

TM - E o Flávio Poppe, você já falou bastante dele.

GG - O Flávio Poppe, é outra figura também para mim muito importante, foi pessoalmente um amigo muito querido. Trabalhamos juntos de 65 até 73, e depois um pouco mais afastado, mas de alguma sorte, mantendo ainda contatos pessoais. É uma figura extraordinária desse... um grande ser humano, sofrido, tinha os seus temores, mas nunca vergou. E dele eu guardo uma memória... vi muita gente morrer nesse intervalo de tempo aí, alguns ateus rigorosos, como o Noel Nutels que dizem que na hora de morrer disse: "Eu quero tudo que a religião me dá, não abro mão de nada" (risos). No caso do Flávio Poppe, morrendo lentamente com um carcinóide, que deu metástase hepática e deu síndrome de (?) uma morte lenta, longa... ele nunca teve o menor momento qualquer concessão da religiosidade.

TM - Pedir ajuda.

GG - Nada de religiosidade. Quer dizer, então mantendo a fidelidade de pensamento até em extremos; eu acho que isso é uma marca. Depois aquele homem sisudo, sério, você olhava para ele assim, ficava com temor até de se aproximar, era uma pessoa doce, quando ele morreu, a gente descobriu que ele tinha um livro de poesias que ele nunca editou, ninguém nunca imaginou isso, a sensibilidade para fazer poesia, não que seja boa ou ruim, não, problema não, mas a sensibilidade de fazer, guardar tempo para isso. Então, são episódios que registram, marcam, marca. E ele marca muito, era muito sério, era uma pessoa que contribuiu muito nessa década de 60 e 70...Trabalhava na área mais difícil, área de patologia, área que quase ninguém... tinha muito interesse, era uma retaguarda mesmo, mas foi fundamental na organização dos conhecimentos pra poder aplicar. A classificação dos prognósticos que ele fez, ela foi extremamente útil na implantação de serviços nessa época.

TM - O Aldo, Aldo Villas Boas?

GG - Aldo era um, velho companheiro, o Aldo... (risos), são todos velhos, né? Não tem... O Aldo Villas Boas, eu conheci como um dos três mosqueteiros, de Pernambuco; o Laurênio e outro que agora... Heródoto Pereira Nunes... os três mosqueteiros. Começaram

a briga pela tuberculose lá no estado de Pernambuco. O Aldo é cearense, e os outros dois eram pernambucanos. E o Aldo desde essa época, até chegar à Divisão, ele teve sempre uma coisa assim daquela tenacidade nordestina, é a tenacidade que não cede, pode ter a dificuldade ele bate dez vezes e vai. Eu acho que nesse caminho, depois ele saiu do país, foi ser assessor internacional, ainda dentro da tuberculose, facilitou muito para entrada aqui no Brasil essa abertura do caminho internacional, por conta dessa atuação lá em Washington, depois retornou para a presidência do SESP, e em todos esses caminhos ele foi fundamental no sentido de que onde ele passava ele organizava as coisas de tuberculose. Eu acho que até hoje ele ainda tem o pensamento dele voltado para tuberculose com as dificuldades que hoje ele tem, a claudicação pela circulação de perna, arritmia, enfim, tudo mais, mas acho ainda é daquilo que ele mais guarda alegria é do serviço de tuberculose. Alguns encontros que a gente não pode definir exatamente todos pelo caminho da vida nos mais diferentes lugares, que são passagens que ficam no registro da memória, de forma definitiva do homem, da pessoa; e ele como profissional, como trabalhador... apenas é uma pessoa mais conservadora na sua formação e pensamento e no político e talvez por essa razão caminhe por um caminho não tão próximo da gente, mas também com essas... na tuberculose também teve muitas pessoas conservadoras que foram muito importantes: o Magarão que você está falando isso aí; Magarão, Bethlen, e ele próprio. Pessoas... além do Fraga, Paula Souza, e são centenas progressista no trabalho, mas conservadoras na visão política.

TM - Aloysio de Paula?

GG - Muito menos experiência com Aloysio de Paula. A minha experiência com ele foi sempre muito fugaz até porque como a gente era da escola do Fundão, a escola do Fundão tinha assim uma certa rivalidade profissional com Aloysio, resquício da briga do Aloysio com o fundador da cátedra, que era o Ibiapina; e seguido pelo Bethlen e pelo próprio Fraga nunca houve uma aproximação. Mas eu acho que, do que eu vejo no Aloysio, é que foi assim uma pessoa também... mas essas todas são pessoas muito especiais, ele tinha muitas qualidades diferentes das registradas, dessas outras, era qualidade e de sensibilidade do pendor artístico, da cultura no seu sentido mais amplo, talvez o mais culto de todos, o mais erudito, não só pela quantidade de estudos em vários idiomas, mas até pelo interesse diversificado na área não médica, ele aliava uma cultura médica a uma cultura geral, as letras, as artes. Enfim, era um pessoa... é... como pouca gente deve existir em termos de formação holística.

TM - Chegou a ser diretor do MAM?

GG - É, foi diretor do MAM.

TM - Em 60.

GG - E ele gostava muito dessa função, e não era uma função pequena, mas herdou uma função importante. Mas mesmo muito veterana, ainda me lembro dele, já afastado, mas ainda convidando a gente para fazer quadro da pós-graduação, que ele estava implantando em Niterói, no Pedro Ernesto, ainda com todo... Já aposentado era voluntário, estava com todo interesse, mostra a relação forte ne, relação afetiva definitiva que a maioria das

pessoas de tuberculose tiveram na tuberculose. Fizeram muitos, os mais variados caminhos, mas certamente o que era a ligação emotiva forte era a tuberculose. O Bethlen caminhou por todas as áreas... o Aldo que foi para as mais variadas funções de administração; o Aloysio que até distanciou-se na área de pneumologia, na área de..., mas tinha um nexos forte com a tuberculose era um nexos afetivo invencível. Acho que o bacilo liga de forma mais forte do que a gente imagina, a pessoa a ele.

TM - Edmundo Blundi.

GG - O Edmundo Blundi era pela mesma razão do Aloysio era de escola diferente, os contatos também menos freqüentes. Tive contato com ele quando da direção de serviços... eu trabalhei com ele uns dois anos, não sei bem quanto tempo ele ficou, mas não ficou muito tempo não, e...

### Fita 8 – Lado B

GG - ... ele ali me dava idéia de ser uma pessoa do tipo... temperamento bem italiano, loquaz... que tinha sua tenacidade ligada a algumas coisas que ele achava importantes na época, e o que ele achava importante era o efisema. Ele veio para a tuberculose muito mais por questões circunstanciais até incluir a atividade na área das sondas obstrutivas, era o caminho dele; depois sim, já na idade mais avançada ele se incorporou como um dos maiores lutadores contra o fumo. É uma figura importante. Eu acho que na escola do Aloysio tem ele e tem (?) Chaves da Silveira, que são pessoas muito importantes dentro do mundo científico... não necessariamente da tuberculose.

TM - Jayme dos Santos Neves?

GG - Esse é meu padrinho. Padrinho porque me batizou "*in extremis*", quando eu estava para morrer (risos), eu fui batizado por ele, batizado por ele e outra pessoa, já na idade adulta. E de lá para cá a gente mantém essa relação afetiva de uma proximidade muito grande, de um carinho muito grande, agora é uma pessoa com capacidade operativa fantástica, é... não é muito organizado, mas consegue se cercar de pessoas organizadas, então consegue operar com relativa facilidade. Eu acho que só o marco que ele deu na tuberculose, só, não vou falar de muitas coisas, só o fato dele ter implantado o primeiro programa unificado contra toda uma realidade, mostra a percepção dele. Depois, além disso, ele manteve um serviço a vida toda, que é a Liga Espiritosantense Contra a Tuberculose. Fez o arquivo central de tuberculose num serviço não estatal, que manteve isso atualizado, que é uma coisa de interesse público, ele é uma pessoa que dedicou a vida ao interesse público. Com toda a qualidade que ele tinha, podia ser um profissional, e certamente muito bem remunerado se ele estivesse se direcionado para a área do setor privado, com um grau de capacidade de trabalho dele, com a cultura dele e com as ligações... um monte de governadores, ligados a tudo... toda a linha de política e de mando de um estado ele não caminhou por aí, ele caminhou por voltar seu trabalho para o interesse social. E acho que isso é uma marca tão fundamental e tão rara... numa pessoa tão bem dotada abrir mão desses dotes em seu próprio benefício para usar isso pra interesse geral,

acho que é um marco interessante. Ele não fez isso nunca por ideologia não, ele fez isso por convicção de trabalho... não é nenhuma vocação... ele não é nem uma pessoa ligada à esquerda, que pudesse ter um pensamento ideológico, ele fez, porque foi uma opção que ele achou melhor. E acho que deixou uma marca no estado e uma marca que repercutiu a nível nacional.

TM - Rafael de Paula Souza?

GG - É... Rafael a gente se encontra só já na fase em que ele está no extremo da vida, a minha vida profissional começa com ele velho... Dele a gente tem história, e quando vê pode ter uma idéia pálida de como deve ter sido um homem na época em que tinha o poder, porque até hoje é um homem rígido, até hoje é um homem enérgico; agora, imagino quando ele detinha o poder de mando, daqueles anos da redemocratização do país, depois da ditadura do Vargas, como ele devia ser. Certamente pouca gente devia poder questionar a decisão que ele tomava, daí talvez os grandes conflitos que ele teve com os outros grupos, né, como o Silveira, Manoel Caetano de São Paulo, o problema das personalidades muito fortes, ne, ocupam espaço e se chocam, as estrelas normalmente não acham que dão para brilhar juntas e o firmamento é pequeno para elas...

TM - Não cabe todo mundo.

GG - Não cabe. Mas é uma visão, que não é muito real, o firmamento é bastante grande, é só focar diferente. Mas acho que foi fundamental nessa época por esse aspecto, por força dele conseguiu incrementar a tuberculose e que levou mais de 15 anos ainda no embalo da força que ele fez, depois ele só foi retomado assim como força, eu acho que quando o Aldo assumiu... o embalo dele seguiu um longo tempo. Então, foram pessoas que não foram tão é... fortes do ponto de vista de luta, mas que se beneficiaram no espaço que ele abriu.

TM - Rosemberg?

GG - Rosemberg, é outro tipo de figura, assemelha-se ao Aloysio no ponto de vista de formação, de cultura, de interesse, embora pessoalmente seja uma pessoa absolutamente distinta. Um leal companheiro. Uma pessoa que quando está junto numa função ela é absolutamente é... confiável; e é uma pessoa que luta pela aquela idéia. Ele já é um pensamento diferente dos outros, ele já tem a ideologia junto; ele é uma pessoa que faz um desenvolvimento nessa questão social e é com uma visão mais integrada, não de um esforço pessoal, mas da inserção desse esforço num conjunto ideológico mais amplo de mudança, na forma de pensar e de atuar. Acho que também são marcos que a tuberculose teve a sorte de ter, e ainda hoje aos 80 anos...

TM - Sete... 87.

GG - Ele tem 87? De verdade? Quer dizer, ele ainda é uma pessoa lúcida, interessada, estuda como pouca gente nessa fase da vida faz... Circula pelo Brasil todo dizendo as suas idéias, que não são as idéias só dele, são as idéias do Serviço... Então é uma pessoa que merece o respeito e admiração de qualquer um.

TM - José Silveira?

GG - É mais distante por conta até da geografia... de grupos, não eram muito próximo da gente, é geograficamente distante, localizado na Bahia. Era desse mesmo tipo de pessoa de formação humanística muita ampla, muitas dessas... nessa fase de idade, todos são pessoas de grande formação humanística. Eu acho que... é uma marca desse grupo de pessoas. E que tem diferentemente dos outros, mas teve interesses assistenciais mais marcados apesar de ter sua atividade de expressão na área assistencial, sempre trabalhou muito mais entorno do seu próprio grupo, do seu próprio serviço...

TM - No IBIT?

GG - No IBIT, e por essa razão que talvez ele ficou um pouco marginal aos outros grupos, embora sempre em toda atividade nacional ele é lembrado, mas a expressão nacional dele, nessas décadas de 60 em diante já foi menor. Ele era um excelente participante de congressos, muito ativo, muito capaz, mas não muito voltado a ação de saúde pública nacional, mas a nível local.

TM - E como é que foi na Bahia, não sei se você tem notícias disso, enfim, não é do seu tempo, mas pode ter repercutido, quer dizer, a criação do IBIT gerou um racha eterno, um certo rompimento de relações dentro da... de Salvador, na Bahia, na cidade, o IBIT foi criado dentro da cidade. Enfim, desavenças fizeram com que ele saísse, ele, o IBITE. Quería saber se isso continuou. Você teve relação com esse grupo na universidade?

GG - Não. Eu sei da briga, da briga dele com o pai do Alberto Santos... isso aí eu sei, mas não tenho contato... só poucas informações.

TM - E o Noel Nutels?

GG - Noel também era outra figura diferente também (?)...uma ideologia voltada em sua atividade, e que teve toda a sua função ligada a uma atividade ele que julgou importante, que é a de implantação de sistema de saúde na população indígena. Nessa área ele foi um pioneiro e um desbravador. E nesse conjunto de funções aí ele mostrou muita coisa prática da tuberculose. Meu contato com ele não foi assim também dos mais íntimos, era muito mais com o Miranda, do que com ele, mas era uma figura única, irreverente ao extremo, capaz de entrar numa reunião formal falando um palavrão, quando a regra daquela época era o comedimento...

TM - Era exatamente o oposto.

GG - Ele entrava com uma roupa berrante, quando todo mundo era sóbrio; falava alto, quando todo mundo falava baixo; sabia quadrinhas de banheiro como nunca ninguém soube; enfim era uma figura alegre, agradável, e que no plano profissional foi importante porque implantou um serviço difícil, complicado, e precisa alguém com um grau de disposição especial para conseguir fazer aquilo, andar de barco pegando malária não deve ser um dos mais agradáveis prazeres da vida.



TM - E o Miranda?

GG - O Miranda. O Miranda é um companheiro de trabalho desde da primeira hora. Praticamente, dentro do Serviço, logo nos primeiros tempos, ele já era uma figura notável, eu ainda era começante. Mas é uma pessoa... que a gente se aproximou, foi com o tempo... tem um nível de trabalho adequado, temperamento dele é especial, arredo, desconfiado, mas é muito importante porque é muito trabalhador, o trabalho na mão dele faz, desenvolve, não para. E depois sempre com a tentativa de globalizar as coisas. Foi fundamental na programação de tuberculose por exemplo. Eu ainda acho que a maior parte dos méritos da programação são resultantes do trabalho dele, da visão dele e da orientação que ele deu a isso. Acho que até hoje, eu espero que com o tempo a gente continue a trabalhar junto.

TM - E o pessoal do ITP? Ivan, Santiago, Nelson, Silvio Barbosa?

GG - Nelson, qual deles?

TM - Nelson Guimarães.

GG - Guimarães, Macieira Guimarães. É... eles são pessoas que na época... o meu no tempo do ITP foi... profissionalmente menor do que os outros... então, é evidente que é tudo proporcional a esse tempo; é... dos mais antigos... eu fui voluntário durante muito tempo, mas era só para dar aula, participar de poucas atividades... Eu trabalhei com o Bethlen, depois do Bethlen era o Geraldo, o João Paulo, o Ivan Costa, depois o Arlindo Gomes, depois Aloysio Dorval, Arnaldo Neves, o Macieira, o Nelson Macieira Guimarães, é do grupo do Arnaldo Neves, Silvio Barbosa... quantidade grande de gente... Depois foi aparecendo os mais jovens; eu fui um dos primeiros mais jovens; eu e o José Mauro, éramos jovens, em algum momento da vida a gente é jovem. Bom, depois apareceu o Gilvan, o Alfredo, Selma, e Carlos Alberto, Roberto Braga e eu sai; esse contato ficou muito ocasional, na verdade hoje são pessoas que a gente não tem uma aproximação muito grande.

TM - E os jovens, a jovem geração daqui?

GG - É, aqui tem pessoas que a gente admira já, tem várias... eu acho que é perigoso falar porque a gente sempre comete uma omissão, mas são pessoas muito promissoras, e eu acho que várias delas já mostraram seu valor, sua competência. Eu trouxe logo de saída três pessoas: Maria Lúcia, Miguel e Zé do Vale; desses três um ficou aqui, que é o Miguel, Maria Lúcia seguiu os caminhos dela, mas uma pessoa que certamente ficou claro que era importante onde ela estivesse, e o Zé do Vale hoje está em Brasília, e eu espero que um dia retorne a esse abrigo, porque era uma pessoa... que a gente contava com ele; Zé do Vale, Miguel, mais Margareth, mais Sônia, que um tripé, um quarteto da nova geração, hoje reduzida a um tripé que pudesse dar continuidade às funções. E outros que vão ficando na escala abaixo desses, como o Gilberto, são mais jovens, dessa faixa de idade: Maria José, (?) o Chico que vão... na área médica, na área de captação de pessoal não médico, uma área de quantidade menor porque na verdade, os não médicos a gente usou muito, reaproveitou o que aposentou. E na área de enfermagem eram três pessoas, todos acho que com nível de

competência, na área de assistência social só entrou a Jandira, que é uma pessoa hoje muito importante. Então, desse grupo todo aí, ainda falta a Angela do laboratório, pessoas que cada uma na sua área, no seu campo tem uma importância, eu espero também que na área de poluição eles façam algum trabalho; e eu imagino que esse grupo pode permanentemente evoluir. A Moema da área de pedagogia... Eu acho (?) desses grupos, pela formação diferente acho que eles vão permitir um todo harmônico, e que vai, imagino dar continuidade a esse centro de referência por um período de vida longo se nenhuma intempérie colloriana surgir de novo.

TM - Por mim eu já daria por encerrado, você tem alguma coisa que você ache que deixou de ser tocada?

GG - Não, só dizer que eu gostei muito.

TM - É. E o que significou para você essa coisa de reavivar a memória?

GG - E isso...

TM - Como é que você viu isso?

GG - Uma alegre reminiscência certamente só recordo as boas (risos) as amargas não, isso acho que é esse processo seletivo de memória e traz tudo tão agradável...

TM - (?).

GG - Torna tão agradável que você esquece as dificuldades que o tempo trouxe durante todo esse permear, foram tantas as dificuldades que a gente nem lembra delas, a gente guarda memória do que foi bom. E acho que assim também é a vida; eu imagino contar a vida dessa forma, embora sem ser um otimismo exagerado, mas eu acho que fundamentalmente eu sou uma pessoa otimista, eu costumo contar minha vida como se eu estivesse num jardim com sol, eu podia escolher contar as sombras, mas eu prefiro contar as flores, então eu conto assim, se eu conto dessa maneira, eu certamente eu conto otimistamente.

TM - Foi lindo.

GG - É isso aí.

TM - Concordo com o Rosemberg nesse ponto. Rosemberg chamou atenção desse seu otimismo.

GG - É... (interrupção da fita)<sup>9\*</sup>

---

<sup>9</sup> a fita não foi totalmente gravada