

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CASA DE OSWALDO CRUZ**

NILDO AGUIAR
(Entrevista)

Ficha Técnica

Projeto de pesquisa – Depoimentos Avulsos

Entrevistado – Nildo Aguiar (NA)

Entrevistadores – Eduardo Thielen (ET), Nísia Trindade (NT) e Ricardo Augusto dos Santos

Data – 07/02/1979

Local – Sem informação

Duração – 2h

Responsável pela transcrição – Sigrid Hoppe

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

AGUIAR, Nildo. *Nildo Aguiar. Entrevista de história oral concedida ao projeto Depoimentos Avulsos*, 1979. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2021. 43p.

Sumário

Fita 1 - Lado A

- comentário sobre a diferença entre empresas médicas e grupos médicos;
- sobre a posição da Previdência Social em relação à pressão das entidades representativas da classe médica;
- sobre a política de saúde pública no momento atual;
- a contribuição da Previdência Social para a evolução da assistência médica no Brasil;
- sobre a questão: privatização X estatização da assistência médica.

Fita 1 - Lado B

(Longo trecho inaudível)

- sobre a questão: privatização X estatização da assistência médica;
- a necessidade de “institucionalização” da medicina pública;
- o controle da compra de equipamentos médicos no âmbito da Previdência;
- sobre o projeto de criação da carreira de médico previdenciário;
- sobre os convênios entre empresas e grupos de assistência médica;
- comentário sobre a posição dos médicos frente aos grupos de assistência médica.

Fita 2 - Lado A

- a ação do SAMDU na assistência médica;
- o papel do IAPI e IAPC na assistência médica;
- sobre a unificação dos Institutos;
- o papel do PPA no âmbito da política previdenciária;
- sobre a criação do INPS;
- a administração do Dr. Luís Seixas na presidência do INPS.

Fita 2 - Lado B

- a administração do Dr. Luís Seixas na presidência no INPS e várias medidas adotadas;
- sobre a elaboração do PPA;
- análise da administração de Reinold Stephanes, à frente do INPS;
- a participação dos secretários de assistência médica na elaboração das políticas de saúde;
- comentário sobre a ênfase dada à assistência médica na administração de Reinold Stephanes.

Data: 07/02/1979

Fita 1 - Lado A

E- Isso o senhor já acha que é ...

NA- Isso é o novo discurso da administração...

E- O senhor acha que já é (?) da administração atual.

(Inaudível)

E- Agora, no período (?)

E- Normalmente depois dele (?) algum tipo de (?)

NA- Não, não mas aí (?) que o setor avalia.

NA- As empresas médicas, as empresas médicas, os grupos médicos que fazem uma (?) confusão, mas o problema é hoje da Federação Brasileira de Hospitais e percebeu que aos poucos (?)

E- E a Federação Brasileira de recursos médicos a

E- Abrange.

E - A Abrange também o senhor acha que chega a ter acesso a (?)

NA- Não, acho que não, o problema da empresa médica não é tão em termos de volume, a gente não pode nunca comparar em termos da federação brasileira médica.

E - Digo que aqui no Rio, por exemplo, a gente suponha que tivesse uma enorme quantidade exatamente por confundir grupo com empresa a gente acaba de descobrir só acho umas 15 a 20 empresas, empresa médicas.

NA- Você tem 83 empresas médicas, mas se você for pesquisar você vai encontrar 80% em São Paulo.

E- Quais as partes dos convênios também são empresas, é São Paulo?

NA- Não é. Convênio você tem convênio por empresa, sindicato na cidade de São Paulo praticamente em 1967 o estado de São Paulo tinha dois, o hospital que eram os doentes mentais o ISPC e o hospital de (?) INAUDÍVEL ...depois inauguraram as (?). Também foi inaugurado (?).

E- Atualmente parece que são mais de dez os hospitais estaduais públicos em São Paulo.

NA- Atualmente nós temos 40 hospitais públicos, hospitais da LBA.

E- O senhor acha que isso se explicaria se a quantidade de convênios em São Paulo.

NA- ...(?) 25 hospitais, LBA 9, na verdade funcionando nós temos atualmente 39 que representa 8.900 mil leitos contra 320 leitos contratados.

E - E há uma concentração maior desses leitos no Rio de Janeiro.

NA- Praticamente você encontra essa concentração, você encontra no sudoeste, 22 hospitais com 5.960 mil leitos. Mas nesse sudoeste o Rio de Janeiro representa mais da metade, da metade.

E- Alguém nos falava nessa entrevista também que um momento, não sei de depois de 1960, teria tido algum tipo de conflito, precisamente devido ao congelamento de contrato de (?) na gestão de Seixas....

NA- Seixas.

E- E que não sei se por parte de médicos ou coisa parecida teriam chegado reclamações ao governo federal pressionando... esse negócio o senhor sabe é uma constante ou não esse tipo, quer dizer, no fundo a entrada dos setores interessados no caso seriam as empresas dos convênios, junto ao governo diretamente ou não. Que dizer no fundo a questão é ver o projeto de tomada de decisão, de que forma os interessados participam ou não participam. No caso os hospitais particulares nitidamente...

NA- No caso são o mesmo fator de pressão.

NA- Não tem nenhum acento oficial na administração.

NA- A prova que não tem é quando houve a reforma de (?) a presidência dos hospitais (?) fez alguns artigos, anais reclamando pela não participação da federação (?) nas tomadas decisões e foi aí que começou a briga entre a comissão brasileira federal dos hospitais e culminou em (?) de trabalho.

E- Qual é, como é que o senhor faz a diferença entre as empresas e os grupos médicos? Ou não há nenhuma ...

NA- Para mim grupo médico é para pagamento, entendi em que determinado momento a instituição já a empresa médica a Rio Clínica.

E- A Rio Clínica.

NA- Essa empresa médica tem lotado a sociedade anônima ou então limitada aonde a prestação de serviço a empresa.

E- Só a trabalho com a, tem haver com as empresas...

E- Empresas (?)

NA- Só trabalha com empresa (?)

E- Em nenhum tipo de...

NA- O presidente do chamado grupo médico ele até numa do trabalho ele disse que o grupo médico se ele tivesse um maior número de associado para que todos eles se beneficiasse para evitar que um grupo médico, fosse obrigado a empregar ou até mesmo ou assalariado, usar dos serviços do, médico autônomo porque aí seria um fator também muito difícil de encontrar os chamados atos médicos da previdência social, que dizer o meu raciocínio pra nós grupo médico o próprio empresa médica usa por exemplo a todo muito sabe que hoje a Golden Cross se mantém no sistema de controle por atos médicos desnecessários feitos se sabe que ela não tem licença então aí é que ela entra a unidade de serviço médico, unidade de grupo de saúde.

E- O senhor acha que ...

NA- A unidade de serviço, e o fato. É funcionar como fator de (TI) ou senão o outro me elimina é uma forma singular do casamento da classe médica.

E- O senhor acha que isso é o normal importar da Previdência ou que já era tradicionalmente importar da área privada que a previdência utiliza, o senhor consegue identificar alguma relação aí de limite?

NA - Não porque o que sai, porque o que se sabe é que as grande empresa nacionais tipo Golden, Brahma, Antártica e as empresa maiores elas citam normas (?)todo mundo conhece o que foi médico da Mesbla, o serviço médico do Banco do Brasil, que dizer a tendência e das empresas antes vamos dizer do IPVA, antes da própria do Ministério da Previdência Social as própria empresa da seus serviços próprios

E- Ainda ta isso que o senhor está falando de pagamento de controle dos nossos médicos tal, o senhor falou que a Golden Cross faz?

NA- Não isso, a Golden Cross começou a fazer não fazia.

E - Pois é, então o normal é importar, é importar da previdência.

E - Pode ser ou então que ta importando pelo exagero de das estações encontradas sei que a, o sentir realmente esse problema a gente tem que (?) muito porque o Banco do Brasil é abandonou o seus serviços próprios para a despesa dos médicos (?) como é que a própria previdência social através da sua (?) usam o sistema nacional de serviço, então a gente começa a olhar também o

outro lado da questão os médicos não estão interessados na manutenção do sistema das unidades de serviço a associação médica brasileira no defendeu quem (?) quem primeiro anunciou a tabela do horário médico foi a sociedade médica brasileira .

E - O senhor acha que a previdência e o ministério são insensíveis a reivindicações das pressões, reclamações a sociedade médica brasileira coisa ou e um sensibilidade que vai variar com o tempo?

NA - Vai variando com o tempo, eu acho que agora eu acho que dos sindicatos que estão multiplicando para a institucionalização dos médicos seja ele assalariado seja ela do estado do Rio de Janeiro, São Paulo, mas isso é em função de que? Em função de que hoje nós temos um estoque de médico a nossa disposição então hoje quando eu defendo a carreira do médico previdenciário porque eu acredito que existam vai abrir um concurso de médicos nas 4 áreas básicas você vai encontrar médico que vai trabalhar 8 horas e vai 4.E que (?) você não conseguia.

E - A maioria esta em São Paulo e..

NA - Então porque o problema do assalariado médico da o aumento porque o salário mínimo do médico não tem três vezes desde 1950 e pouco o próprio (?), o próprio (?) não era pra ser assim(?)da importante porque o funcionário através é credenciação 2, 3, 4, 5 empregos. Agora em que medida a previdência acessível ela é sensível em função de que ela começa a sentir o reflexo da sua política até hoje a previdência pertence aquele (?) ambulatorial é da ênfase o generalista como sabe (?) para a ação da digamos (?) mas sofisticadas, (?) de especialização e cada vez mais armadas.

E- O senhor não acha que, por exemplo se a nova administração seguir um pouco a orientação do que o senhor falava numa linha de entrar mais, em termos gerais o senhor falou preventiva ou coisa assim parecida com isso pouco a pouco e mas o ministério da saúde vai ficando um tanto sem razão de ser?

NA- Bem. O ministério de saúde na verdade se ao longo do tempo se a gente for no exercício de metodologia que duas coisas podem acontecer a próxima reforma sai só tem uma reforma feita até hoje.

E - Ou o INAMPS passa...

NA - Ou o INAMPS passa pra saúde...

E - O ministério

NA - Ou o ministério passa para a ... Desde que mude o nome aí passa a ser ministério da Saúde.

E - Previdência Social.

NA- Não a previdência de saúde pode ficar aí desde...

E- Previdência Social.

NA - Ou Previdência Social.

E - Um exercício de o senhor aposta mais em qual um ministério do bem do estar social ou num ministério que englobe as duas coisas.

NA - Eu acho que a tendência desses próprios governos é compatibilizar do ministério se possível até mesmo com ele separado (?)é não é à toa que existe a (?). O treinamento de as consultas o que é ele sai a 001 a 002, a 003 035 coordenar as atividades de saúde e cria

E - Da criação permanente.

NA - E cria.

E - Depois do INSS de saúde.

NA - E através do Ministério da Saúde o PIAS, tá nada mais é do que uma opção conjunta onde da previdência social financeira os serviços das ações de saúde

E - A indicação, a indicação eu ia perguntar a opinião do senhor então isso parece um pouco indicado a não é, essa alternativa de esvaziamento do Ministério da Saúde.

NA - Não, eu, não digo o de esvaziamento, não vamos falar o esvaziamento dentro do ministério da saúde claro que é o momento propício para que os dois ministério consiga realmente é agilizar o sistema nacional de saúde, como agilizar através (?)da secretária de saúde estaduais através das unidades municipais da secretaria de saúde A participação do MEC ainda ontem se é o que se dizia o ele possui (?) do MEC que passa pela saúde .

E - Hum hum.

NA - A formação cada vez mais que vamos e uma das coisas também vamos participando disso é a necessidade de que os recursos humanos para a saúde para entrar na área de formação é...

E – Específica.

NA - ...específica na verdade, na verdade que você conviveu de aqueles trabalhos você participou em 75 em que agora retomaram para a regulamentação do plano de saúde biomédicos, tecnólogos de enfermagem, fonoaudiólogo, tá tudo aí que precisa e precisa ser feito alguma coisa nesse sentido e parece que é o momento desse casamento. Que pode esse casamento ser feito de véu e grinalda, mas na verdade ou o casamento ser feito na polícia.

E - Mas uma pergunta em termo de fofoca, não gosto de fofoca, mas eu soube que o Luís de Fracia teria sido convidado para assumir o INAMPS, para presidência do INAMPS agora.

NA – Não, não acredito, não acredito ele pessoalmente

E - Que não, porque de qualquer forma também me surpreendeu, né essa fofoca dentro da linha que a gente tá observando né que tá seguindo tal das gestões não caberia muito o retorno dele

NA - E porque é muito difícil as pessoas retornarem para o lugar de origem.

E - é.

NA - Senão do ministério da agricultura e do ministério da fazenda e o exercício da (?) e é mais difícil.

E - Mas eu ia fazer uma pergunta um pouco pra traz é que lamentavelmente temos que ficar tentando identificar uma pessoa eu não queria que fosse assim, mas independente do que ela significa, o senhor acompanhou tem alguma idéia sobre o doutor Raposo.

E - Raposo MEIDAS

E - é doutor Meidas Raposo, não interessa muito a pessoa dele na interessa que aparentemente pelos dados que a gente tem sob o período de 64, 66 uma dezena de oficinas de que foram criados problemas de unidades de serviço de burburinhos de confissões aparentemente houve uma posição constante aí dentro, mas digamos assim finalmente privatizante.

NA - Era ABN.

E - ABN

NA - E tá podendo dizer que ele foi um de um diretor se eu não me engano, se não estou equivocado ele também participou da (?) ele mas ele colocou-se sempre que em termos da (?) do custo da assistência médica em termo de melhor de produtividade é seria sempre preferível a de terceiro inclusive essa é a posição do depende da tem que entender bem qual é a posição é no sentido de que os serviços próprios se eu não me engano para e não baixa essa é umas das chamadas os serviços comprados são serviços mais baratos e de resultados melhores mas na verdade isso aí é um erro de grande porque os serviços dos hospitais da assistência médica estão induzindo os , estão induzindo nas pesquisas de todos os sistemas de prestação do lucro de universidade. Se nós pegarmos os últimos 20 anos e a renovação dos titulares das escolas de saúde nós vamos encontrar a maioria deles sob você hoje é certo do departamento de pesquisa de professores e médicos é , cirurgias de todas as especialidades você vai encontrar que eles entraram numa universidade através da criação tolerância então a previdência representa ao meu ver um dos grandes impulsos da melhoria da assistência médica dentro da sua institucionalização e dentro do seu conhecimento e não é atoa que a previdência social se tornou há muito tempo. Qual é a primeira previdência médica do Brasil, estruturado, o hospital de servidores de hospital da previdência estão o hospital do estado foi considerado o único hospital do Brasil foi considerado pelo colégio internacional de cirurgiões como hospital de excelência foi em 1946, então o marco da participação da previdência social na residência médica você também começa a sentir o reflexo na universidade, você pega o José Inácio, que dizer pode pegar São Paulo do Rio de Janeiro catedrático do Rio Grande do Sul com 6 anos de previdência 6 anos

de formado quando isso aconteceria antes. Você tem que aprender que o seguro social é na verdade em termo panorâmico é de saúde, de assistência médica, de saúde não, mas de assistência medica um grande desenvolvimento

E - Isso é um tipo de argumento ao qual eu o doutor Rapouso esteve ligado, tive a idéia do seguro saúde que se chamava eu tenho a impressão que veio dele pessoalmente. Nas séries de documentos que nós encontramos inclusive (?) foi arquivada aparentemente, né ? Depois a criação da empresa a primeira empresa médica e a de Campinas.

NA - Eu não sei se foi a primeira a ou se a primeira foi a a bioclínica.

E - Aqui no Rio de Janeiro foi a mais antiga.

NA - Foi a mais antiga .

E - De São Paulo eu não tenho muita certeza .

NA- Em São Paulo acho que a SANSIO.

E - A SANSIO é a mais antiga se não me engano a mais a

NA- Olha o que foi isso até hoje ainda o pessoal fica na discussão de, também não pode dizer assim naquela (?), naquele edição especial de vez e disse que em 1980 a previdência, vocês lembram?

PAUSA

E - Privatizante. Depois da grande maioria da impressão dos técnicos da previdência hoje são propensos ou da são digamos flexíveis (?)estender a criação que dizer a nenhuma previdenciação radical ao (?)não tem sentido nem uma a chamada estatização é contra uma corrente dos dados da(?). Parece que essa é a maioria você nota essa grande maioria os quais a gente tem conversado .E pouca gente quase a gente não identificado hoje pelo menos seria partidário ao outro lado da privatização também assim digamos(?) .Esses é que a gente não tem encontrado ninguém pra ter uma conversa.

NA - Estatizante não porque nós não falamos disso(?). Porque estatizar significa o que seria feito todos os hospitais seriam do serviço público, administrado pelo serviço médico. Realmente não tem sentido. Não tem sentido por que isso não existe tirando os países da área é socialista você não tem porque não falta (?)a Inglaterra o serviço nacional de saúde A não ser se você vai na Suécia .

E - Mas no caso da Inglaterra privada são ainda médicos e autônomos.

NA - Médicos autônomos, não sujeitos .

E – Não hospitais, unidades também .

NA - Ainda tem casa de saúde, mas casa de saúde então você, eu preciso de falar não estatizamos prefiro falar institucionalização da medicina. No sentido de regionalizar e hierarquizar há muitos setor privados como tem que ser disciplinados entrar em seu.

E - Aí então a coisa vai ficando sobre a sua opinião, como que o senhor vê a verdade de disciplinar um setor tão volumosamente majoritário como é o setor privado? O que pra condicioná-los dos seus investimentos ampliação de compras de equipamento que tipo de atenção é que tipo de ação...

NA – Bem, deixa eu fazer uma outra colocação assim saiu o convênio médico do ministério da previdência social em 74, nós temos 75 escolas médicas entretanto nós só estamos com 25 convênios acertados com as universidades para admitimos que nenhum hospital ou universidade ele é alta de diversidade em termos dos altos custos admitindo que a previdência social se a direção desse hospital for adequadamente bem administrado se ele poderá até 60% dos custeios da manutenção desse hospital porque os hospitais das universidades não assinam um convênio médico com o ministério da previdência social. Ainda prefere a maioria deles o sistema de porque ai nos vamos encontrar a resistência do salário de (?) hospital porque na medida que o hospital universitário da comunidade de serviço ele esta dando aula ele esta cedendo o ensino mas o docente esta recendo exemplo típico e o nosso todas as partes faculdade de grande padrão médico da USP da Universidade de SP mas ele não que saber de conversa da previdência social não venho isso paga alta e a alta atendimento ambulatorial o sistema de unidades de serviço porque o hospital de Porto Alegre hospital universidade também não aceita convênio MEC com a previdência social, e isso na pode servir. Só porque o convênio não cobre os 100% das despesas hospitalares eu colocaria aí (?) a própria classe médica.

E - Pois é ai que vem a perguntar por exemplo nessa perspectiva que o senhor se coloca o senhor chama de institucionalização da prática mesma pelo que eu entendo ela ficaria necessariamente aumento da capacidade de intervenção do Estado não compra das unidades de serviço mas digamos onde a capacidade de intervenção em termos da sua capacidade de informação fosse mais incisiva ou em outras palavras tivesse um capacidade maior de sanção da obediência da norma isso seria né, sem compra, sem nada que dizer. Mas teria um grau de liberdade porém condicionado pelo plano maior que seria traçados pelo nível de seria m pouco isso. Que dizer por exemplo que a regionalização, para conseguir a regionalização e que fica um subordinação de alguns planos fundamentais mas basicamente por exemplo a coisa do crescimento de prestação de serviços instalação de compra de equipamento que se funciona na empresa ela não se subordinava uma norma elementar do que como empresa que tem o aumento da sua rentabilidade pode ser que subordinando o estado evidentemente mas não é uma norma geral isso pode as vezes entrar em conflito ao subordina-se a uma norma mais ampla diminua a rentabilidade por tanto a sua norma privada fica com outra empresa . Isso implicaria sempre um aumento em intervenção do estado para incrementar as suas novas ai eu te pergunto como seria viável nas perspectivas que o senhor invocou depende quando as próprias escolas médicas que resistem, supostamente são estatais na maioria dos casos que o senhor esta falando são estatais, a USP a Rio Grande do Sul, uma é estadual a outra é federal .

NA - É estadual, privada por exemplo a Gama Filho assinou esse mês do convênio médico com o ministério da previdência social do hospital que ele acabou de fazer estão institucionalizados mais de 150 leitos evidentemente se ela não fizesse algo hospital de clínica agora o que eu acho é o seguinte de uma outra também uma outra visão do programa e que eu acredito que 60% a 70% dos hospital que nós temos em nossas redes de contratado são hospitais na base de 50 a 60 leitos a maioria deles com 60 médicos então na verdade esse hospital não podem dar prejuízo o hospital para a empresa pode dar prejuízo mas individualmente pode dar lucro ao médico, impressionante não é ?vão admitir que nos temos vamos montar um hospital de 40 leitos se você me perguntar como técnico de administração hospitalar porque um hospital de 60 leitos eu vou dizer é inviável vai dar prejuízo porque o pessoal necessário, equipamento necessário tudo isso da pra manter o de (?) de 100 leitos para cima mas nos operamos esse hospital recebendo uma unidade de (?) individualmente nos (?) mas como empresa não esse é um outro esse é um outro ângulo da questão que tem que ser analisados e que medidas a institucionalização.

Fita 1 - Lado B

E- (?) a hipótese é que eu já tinha começado a comprar (?) acima de 100 leitos que pudesse ter um rendimento decrescente, ao contrário da outra suposição que houvesse um aumento na escala e um aumento nas vendas. Mas segundo o oficial de justiça seria assim supõem-se que esses médicos atuam como, que dizer existia a baixa forma de salário. Nesses, nesses...

NA - Não.

E - ...uma pequena sociedade.

NA - ...uma pequena sociedade então eu percebo que a unidade (?) que recebo é um mérito pessoal (?). E a minha preocupação é a na empresa, não importa que no final dos 17 fiscal daquela empresa esteja que no final desse mérito a mérito mas eu, profissional também .

E - Que dizer basicamente o que essas empresas tem e uma capacidade maior de ampliação, agora elas ganham suficiente para as pessoas individuais. Devem ser pequenas não devem ser muitos os médicos que tinham digamos participam, ou participaram (?)...

NA - A maioria, a maioria são os médicos que participam, a maioria de, a maioria desses hospitais pertencem a médicos. Alguns deles são sócios (?)

(Trecho inaudível)

NA - Hoje a tendência de acabar com a previdência ...um profissional de saúde que funciona como uma carreira

Na - A secretaria de saúde porque

(Trecho inaudível)

E - É nesse sentido da da...

NA - Entendeu, eu acho que é (?) um outro lado, é a posição do médico, a institucionalização que dizer nos institucionalizarmos os profissionais de saúde em que ele funciona como uma carreira (?) carreira, ele vai entrar na previdência social com uma carreira sem outra atividade fora é uma forma de você lidar.

E - A previdência é que pagaria ?

NA - Sim, pagaria...

E - Mesmo quando ele for funcionário de uma empresa médica privada?

NA - Não, aí não. (?) nos nossos serviços. A secretária de saúde porque os docentes por exemplo são a favor da unidade de serviço? Porque a gente sabe que um docente recebe quanto...

E - Ganha pouco.

NA - ... Seis mil cruzeiros. É evidente que você vai dar a ele, apesar de que é um convênio né que sai não sai da previdência da a oportunidade do hospital de pegar parte desses recursos e redistribuir para a equipe de saúde. No Pedro Ernesto o LAMINAS fez isso.

E - É uma proposta, o senhor está colocando uma proposta um pouco parecida com a carreira de sanitarista, que o ministério, quer dizer o ministério da saúde propõem para os especialização de saúde pública, né? Que dizer é uma carreira que seria, teria todos seus passos na entrada em determinado nível, um trabalho na verdade sanitário e que vai se especializando pouco a pouco ?

NA - Não, não é bem assim, primeiro acabar com dedicação exclusiva né? Isso na área de dedicação exclusiva não existe de maneira nenhuma, você teria o médico não inteiro parcial não, você teria o médico em tempo integral . O estoque hoje de médico que a gente tem é muito pouco, hoje a residência médica admite para um concurso desses no Rio de Janeiro, de residência médica teve 6 mil e poucos candidatos, na verdade para 400 vagas, é na verdade a procura de um emprego, o residente hoje ganha...

E - Sete mil.

NA - Sete mil que vai pra nove e pouco e um emprego. E vai sabendo que nesses dois primeiros anos, ele vai ter um bom treinamento nas quatro áreas básicas, depois se especializa e vai se acomodar no futuro do mercado. Nos temos que entender que dentro da carreira do médico providenciarão no sentido de que aquele médico que vai ter que se adequadamente pago para funcionar em termo da grande rede de solução de problemas, que dizer hoje a gente podemos admitir que 80 % dos casos podem ser resolvidos sem internação então é necessário incentivar um grupo de médicos para essa especialização, para esse tipo de médico generalista.

E - Mas aí o senhor quer dizer aí que mais uma vez se ver a, é o que se parece na realidade a necessidade de uma intervenção maior na organização. Por exemplo o que o senhor disse que parece pelo menos os dados já nos indicavam apesar da gente esta interpretando diferentemente, que a grande maioria das unidades hospitalares são essas, (?) médicos hospitais, 50 a 60 leitos não é? Um pouco em termos analógicos lembrando uma vazias ainda nas pequenas e nas grandes empresas competitivas brigando por um, pelo mercado em vez de serem substituídas por grandes unidades pelo menos cobrem, (?), qual é a desvantagem né? Esses médicos depois vão ser, o mercados deles, aonde eles vão ser absorvidos eventualmente é vai ser por essas unidades. Não é? Tirados os serviços, os serviços próprios, a situação atual então eles também estão condicionado pelo tipo de demanda de força de trabalho que tem, não é? pelo tipo de especialização que essas pequenas, médias, clínicas hospitalares que existe (?) é exige. Que não necessariamente coincide com a perspectiva que o senhor estava falando que dizer forma-los por uma visão de atendimento que é de 80% não é necessário ser internado, onde basicamente a coisa se resolve no ambulatorios isso que seria. Então isso já esta pensando na formação dos recursos humanos por um tipo de organização da pensão que não é ainda precisamente o que existe hoje.

NA - Não, não existe.

E - E cria um novo conflito para esse pessoal.

NA - Mas não vamos falar, não vamos falar da formação dos recursos humanos, vamos falar, vamos falar em, o que, o que? A universidade forma o que o mercado está oferecendo, não é verdade?

(Trecho inaudível)

NA - ...Se você consegue um maior comprador de financiamento (?) o ministério da saúde, que vai definir através do (?) da saúde, quais foram os problemas da comunidade de saúde, você na realidade vai ter um mecanismo de incentivo pra pegar esses jovens que tão se formando, absorve-los e coloca-los num adequado sistema. Aí esses são deixados amanhã trabalhar num na casa da saúde, procurados pelos (?)

E - O senhor queria transforma a previdência no seu maior comprador?

NA - Não. É o meu maior comprador.

E - Então já é.

NA - Ela é eu maior comprador. Ela compra 97% dos serviços, de todos os serviços produzidos no Brasil (?)

E - Não, não, não, nesse sentido sim, mas maior contratador de serviços médicos.

NA - E ela é, também ainda é. Se você admitir que hoje somente 2 ou 3 % de médicos exclusivamente do (?). A maioria dos médicos talvez vem direto, ou diretamente da previdência

médica, O que me parece é a necessidade do que se pode fazer agora é, com tudo, pelo grande estoque de médicos que nos temos é criar o médico dentro da instituição, não mais o médico, não mais o médico fora e dentro da instituição, vamos admitir que o médico está 4 horas trabalhando no ambulatório, ele tem o resto da sua, vamos admitir que ele tá tem 6 horas e então ele vai peitar pra onde, vai peitar pra trabalhar numa empresa médica, ser credenciado, esse me conhece, por causa da, a situações da previdência também gera nesse sentido .

E - Nesse momento eu não sei dados a maioria, digamos dos contratos diretos, a maioria ainda é pelo setor privado, devem ser privados, pelo dados que o senhor apresentava.

NA - Contrato é o setor privado.

E - O setor próprio de 13% da, da....

NA - Deixa eu ver aqui do outro lado. Próprios com...Vamos pegar ambulatorial, os programas urbanos, os próprios produzem 42% mais os contratos produzem 36%, basicamente somando (?) que nos temos 472 unidades de ambulatório com 8 mil e tantos consultórios. As internações, os contratos representam 85% os convênios 11% e os pagos representam 3%. Essa é uma das realidades, como inverter essa corrente eu acho que somente através da institucionalização, não estatização, porque falam em privatizar, privatizar como? Privatizar a medicina não vai (?) privatizar e qual o setor privado que esta interessado nos cuidados básicos e primários. Setor privado não vai estar, não vai investir pra cuidar do saneamento pra cuidar das doenças infecciosas, vacinação, não vai. Cuidados primários, atendimento ambulatorial também não, em termos da maior massa. O setor privado tem sempre um atendimento secundário e terciário mas se a previdência também so cuidar do cuidados básicos e primários e financiar o serviço terciário ai ela entra também torna capaz de controlar o serviços especializados , desde como, ate em termos de equipamento. Você vê os convênios hoje (?) de seus planos os convênios tem um convênio que aperfeiçoamento (?) de saúde que é para treinar um grupo de médicos que estão nas regionais para ter uma visão global em termos e saúde. O outro é padronização de equipamento de saúde, o que é isso? É uma necessidade de compatibilizar os grandes gastos em termos (?) de saúde e em termos de equipamento...

E - Isso que eu ia te perguntar se na previdência existe algum organismo encarregado do controle de compra e exportação de equipamentos, quem é que controlar isso, o ministério de indústria e comércio e ? Ou não existe uma controle específico para equipamentos médicos?

NA- Não. Agora para você fazer, a importação de material, material estrangeiro tem que ser por é, através do ministério da previdência social, autorização expressa do presidente da república .

E- Ah sei.

NA- É centralizado nesse departamento o por isso é que hoje já tem um convênio da padronização de equipamentos da saúde no sentido de que começa se conhecer quais são os equipamentos adequados para nós e não mais estarmos a , como se diz sendo vítimas do grande mercado de sofisticação de equipamentos . Exemplo na padronização de equipamentos a SENE

é ela hoje é grande compradora de medicamento (?) das multinacionais, além de incentivar outros laboratórios nacionais. Mas na verdade a SENE passou também a funcionar como um fator de barganha pras multinacionais, com isso hoje a minha experiência dentro do hospital de Ipanema eu consegui de 1200 medicamentos padronizar 220 medicamentos (?). Isso representa um custo dentro dos 70 %. Então nós vamos entrar nessa área de equipamentos, de montar esse projeto é um projeto de amadurecimento de 2 anos para primeiro se conhece-lo o sistema de quais são os equipamento adequado .

E- Essa, essa passagem pelo ministério da previdência pelo controle de importação é recente?

NA- Não, veio através do de todos os órgãos hoje estão sobre isso, é importante você é a influência da...

E- Sim mas aí é a , do comércio, do banco central , mas essa análise caso a caso é bem interessante...

NA- Não é sempre, caso a caso é autorizado, mas aqui no departamento que analisa.

E- Esse departamento como se chama?

NA- Esse é o departamento de administração médica, é um coordenadoria de padronização de equipamento de saúde.

E- Esse que analisa, e outros hospitais privados?

NA- Não, não. Só nossos hospitais privados.

E- Os outros a importação é anormal de qualquer produto passa pelo...

NA- Não desses importados também tem que, senão eles tem que comprar desses supermercados. Por exemplo o FUNRURAL, o FUNRURAL o INANPS doa os equipamentos pro FUNRURAL mas só doa equipamento nacional. Todos aparelhos de raio X ,todas as unidades monitorais é, todos os equipamentos eletrotécnicos é todos de fabricação nacional é um, a doação de equipamentos do Funrural é de fabricação nacional .

E- Que dizer os outros casos a análise é feita aqui e nos casos de hospitais privados?

NA- Não aí, é por conta deles .Que dizer esse é um outro dos grandes problemas do aumento do custo da assistência médica é o custo mínimo também. Essa padronização é, a finalidade dessa padronização que você pega, você ver três projetos que estão diretamente ligados a esse departamento. PAUSA Carreira do médico previdência. Objetivo do projeto da carreira do médico previdenciário deve ser criar um quadro de profissionais que no INANPS é (?) de eleger em tempo integral, capacitar não apenas na área de medicina social, planejamento de saúde e administração médica hospitalar consolidando nas especialidades clínicas, cirúrgicas e complementares, indispensáveis ao funcionamento dos padrões de saúde do sistema assistência e nos três níveis, primários, secundário e terciário. A padronização dos equipamentos médicos hospitalares, objetivos tá o projeto e os objetivos, ao final do trabalho elaborar normas de

especificação de equipamentos eletromédicos bem como pandiretor de aquisição de novos equipamentos em função das características das unidades médicas assistências e ainda que linear no sistema de controle de estoque de manutenção desse equipamento dando ênfase é prioridade a indústria nacional. Porque se você olhar em termos das nossas unidades o equipamento representa este ano a (?).

E- Quantos por cento o custo da, o calculo do custo da (?)do equipamento.

NA- Em termos do custo de equipamento, equipamento pesa, investimento e equipamento e a desatualização de equipamento é muito grande. Evidentemente que nós gastamos muito mas em (?) médico que o pessoal (?). Qualquer prestador de serviço, qualquer um, qualquer prestador de serviço se considera em privado de 50 a 60 por cento. Como os salários são baixos .Inaudível

E- Essa clínicas menores aqui de 50 a 60 leitos de baixa utilização digamos de médicos e coisa talvez o equipamento tenha um peso maior ?

NA- Não aí nem...

E- Os elas também são extremamente sofisticadas ?

NA- Não, não são. A potência delas não são sofisticadas. A tendência de uma clínica , de uma clínica das maiorias da clínicas é para a tensão médica comum, por isso é que os astros das universidade, hospitais federais, hospitais da previdência tende cada vez mais a uma sofisticação maior, claro evidente que você não pode raciocinar nesse termo do cirurgia cardíaca de S.P. E é que mais encontra cirurgia cardíaca de SP .Mas aí você já encontra não é uma iniciativa privada pura e simples. E uma instituição sem fins lucrativos, que são esses tipos de beneficência mas que funciona para a previdência social como uma coisa comum como uma finalidade de lucro, mas eu não acreditaria por exemplo que uma, se nós montássemos um hospital para dedicar exclusivamente a cirurgias cardíacas nós fossemos (?) . Se há uma tendência por isso que o serviço do setor público acaba ficando a parte.

E- Mas uma vez o pessoal a (?) a idéia de que é mas caro (?) e se comparar com bananas com laranjas .

NA- E é esse que é o grande problema. E a federação Brasileira usa muito esse argumento, a federação Brasileira de (?) pela iminência do hospital(?), pela taxa de natalidade do hospital de (?) é muito mas baixa do que ...

E- E aos mesmo argumento também dos grupos da abrange tem que ter mais tempo do que as empresas privadas os honorários voltam mais rápidos .

NA- Sim, claro, isso aí, essa aí, é em termos médicos aí nos entramos no outro lado que é o problema do, por que uma empresa industrial faz convênio com uma empresa médica ? Eu acredito que com uma única finalidade o problema da (?) E a volta mais rápida do (?)na força de trabalho quanto mais sofisticadas for essa empresa mais ela vai investir na serviço de assistência médica. E quanto menos sofisticado for em termo de serviço, que dizer eu não

conheço nenhuma empresa de construção que tenha convênio, que tenha feito convênio com uma empresa médica. Porque o operário de construção que tem uma (?) ele tem o dia e a hora que ele quiser. Então não importa que se oferece-se (?) por uns dois, três a quatro dias ele fique encostado mais tempo pela previdência social. Mas quando assim sobe na escala da sofisticação da empresa ela começa a pensar no investimento do homem, né? Então aí mete (?) de retornar mais rápido ...

E- Mas rápido.

NA- ...para (?) o trabalho e parece que essa seria uma das únicas explicações para entender o problema do convênio com o (?). Que é o caso do (?)

E- E é o argumento central das propagandas, da maioria as empresas tão sempre centradas nisso

NA- Deve eles põe apoio médico da própria empresa, eles fazem um boa, uma boa admissão, eles tem mas cuidados na admissão.

E- São menos flexíveis na (?) de certificados.

NA- Sim claro, porque na medida que você vai delegar um médico que está treinado para cuidar da saúde você vai dar a ele o trabalho de fiscal. Ele só se torna mais é, mais rigoroso no fornecimento de licença na medida que uma determinada equipe que eu trabalhei muito tempo nesse setor de plantão também eles ficava, eu foi chefe de equipe além de médico, de ambulância e tudo isso, pra bom chefe de equipe eles falavam o seguinte a medida que o grupo era mais flexível na liberação da licença o outro de (?) o cara tinha menos atendimento no dia e no meu dia tem mais. E aí o médico também também defende de entregar a licença pra você e é aquele velho sistema (?) PAUSA NA GRAVAÇÃO

NA- (?)

E- Já conversamos com ele.

E- É que ele não tem, (?) o posto de (?)

NA- Mudar pouca coisa, só que a posição dele é um pouco radical e pela comunidade de serviço em que a unidade e serviço tem que ser olhado sob outros aspecto, não no aspecto do próprio médicos. Porque que os médicos estão contra as empresa médicas, contra o grupo médico mas não tão contra o credenciamento da qualidade de serviço. Mas tá bom, é uma outra pergunta que tem que ser colocada, que na verdade do que o médico precisa ainda é manter aquela sua autonomia, ter o seu consultório, receber os clientes repassados pela previdência, ter, o ideal é ele não ter o teto e ele é contra a empresa médica e contra o grupo médico porque na verdade ele sabe que só pode ser um assalariado então a questão é colocada é esta.

E- Mas ...

E- Não havia perspectiva de todos os setores os médicos ainda não sabiam ...

NA- Ah sim.

E- a medicina liberal, a empresa ainda tão sonhando com outra coisa, a previdência ta despertando um cerco, as escolas formam um bom negócio a empresa contratam pra outra, as imprensas pra outra então o reajuste de reivindicações é muito grande

NA- Mas eu tenho a esperança que as coisas devem por condições...

E- entrar...

NA- Ah?

E- entrar num correto (?)

NA- Tem, porque se a gente olhar hoje a gente tá vendo que...

E- As condições objetivas ...

NA- As condições objetivas acabaram, porque chegou a um ponto que não tem recurso, começar a pensar da participação do povo no financiamento da assistência médica evidentemente quem entrar nessa tá entrando muito mal, porque partindo que o orçamento é 5% da população, é 95 % da população ganha até 5 vezes do salário mínimo e você só começa a cobrar de quem está a cima de 5 vezes o salário mínimo , aí você começa a justificar a (?)os do sistema, por exemplo colocar a participação, incentivar o seguro privado, o seguro de saúde privado o sistema de repartição de imposto de renda segundo uma das formas de empresa, uma média impressa montar o (?) privado (?) da um total de seguro e desde que repassasse isso para o imposto de renda. Seria uma das formas , a outra, a outra só tem uma contabilizar os recursos. Contabilizando os recursos é estabelecer programas de prioridade. E apresentar só num sistema de através de institucionalização porque se não, não tem computador, não tem capacidade de controlar nada.

E- Aí é um sonho?

NA- Ah?

E- Aí é um sonho quase maior que o da privatização ?

NA- Porque se não o seguro francês estava muito bem, tava com 200, 500 milhões de franco o americano estava investindo 25 milhões em dólares na formação do médico família, investindo dinheiro. Porque ? Porque nós estamos sentindo que o esquema da participação do estado no financiamento puro e simples da pensão médica não melhora a saúde do povo e acaba com os recursos.

E- Parece que ficou claro, não foi? Esse período pelo menos, o que ficou mais claro.

NA- Ele entrou

Fita 2 - Lado A

E- Eu tava interessada em saber quando é que você entrou na previdência , começou a trabalhar na previdência?

NA- 1953

E- 53. Você entrou direto?

NA- (?)

E- Você era médico?

NA- (?)

E- Nessa época na época do SANDUR como é que, quando é que foi implantado o que que tinha, o que que significou politicamente dentro da assistência medica.

NA- Não(?) antigamente existia os instituto os instituto alguns ambulatorios e alguns hospitais localizados no Rio de Janeiro, então um sentido muito ligado a uma tensão médica mais seletiva . Quando naquela época o IAPTEC ia os trabalhadores de transporte de carga os que tinham grandes propósitos do ministério do trabalho e quando o marítimo do IAPETC tinha o monopólio do trabalho do trabalho Então eles criaram um serviço de assistência médica da (?) de urgência inicialmente para atender o pessoal do cas do porto. E daí os outros institutos começaram então a usar os centro público que era uma instituição que vivia em função do pagamento percapita de cada, cada previdência do segurado de vários institutos. Então o instituto SANDUR começou a se expandir em termos de Brasil, então o SANDUR, a definição de Sandur era a assistência, serviço de assistência médica domiciliar e de urgência então ele prestava atendimento em domicilio em todos os níveis e o atendimento de emergência.

E- Hum, hum.

NA- Dentro do atendimento de emergência era um atendimento de pegar o segurado dentro dos institutos e levar para os hospitais onde atendiam.

E- Sim. Mas agora você acha que a instituição do SANDUR significou uma mudança em termos de político assistência médica dentro da previdência ou você acha que foi simplesmente para atender o que estava faltando, a necessidade de determinados institutos, significou por exemplo um grupo, determinados grupo que gostaria de centralizar um pouco mais de significava um grupo que tinha um determinado poder dentro da previdência?

NA- Não, eu acho que naquela época a previdência social é tinha como órgão mais importante era o, é...

E- Departamento de assistência médica.

NA- Departamento de, departamento nacional de previdência social...

E- sei

NA- ... que era então um representantes dos institutos, representantes dos empregadores, representantes dos segurados...

E- Segurados.

NA- Evidente que os institutos no IAPETC marítimo não eram realmente um instituto mais politizado, como vou dizer, um grupo mais como vou dizer mais politizados de maior performance então eles se diziam também que era um maior atendimento . Então os SANDUR começou a aparecer no sentido de como a primeira tentativa da chamada comunidade médica como o atendimento indiferenciados dos institutos que ainda atendia (?) abria e .

E- Que dizer a gente pode dizer que mais ou menos uma primeira tentativa de unificação, né?

NA- É uma primeira tentativa , a primeira tentativa da chamada comunidade médica mais tarde o hospital quando ia descer pro hospital do Maranhão já era baseado no sentido da comunidade . Mas aquele hospital do Maranhão era um hospital com a finalidade de atender exclusivamente o, a todos beneficiar os dos institutos. Quando em 1977 aí numa daquelas tentativas qual foi a do campanha da (?) instituição criada por foi?

E- Do que, da previdência ?

NA- Da previdência em ordem médica .

E- Que ano?

NA- Eu acho que foi em 1957, 1958, houve um anteprojeto para a criação do um instituto , da fundação médica.

E- AH, fundação de assistência médica.

NA- Fundação de assistência médica.

E- Hum, hum.

NA- Então essa já era baseada no programa da comunidade.

E- De serviço.

NA- De serviço sim.

E- Ham, ham, me lembro. Me diz uma coisa nesse tempo do SANUR já existia o conselho médico da previdência social?

NA- Esse é que era o conselho médico. Era o BNDES, departamento nacional de previdência social.

E- Que tinha o conselho médico, era o próprio.

NA- Era o próprio.

E- O BNDES era o próprio

NA-O SANUR por exemplo tinha uma junta conjuntiva, junta conjuntiva essa que tinha toda uma essa que era o representante de todos os institutos, os institutos funcionavam como departamento, departamento de assistência médica então as juntas conjuntivas do SANDUR era super (?) que são duas eram .

E- Esses conselheiros?

NA- Esses conselheiros.

E- Me diz uma coisa Nildo, esse pessoal do SANDUR né eles é que, do ponto de vista de privatização como você estava colocando o PPA é um marco né, bem posterior .Mas todo esse processo deve uma, foram assim anos de debate , de comissões de mil coisas que iam junto com a discussão da unificação né? Nesse período que você está colocando da tipo assim da Lopes da lei orgânica que era uma tentativa de unificação e posteriormente a discussão da unificação do instituto né do INPS em 66 e a gente verifica que...

NA- 67.

E- 67, o decreto é de 66. Foi em 67, certo. Então quando a gente começa levantar esse período a gente começa ver várias comissões vários grupos e que mais ou menos propõe como você está falando numa época propõe a fundação médica e em uma outra época propõem o instituto nacional de medicina, propõe que vai ao ministério da saúde, propõe que volta, que dizer é uma série de proposta que são feitas...

NA- E em 1966, começou então uma organismo chamado PAPI.

E- PAPI , as novas PAPI.

NA- As novas PAPIS, O PAPI nada mais é que um organismo ainda reuniam todos os institutos no sentido de antepor a unificação.

E- Hum hum

NA- Na verdade o professores em 1967, aonde me parece que nessa mesma fábrica quem mais se desenvolveu dentro disso foi o instituto da aposentadoria e pensões industriais. Que era um instituto que mantinha uma experiência em serviços própria e nós tínhamos que a primeira tentativas de serviços não próprios foi o IAPI mas ate hoje nos vivemos com o sistema hoje nos temos ainda no Rio de Janeiro outros núcleos novos clus você sabe o que é novos clus

E- Eu não sei.

NA- Pessoa que nos própria são originaram junto com o IAPI que fez concurso de médico concurso de chefia o médico recebia por salário.

E- então peraí então eu não sei o que são essas , pensei que estivesse falando dos serviços, não , então me explica

NA- O IAPI, como não tinha no hospital, o Iapi ele apenas concurso de médico começou também a entrar na parte de assistência medica, enquanto o que que ele fazia ele criou um grupo de médicos hierarquizados por chefia de serviço clínicos aonde esses médicos trabalhavam por contrato aonde o instituto pagava a diária, pagava as despesas hospitalares mais os médicos eram assalariados do instituto

E- dos institutos.

NA- hoje não e temos ainda Rio de Janeiro 9, 8 que representa 960 leitos enquanto que

E - Eles recebiam por unidades de serviço?

NA- Não.

E- Eles tinham um salário fixo

NA- Ate hoje o curso houve concurso de chefia já o chefe de serviço, chefe clínico por exemplo a casa Santa Terezinha tem um núcleo mais antigos .

E- Mas os hospitais eram o que eram alugados

NA- Eram alugados, alugados não. Alugados o que os leitos eram. O mesmo sistema contratava leitos

E- Sei

NA- Mas o médico era da instituição...

E- Que dizer todo corpo clínico do hospital ...

NA- Todo corpo clínico do hospital parte do hospital. As vezes não ocupava todos os leitos do hospital ocupava , por exemplo quando em Niterói trabalhava para o ICPC eu trabalhava no

núcleo próprio numa casa de saúde me contratava aonde nos éramos os médicos de IAPC de funcionários.

E- Sei.

NA- E acredito o segurado da...

E- Do instituto.

NA- É você ver o INANPS 960 leitos nos chamados (?) no total de 8 mil casos localizados todos na cidade do Rio de Janeiro e alguns em Recife de serviço privado mediante contrato. É um trabalho de mais de 360 médicos e 59 outros profissionais do quadro pessoal do INANPS e além de 50 médicos credenciados que são os anestesistas.

E- E esses médicos eram concursados pelo IAPI e subordinados ao departamento de assistência médicas do IAPI.

NA- Do IAPI.

NA- então essa foi a primeira do núcleo próprios é do (?) dos serviço próprio do IAPI enquanto que o IAPC e o IAPTEC tinham seus hospitais. O próprio SANDUR tinha seu hospital 200 aqui no Rio de Janeiro e tinha o hospital 266.

E- E a gente pode dizer que esse foi o início do sei lá da historia futura administrativa que foi depois transportada para o INPS da secretaria de assistência medica...

NA- foi.

E- começou ai no Iapi, poderia dizer e mais ou menos parecido o tipo de eu digo tipo de(?) administrativa que o INOPS adota quando ele e montando em 77.

NA- Não ai não porque o INPS só adotou o sistema do Iapi que a gente tem que colocar que na unificação o que foi que aconteceu no momento em que houve uma unificação de todos os institutos inclusive absorção de o SANDUR. O SANDUR desapareceu com o instituição como desapareceu o IAPC p IAPI e o IAPETC e o IAPVEST. Houve então uma necessidade da universalização claro e evidentemente que a estrutura existe dentro dos hospitais própria eram muito pequenas então saiu para estender sendo que o Iapi já tinha a prestação de serviço por terceiros, a credenciação de médicos

E- Agora nenhum outro instituto tinha esse tipo de aproveitamento?

NA- Tinha, todos os institutos funcionavam (?)e no sentido da expansão que saiu para a credenciação por exemplos os bancários, os bancários tinham seus hospitais no Rio de Janeiro acho que só. E fora funcionavam na base de médicos negociados por unidades de serviço.

E- Médicos ou serviços, ou hospital ou ambulatório .

NA- Médicos ou serviços na unidade de serviço.

E- Certo, e então você não acha que esse pessoal do Sandur que foi a primeira instituição realmente mais forte em termos de serviço próprio...

NA- Não foi a, ela não era a mais forte.

E- Não não é a mais forte, não todo dizendo nesse sentido, to dizendo no sentido...

NA- Ela foi a sim forte no outro sentido de uma forma de modalidade médica que era de assistência médica num posto um posto regionalizado a domicílio, sempre um atendimento que ...

E- De urgência, sim. Mas a minha pergunta e a seguinte digo você não acha que se constituiu um grupo de médicos na previdência que defendiam determinadas posições. Como por exemplo serviços próprios .

NA- Não não.

E- Não

NA- A maioria desses médicos ate a SANDUR serviu como base para o médico a única forma do medico não afundar, o Sandur era leis trabalhista era CLT não acumulava um serviço público mas recebia todas as vantagens do serviço público inclusive quando aumentava do serviço público também aumentava não havia vou dizer uma filosofia ou uma tendência política pra isso. A SANDUR nasceu de uma necessidade da expansão da rede de atendimento na urgência .

E- E houve, havia pressão do trabalhador dos segurados para esse tipo e atendimento ?

NA- Sem dúvida nenhuma. Quando aparece a SANDUR quem mais, quais foram os dois estatutos que mais força, que mais poder tiveram de influencia políticas dentro do SANDUR e o IAPOTEC e os marítimos (?)

E- e os marítimos ,hum hum. Sim agora correndo um pouco mais pra adiante como é que você ver assim a o PPA por exemplos as normas PAPIS né anteriormente e os PPA depois. Assim por exemplo o que que ele traduz em termos política previdenciária, você acha que...

NA- O traduz no sentido de provocar maior cobertura e maior abrangências . Ai de eu acho que PPA no sentido de dar uma maior cobertura sem mais esta preocupado sob a qualificação do ser assegurado ou não porque ai emergência passou a ser atendida independente ser for assegurada ou não .O ppa encontrou o que no setor público, desorganizado, desarticulador e saiu então do setor privado .

E- Mas você acha que não foi assim uma opção, uma opção pela privatização mas em cima do que existia o setor público não teria condições de ...

NA- Não teria condições de absorver.

E- Você acha que era a única opção.

NA- Acho que aí varias coisas somam quando a gente vai pensar em privatização acredito que sim porque o próprio decreto lei 200 dizia que a concessão de licença médica deveria ser , a política da assistência médica deveria ser tratada pelo ministério da saúde mas tanto quanto possível deveria ser delegada a serviço de terceiros.

E- Hum hum

NA- Daí veio a norma, veio a norma a portaria Nº 78, depois da portaria n.º 79, que define as preferencias, primeiro serviço próprio, segundo serviço federais, terceiro é estaduais, municipais, filantrópicos e privados.

E- Ham ham. Agora dentro dessa, porque o que a gente tava colocando, interessa pra gente pra entender melhor esse processo, tentar perceber qual é a dinâmica desses processos. Como é que se dão né? Então existia uma outra propostas na época da, que o PPA é implantado existia uma outra proposta que não fosse por essa saída? Por exemplo pelo pessoal de serviços próprios? Que aqui no rio são fortes, fortes não na certa medida os melhores hospitais próprios estão aqui no Rio, não é? Então eu fico pensando assim se esse pessoal que do serviço próprio se eles não tinham alguma outra proposta em termos de saída....

NA- Não

E- Não .

NA- Não porque termo da política de, na verdade o médico sempre ele foi realizado de qualquer decisão de tomar decisões políticas mesmo porque o próprio médico não estava interessado na sua, como vou dizer, de como defender a sua posição.

E- Sim mas a,,,

NA- Ele gostava, estava bem satisfeito dentro da situação, porque ele trabalhava no serviço próprio e era credenciado no serviço de sistema privado

E- Privado.

NA- Claro que pra ele tava muito bom.

E- Agora você não acha não que existia as decisões de assistência médica, então você acha que não passava pelas discussões dos médicos. Eu não digo assim o pessoal que trabalhava especificamente mas não existia toda uma, nessa hierarquização?

NA- Nessa hierarquização era do (?). Porque na verdade isso fugia, porque você tinha na verdade um decreto lei 200 que você era obrigado a cumprir , o decreto 200 que só aparece na sexta, quinta conferência nacional de saúde quando transfere para o DCS suas decisões . Mas até a quinta conferência 75 quem traçava toda a política da previdência, a política de saúde da previdência social era o ministério da saúde . E o decreto lei 200 dizia que o serviço deveria ser delegado a terceiros

E- Ao teu ver como é que se dar a criação do MPAS 74, porque nesse levantamento a gente observou que já em 64, com a discussão da unificação tem várias comissão você deve se lembrar claro. A paritária várias comissões foram realizadas vários grupos de estudos né, pra discutir a unificação . A gente encontrou documentos que mostram um projeto de leis , um anteprojeto de lei do IANPS já proposto em 64 e ele só é efetivamente criada em 74...

NA- Em 74.

E- ...como é que você ver assim essa demora essa transmutação longa de uma proposta que é bem anterior? Porque que ela só é implantada em 74 ?

NA- Porque é a unificação começou a ser pensada em 64, mas ela só veio ser agilizada em praticamente 67 com o último início de trabalho que foi de Nazaré que fez em termo de 6 meses a unificação da previdência social tanto que a meta básica de um decreto. Se em 64 unificasse evidentemente em 74 veio o ministério da previdência social porque aí a previdência passou as unificações todas essas instituições e todas as modalidades de assistência médicas não cabia mais dentro do ministério do trabalho.

E- Dentro de um outro ministério .

NA- Dentro de um outro ministério que não cabe o ministério do trabalho.

E- Você se lembra da administração do Rui Seixas, né?

NA- Sei.

E- O que você pode dizer pra gente porque parece que ela teve, assim você vai vendo, você começa a levantar a dinâmica e você ver que em 60, 64 o Luis Seixas tentar dar uma guinada não é?

NA- Em 1900, eu vamos partir de 60, 66, Luis Seixas, não?

E- Não Luis Seixas é entre 70, em 67 é Luis Torres de Oliveira.

NA- Então vamos pegar o Seixas, o Seixas entra com uma política de começar a expandir a rede própria .

E- Hum hum

NA- A expansão da rede própria do Luis Seixas se processou até mesmo é forçando o problema decreto de lei 200 não foi isso?

E- Hum hum

NA- então o Luis Seixas consegue...

E- Mas lei 200 e o ministério da...

NA- Não é uma reforma administrativa .

E- é uma reforma administrativa.

NA- é ,uma reforma administrativa que quando Seixas consegue ...

E- Ele é proposto em 77.

NA- ...propor, conseguir expandir a rede própria em todo território nacional quase em (?)

E-(?)

NA- Ele conseguiu bons hospitais.

E- é ele comprou vários hospitais, vendeu terrenos.

NA- Comprou vários e fez troca de terrenos, com permuta. No Rio de Janeiro você tem a Carmela Dutra você tem a praça quinze você tem a, o hospital dos acidentados, que virou o hospital de ortopedia ele é botou em funcionamento o hospital Cardoso fonte que estava fechado há 8 anos se não me engano, 8 anos fechado pela hospital de Tuberculose do IAPC ele então bota como hospital geral Cardoso fontes hoje em Jacarepagua ele sai pelo hospital de Florianópolis, sai pelo hospital de Curitiba ele incentiva a (?) de hospital de presidente Vargas em Porto Alegre e ele desenvolve o hospital (?) Magalhães em (0) e tem também (?) em Recife .

E- AH.

NA- Ele instala o hospital, ele põe pra funcionar o hospital de Fortaleza, hospital geral de Fortaleza que foi um dos poucos hospitais um dos poucos hospitais feito de IAPI o hospital geral de Fortaleza ele transforma o hospital de (?) em hospital de cirurgia cardíaca e pediatria que era o hospital central de tuberculose é desenvolve então da maior expansão a rede ambulatorial . Então o Seixas representa uma grande expansão da rede própria da previdência social.

E- então daquela linha que eu estava te colocando você acha que a gente pode dizer que a administração Seixas que vem imediatamente antes do PPA teve uma orientação política um pouco diferente?

NA- Um pouco diferente.

E- Mas por lados próprios?

NA- Próprios aí o Seixas vai mais além. O Seixas então propõe é que saiu um decreto feito pelo Medicin que é a criação quase que uma uma ressurreição do ex-SANDU que é o sistema nacional de emergência aonde ele propunha a maior , a criação de novas unidades de emergência com a criada expansão da nova rede própria de destinada a forma de emergência que é uma forma de ressurreição do SAMDU. Esse saiu até em decreto que não foi regulamentado...

E- Hum hum.

NA- Então vocês poderia até buscar esse decreto, esse decreto se eu não me engano é um decreto de 1973, pela primeira vez até o Medicin foi a televisão num hora especial para o Brasil inteiro, criando então o pronto socorro da previdência social.

E- E o que aconteceu com esse serviço, foi levada adiante?

NA- Não, foi feito o decreto o (?) não regulamentou e aí o Seixas saiu...

E- E depois quando , a gente também sabe com esse levantamento que após a saída dele inclusive houve uma tentativa, uma tentativa não, parece que ele respondeu a processo, a alguma coisa do gênero.

NA- Sei aí .Entra o problema de ordem legal realmente eu não sei.

E- Você acha que não tem repercussão?

NA- É, o problema de ordem legal foi levantando em termo nas chamadas perguntas e barganhas dentro do hospital e aí realmente.

E- Você não acha que isso não traduz alguma outra coisa? Por exemplo, que chama um pouco a atenção porque em 74, que dizer logo após a administração dele que o PPA é decretado, né? E colocado, implantado então essa , sei lá o fato dele ter que responder problemas de ordem legal. Você não acha que isso traduziria por traz um vamos dizer emergência de um outro tipo de política mais privatizante?

NA- Não porque os hospitais que representam, Carmela Dutra, os acidentados , os hospitais de Florianópolis, e não tiveram nenhum problema ou só aquele problema...

E- Só no problema de permuta de terreno

NA- Na permuta de problema. Que foi totalmente liberado que saiu agora a liberação total deles.

E- Hum hum

NA- Com uma responsabilidade direta.

E- Hum hum, certo.

E- e a não regulamentação da(?) do decreto de criação do pronto socorro, do, o que o senhor acha que?

NA- Isso não deve.

E- vai mandar direto pra (?)

NA- Vou...

E- (risos)

NA- O, não foi alegação na época é porque ele propunha o crescimento de mais de 45 mil de funcionário

E- era um momento razoável em termos de...

NA- um momento razoável em termos era porque propunha então a volta praticamente daqueles 4 regionalizados de assistência médica dos hospitais de chamados de primário, secundário.

E- Hum hum

E- Doutor Seixas era é da previdência já ?

NA- O Seixas foi o presidente, presidente, foi o diretor do SAMDU..

E- Hum hum

NA- Por ai que vai um pouco digamos a mais um(?) pela pergunta da Célia né tentando você indicaria algum tipo de (?) dentro das posições que a gente vai acompanhando nesses da unificação porque é mais ou menos consensual entre as pessoas com as quais a gente falou depois da unificação não tanto os médicos mais os burocratas em geral daqui a foram os que da manifesta assumiram a direção da previdência então isso parece ser um consenso entre as pessoas que a gente entrevistou estão dispostos a (?) a pessoas mais a significativas digamos a quase todos são convenientes do Iapi.

NA- Leis Iapi. Era os homens que mais conheciam ...

(Pausa)

NA- ...bem organizados em termos de conhecimento e administração de seguro social aonde o IAPI tava a muito ênfase ao problema do acidente do trabalho ao problema do benefícios, ao problema, de todos aqueles benefícios indicados ao seguro social sem, da ênfase ao assistência médica e esses grandes atuários os grandes conhecedores da previdência social se houve apesar da previdencição você vai ter que pegar todos mundo do IAPI os mais a falta de interesse do grupo do IAPI de assistência médica houve então a chamada delegação então na época você pega por exemplo de 1966, por exemplo algumas coisas escritas por (?), um trabalho publicado pelo hospital de pesquisa econômicas e aplicados pelo EPEIA logo no desenvolvimento econômico e outro efetuado(?) pelo (?) econômico publicado pelo JPM , volume 10 n.º 5 e 6, vocês já leram esse trabalho então vale apenas vocês pesquisarem . Porque já foi em 65,64,66 a tentativa, a primeira reformulação do termos de assistência médica.

E- Hum hum.

NA- Aonde dava começa a dar muito mais ênfase ao serviço nos própria em termos dos seus altos custos para os serviços de contratos. Então você tem alguns análises aqui ...

(Pausa)

E- O pessoal administrativo do IAPI e que assumem...

Fita 2 - Lado B

E- Uma atuação digamos mais de série chamemos assim mais agressiva ,né .(?) Então a pergunta que a gente faz é por que chegaram de atuação tiradas da nova experiência administrativa mas tavam compensada pela menor experiência (?) médica que é também é uma área médica de uma forma ou de outra que de abaixo do pessoal do IAPI de forma tal que das três digamos modalidades de prevenção, são quatro o credenciamento, os contratos os ponteiros e a intervenção própria do que de forma são bastante significativas, são os convênios .
INAUDÍVEL

Isso eu não sei se o senho conhecia porque por exemplo quando aparece a situação seja (?) no meio dessa história toda não é como (?) do (?) geral quando a gente entrevistamos algumas pessoas da previdência e mas uma vez a gente tem como resposta tivesse assim um digamos assim um fato um pouco excêntrico(?) em algumas entrevistas chegou a perceber a insinuação de que quem falava também não contava muito na verdade a previdência estaria funcionando em cima de outro casos que não esteve aparentemente e não é bem verda porque o senhor mesmo

NA- Também não se pode dizer que o Seixas foi o presidente do INBS com o apoio integral do ministério do trabalho que além disso (?) do Médicin .

E Quem era o ministro do trabalho na época o senhor lembra ?

NA- Era o (?) e quem pudesse mudar rapidamente ele teria ido a 2, 3 anos a e pudesse não teria até que aprovo uma expansão da empresa privada, um expansão da rede privada da rede próprio

através da LISE. Como o Seixas além de ter é criado a coletividade para melhorar o problema do salário de médico, melhorar o desempenho das nossas unidades ele criou o de sistema de coletividade , ele além disso, ainda recebeu, ainda conseguiu autorização do governo para contratação de médicos através do...

E- O sistema de coletividade que está falando é o pagamento de prestação de serviço.

NA- O sistema é que eles estabeleceram 1968 e nos hospitais próprios eles desde que o hospital ultrapassa-se aqueles parâmetros de 68 o hospital receberia, os médicos do hospital receberiam em dobro. Mas aquele todo médico receberia em igual e na parte ambulatorial pega o estado de (?) em termos de volume é o volume de consultas. Evidentemente que o médico de férias não recebia mas logo depois o Seixas consegue a criação do LISE em todos o Brasil para absorção de médicos para...

E- A criação do que ?

NA- A LISES, sabe o que a LISES?

E- Não .

NA- Contratação de médicos através de empresas

E- Ah.

NA- Então o Seixas consegue então autorização do ministro e começa a contratar médicos através de empresa de (?).Daí nasce uma grande campanha do sindicato associação médicas com Seixas, no sistema de LISES até que o governo Reinold assume..

E- O que que tem esse novo sistema de LISE?

NA- Porque o LISE tem quando você compra serviço de terceiro.

E- Ah ,tá, transportado para a assistência médica econômica.

NA- Transportado.

E- Sei.

NA- Ele houve até grande campanha quando o presidente do Reinold assumiu ele transforma, acaba com o LISE e transforma em precários numa situação de precários os médicos e fazem uma concurso em 1975. Mas aí se fazem assim aquelas perguntas porque somente a previdência social foi atacada no LISE se outras unidades outras instituições do que fazem já faziam o LISE. É fazem até hoje porque foi a previdência social porque me parece aí que vejo mais ou menos que o Seixas deu um retorno muito grande a rede própria ele encorpou um grupo de médicos jovens dentro da previdência social, aonde passavam a ser institucionalizados na idéia foi na institucionalização foi quando saiu o decreto da criação do plano de socorro da previdência social

decreto da (?). Então a gente pode começar a querer questionar porque a campanha dos sindicatos da classe médica, das associações médicas (?).

E- Exatamente esses porque afinal de contas ...

NA- Porque o médico recebia a mesma coisa que receberia o médico da previdência ele só não recebia a produtividade .

E- Qual a sua opinião porque da campanha médica?

NA- A minha opinião eu acho que foi a própria classe médica tendo que quase que um aumento da estatização ou da institucionalização da previdência social.

E- Ia perde.

NA- Porque também se você começar a fazer um levantamento do período do Seixas você vai encontrar um menor número de convênios assinados.

E- Pois é ...

NA- um menor n.º de credenciações em termo de Brasil.

E- No Rio praticamente foram congelados eu acho.

NA- Menor n.º de credenciações. Ele consegue largar um dinheiro (?).

E- Pois é isso é uma das coisas que mais digamos...

NA- A gente começaria a nos questionar sobre isso e não questionar que o LISE era uma situação realmente .O lise contratava serviços de terceiros o médico ganhava a mesma coisa cada vez que você contratava o serviço de terceiro você vai pagar 80 e coisa você vai pagar 87 %.

E- Hum hum

NA- Que dizer do salário de 2 mil você vai pagar 87% pra empresa.

E- É isso que chama atenção a gente nesse período.

NA- E isso que chama. Mas se você hoje, qualquer sistema você contratar hoje uma empresa um serviço é através de uma empresa de convênio você fazendo o contrato você tem 87% de cada (?)

E- Agora o senhor veja como é o senhor acha que essa posição defendida e implantada pelo doutor Silas chamemos de fortalecimento do setor próprio. E representaria uma em fim certa

orientação, um certo setor da previdência ou como algumas pessoas tentam insinuar alguma coisa inexplicável parece não ser a sua visão?

E- Ou então uma colocação muito própria dele Seixas isoladamente?

NA- E também aí nós temos que analisar também um outro lado. O Seixas veio com o plano malocado da privatização da assistência médica que foi o plano (?)

E- Porque ele teve participação?

NA- Não ele assumiu num período depois do plano do insucesso do plano (?). Depois de Costa silva, não foi isso? Que dizer isso deu também a colocação de tentativa de privatização da assistência médica que foi Nova Friburgo, Goiás e...

E- Os dois...

NA- Não em Minas também.

E- Minas também.

NA- Que foi um fracasso. (?) Miranda ele fracassou por ele mesmo que foi realmente um plano da privatização da assistência médica em termos globais. E isso seria também uma oportunidade do Seixas ter (?) por toda essa política .

E- O senhor se lembra, deixa eu só perguntar uma coisa, o senhor se lembra de , o senhor ta falando da pressão que ele sofreu contra né dos sindicatos médicos e tal, e lá dos trabalhadores teve alguma pressão alguma...

NA- Não, não ele a pressão que ele sofreu é, a pressão que ele sofreu ele sofreu depois que ele saiu.

E- Depois que saiu. Sim, mas nessa pressão posterior, os trabalhadores não se manifestaram?

NA- Não

E- Que período houve esse conflito com os sindicatos e associações médicas, o senhor localiza mais ou menos a gestão dele?

E- Foi depois que...

NA- Não, me parece que, parece que começa em 74 com a posse do novo presidente aonde ele tenha denunciado esse sistema com um sistema irregular ou equivocado.

E- Mas durante a gestão dele também houve um fraudulento nas associações médicas.

NA- Não, não, não houve porque houve a grande oportunidade de empregos para médicos, a inclusão.

E- Aí essa, essa, esses conflitos são no final?

NA- Houve uma mudança .

E - Quando entra o Reinold...

NA- até onde esse conflito também a gente começa a questionar e até aonde veio depois o concurso e todo mundo tá vendo que esse concurso serve do INPS em 75 e é um concurso que ele por se só é uma grande falência né.

E- Porque é pode ser uma mera coincidência mas alguém nos falava e eu acho que foi justamente (?) Cunha em alguma dessa entrevista tentando identificar digamos setores e pensamentos dentro da previdência a partir da unificação e antes mesmos. Só que antes fica mais fácil porque se identifica pelo IAPs mais ou menos né mas depois da unificação já não fica tão simples a coisa. Mas alguém nos mencionava em algumas dessas entrevistas a possibilidade de ...

E- (?)

E- De que e os administradores e os médicos e foi por isso que se falou aqui proveniente do SAMDU, conformasse em um grupo ainda minúsculo e ainda quase sem verde dentro da previdência unificada, mas que tinha algumas posições que seriam comuns mais ou menos homogênea, então daí tem que fortalecer essa nossa preferência de pesquisar nessa direção fato de que Seixas exatamente viesse também do SANDUR , não é.

NA- Sem dúvida nenhuma apesar do Seixas ter porção própria é aquela personalidade natural dele mas o Seixas tinha uma característica realmente de tomar devidas decisões ele reunia por exemplo todos os diretores das unidades do Rio de Janeiro, todos os chefes dos postos, discutia muitos problemas, teve problemas da expansão, do pronto socorro, da previdência social, da contratação do LISE. O que era reclamação permanente era a falta de pessoal. Hoje você não tá, falta médica na previdência social falta . Nós temos hoje ambulatório fechados por falta de profissional, profissional não é só de médicos e profissional de saúde como um todo médico enfermeiro, auxiliar de enfermagem (?). Que dizer o Seixas mudou isso a administração do Seixas era uma administração que você sente uma virada no barco, você tinha uma, um crescimento da rede...

E- Própria.

NA- ...da rede própria.

E- Enquanto o senhor está colocando uma mudança na dinâmica no processo divisório, com consulta e isso que eu estou entendendo, uma consulta maior?

NA- É uma consulta, consulta assim em termos informal as vezes não muito técnica mas ele ouvia muito.

E- O senhor acha que depois com o ministro Nascimento Silva e o Stephanes houve uma alteração significativa em 74?

NA- Não, aí veio em 74 o PPA e o Stephanes propões então uma grande extensão ele da uma nova é uma nova dinâmica a assistência médica beneficiando também bastante o serviço próprios dando maior ênfase ao serviços próprios em termo da própria definição do PPA onde diz que o PPA os hospitais próprios seriam destinados ao departamento de pesquisa tudo isso.

E- Altamente especializados.

NA- Altamente especializados, então nos vamos reverter um pouco ao Seixas foi também a partir de 68 que começou as universidades começou a ABEN a discutir a participação na previdência social no ensino aí o Seixas em 68 por decreto do...

E - Você estava aonde em 68?

NA- Estava em, não

E- Em 1971 então.

E- 1971 provavelmente.

NA- Estava em 1971, o Seixas estava em 1971, o Seixas tava no problema da residência médica do estágio do estudante da rede em todos os níveis não é, auxiliar de enfermagem, enfermeiras, psicólogos, assistentes sociais.

E- O senhor sabe antes de 1971 aonde que trabalhava o doutor Seixas antes da previdência?

E- Em 1971 ele era presidente do INPS.

E- Não, não. Antes de 71

NA- Ele era assessor do ministro do...

E- do trabalho

NA- Do ministro do trabalho. Ele era assessor do ministro do trabalho, e depois então saindo do (?) ele assume então a presidência da é do INPS.

E- A implantação...

E- Me parece que ...

E- ...Teve uma administração própria?

NA- Não, não .

E Só uma coisa o PPA foi elaborado já no primeiro ano de gestão do Reinold de Stephanes?

NA- Não o Reinold de Stephanes já recebeu o PPA .

E- O PPA pronto. Então foi elaborado quando? Na administração Seixas?

NA- Não foi elaborado pelo ministério da previdência social, foi uma criação do mistério da previdência social...

E- Do mistério, ah certo, faz parte da criação provavelmente ...

NA- Entenda bem porque o Seixas no ministério do trabalho, o Reinold já é o primeiro presidente do ministério...

E- Do ministério da previdência .

NA- Do ministério da previdência .

E- O ministério da previdência foi criado logo no início da gestão, em 74.

E- É foi 74.

NA- então você tem aqui 5 de setembro de 74, através da portaria de PPA, foi criada através da portaria n.º 59 ...

E- NBAS

NA- ...de 5 de setembro de 1974.

E- Faz parte então da criação do...

E – O Stephanes não vinha da previdência?

NA- Não .

E- Ele é um dos primeiros, o primeiro que é uma figura de fora sem experiência da previdência prévia ...

NA- é ele veio do ministério da agricultura e do ministério da educação aí se realiza no período do Estefanes se realiza então a melhor entrosamento da universidade então com o ganho do INBAS.

E – A que o senhor atribui o fato de ter sido da previdência do INBS um elemento não da previdência ? Porque até aí até 74 a impressão que nós temos é que os cargos são ocupados por elementos que já vinham trabalhando na previdência algum tempo, né?

NA- é isso e a história do Reinold do Estefanes é a história do Reinold do (?) do trabalho que ele executou dentro do ministério da agricultura e do Mec e também a experiência que ele trabalhou junto com Godofredo, Godofredo...

E- Carneiro Leão.

NA- Carneiro Leão. Que é um dos homens indicados é a indicação para o INPS, foi o ...

E – E ele tem umas das iminência por parte da...

NA- Quem?

E- Carneiro Leão.

NA- É ele era um dos grandes, grandes (?) da previdência.

E- O Carneiro Leão ta aonde agora?

NA- Está afastado...

E- Afastado.

NA- ...teve um acidente(?) cerebral teve muito doente .

E- Certo, e mais ou menos assim em grandes linha né como é que o senhor ver a gestão do Estefanes ?

NA- Eu comparo muito o Reinold Estefanes entrava numa fórmula 1 a 300 km e a máquina....

E- administrativa.

NA- ...administrativa tava a 80 km, ele realmente deu grande passos não temos que entender que no Reinold Estefanes o grande impulso que ele deu ao problema do ensino médico ao treinamento ao na facilidade de entrosamento em todas as áreas do própria ministério da saúde com o ministério de educação até no concurso de médicos o reino Estefanes quis colocar o curso de saúde pública, ele achava que ele precisava na administração dele na secretária de assistência médica dos técnicos em saúde pública em medicina social para dar um novo enfoque a essa habilitação mas entretanto esse...

E- Houve uma pressão do ministério da saúde ...

NA- Houve uma pressão do ministério da saúde confessada até mesmo pelo próprio Luis Carlos Seixas.

E- Luis Carlos Seixas.

NA- Sendo que não havia porque a previdência social entrar nisso

E- Nessa época eu estava no ministério da saúde.

NA- Você estava.

E- É, estava.

NA- Que dizer então você lembrar que foi na época do Seixas que nós nos encontramos várias vezes eu e o Luis Felipe aonde a previdência social começou a participar das decisões de recurso humanos .

E- Do Seixas não do Estefanes.

NA- Não do Estefanes, quando ele começou a participar de todas as tentativas, nós podemos dizer que o convênio Mec com o ministério da previdência social foi realmente um grande um grande trabalho do Seixas.

E- Do Estefanes .

NA- E do Estefanes, o grande trabalho do Estefanes no sentido de compatibilizar a previdência com o ensino.

E- Me diz uma coisa parece que dos presidentes do INPS até agora o único médico foi o Luis Cerqueira Seixas.

NA- Não , o Moura.

E- O Moura também era médico.

NA- Médico.

E - Volta graciosa não .

NA- Volta Graciosa não.

E- E Luis Torres de Oliveira também não .

NA- Luis Torres de Oliveira não .

E- O Cleber Galas também não.

NA- Cleber Galas Também não

E- Nazaré também não

NA- Nazaré também não

E- Reinold também não

NA- Reinold também não .

E- Então foi o Siqueira Seixas e o Moura . Então a impressão que da e que a com essa, essa distribuição profissional né, o secretário de assistência médica eles tinha alguma importância assim maior dentro do BNDS em termos de traçar a política de assistência médica.

NA- Sem dúvida nenhuma eu posso até dizer o seguinte o reino de Stephanes foi o presidente mais médico que a previdência social já teve . Em termos da capacidade da sensibilidade dele pra esse problema político ele conseguiu captar na verdade dentro da assistência médica. E ele dentro do (?) nativo ele expandiu ele é deu ao da (?) cobertura usando todos os métodos que foi então a credenciação, convênios com a empresa é um bom entendimento da federação brasileira de hospitais.

E- A impressão que da é que ele tentou compatibilizar as várias forma que existiam.

NA- compatibilizar as formas...

E- ..as várias correntes.

NA- Que é isso as transmodalidades de assistência médicas.

E- Sei. E o secretário dele foi o, de assistência médica o José Granado Mendes.

NA- José Granado Mendes .

E- Então esse secretário de assistência médica eles tinham algum poder assim maior em função de terem talvez assim especialização na área ,na vamos dizer no traçado de política de assistência médica, ou não seria mais executivo mesmo?

NA- Não seria mais normativos.

E- Normativos .

NA- Mas também nós temos que começar a encarar a preocupação do Seixas através do CLUS.

E- Do Reinold

NA- Do Reinold, todo reino por exemplo faz o CLUS o plano de regionalizar.

E- Localização.

NA- É uma bela tentativa de olhar a regionalização, de olhar a hierarquização quando ele procura criar um diagnóstico da localização da unidade médica .

E - Agora ao seu ver esse, essa maior ênfase da administração Stephanes para a assistência médica é em cima de que, em cima de problema político que se acerba nesse período em cima de uma maior visão em termos de um problema que era prioritário em cima de uma maior desorganização, como é que o senhor ver essa ênfase?

NA- Eu vejo na necessidade de governo porque previdência social assistência médica e previdência social é na verdade um mecanismo de pensão social, ela é ela funciona como quer queira não como distribuição de renda. Na medida qual é o setor mais sensível para equilibrar toda essas tensões? E a assistência médica .Que dizer então eles a ênfase tem necessidade em termo do período dela dos benefícios que estava vivendo que foi 74 em diante deixou de ser milagre .

E- O que chamou um pouco a atenção não sei se é uma tendência em cima da área que a gente trabalha mas acho que não . Porque a parte de benefícios de alguma maneira vai bem obrigado, não é. Pelo menos a gente não ver tanto saírem críticas ou as coisas pros jornais eu não sei o que tem. Que dizer me chama a atenção que a assistência médica em alguma medida toda a discussão das grandes da (?) da previdência se dar mais ou menos em torno da assistência médica não é , e essa última gestão ter sido assim uma gestão que...

NA- Sim, mas você deve convir que a expansão por exemplo da assistência médica você olha o que foi criado em 74 a expansão. Que dizer o atendimento e a emergência sem nenhuma, sem nenhuma, qualquer pessoa poderia ser atendida independente de ser previdenciário ou não .

E- Hum hum.

NA- Os benefício para maiores de 70 anos independente de sua contribuição aquele benefício que representa 1 salário, salário referencia mais assistência medica e hoje representa um milhão de pessoas ou mais até .

E- Hum hum.

NA- Que dizer houve uma expansão até na área de benefício.

E- Hum hum.

NA- O problema da, de transferir para o INPS o pagamento da gestante, que antigamente era da empresa, o INPS passou a pagar. E dizer que a área de benefícios não é problema eu não

acho. Em termos de ministério de previdênciação as duas áreas realmente muito mais difícil . E o IAPAS e o INPS está aí nos jornais.

E- Provavelmente é um vício nosso.(risos)

NA- Ah, é um vício de...

E- Desenvolvendo um pouco a questão para esse problema dos poderes formais e não formais que dizer da previdência que dizer por uma lado da serie sob o poder real dos antigos secretários que dizer de assistência médica hoje digamos .

NA- (?)

E- Qual a empresa qual a real traçado na tomada de decisões e na participação de setores da tomadas aparentemente reduzida da previdência do INS que um pouco concentrava na sua mão mas foi errado.

NA- Não, olha, eu acho que o seguinte, acho um pouco equivocado porque quando a gente chega e verifica que as nossas unidades próprias representam 3 mil ou 3% quer queira ou não o secretário de assistência médica de qual presidente da instituição estaria, que está com sua vida suas preocupações voltadas para os contratos e convênios não é verdade que era o sistema de então aonde em que medida poderia inverter a corrente eu não sei você ver mas o Seixas pode inverter, mas ele inverteu a corrente num período antes do PVA então eu acho que a gente tem que encararam a previdência social da previdência social antes do PVA depois do PPA .

E- Depois já seria inviável é

NA- Depois do PVA e que nos começamos a sentir as grandes estações na área da assistência medicas porque ai as grandes estações porque ai começou a se comprar de serviços de terceiros

E- porque o senhor acha que (?)

NA- Porque ai se você começar em termos de procurar compatibilizar o número de internações como o próprio reino de Estefanes declara em 1966 600 mil internações desnecessária ai você começa a jogar ...

E- frente a isso o senhor acha que única forma de evitar essa alterando o mecanismo de controle alterando algo mais fundamental. Diga desenvolvida com relação ao setor médico.

NA- Bem partindo que existe algum um mecanismo de controle que possa controlar o ato medico...

E- Inclusive o que se fala do sistema de por exemplo do controles das contas hospitalares frente ao sistema IACERJ é criar um outro sistema pra que dizer isso e uma de briga de Não te muita...

NA- Não tem então quando sistema de controle do credencialismo ato medico do pagamento me parece que por isso que a própria PPA a própria presidencição começou a dar uma ênfase aos convênios com as empresas .Porque quer queira ou não o convênio com a empresa é representa uma uma uma despesa fixa que a previdência sabe a previdência sabe que não mas ela não pode saber quanto que ela vai gastar em termos de médicos credenciados o problema se discuti talvez não que a qualidade de assistência de qualidade medica da empresa a empresa ela tem que e que podemos também pegar uma cooperativa medica. Uma cooperativa medica o problema e e diferente aparentemente mas na verdade a cooperativa ela tem que produz cada vez mais e aumentar se e a empresa medica que de médicos para aumentar seu lucro, não é isso.

E- Esses médicos e que tem credenciamento também é

NA- O problema do credenciamento qual e a você forma você não sabe o que você pode prever quanto você vai gastar em termos de credenciamento mas se você não tem a expansão de credenciamento você perde

E- e a substituição no pagamento de unidade de serviço por quadros fixos também não (?) pressionaria no sentido da diminuição da pressão

NA- Empresa médica mas se nós então voltarmos para uma tendência atual da previdência social ele procurar o melhor entendimento com a secretaria de saúde nas universidades as entidades públicas , municipais estaduais e federais em termos de substituição tipo (?)presidencição me parece que é a solução

E- Porque durante esse período aparentemente a previdência passou por cima da secretarias de saúde .