

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CASA DE OSWALDO CRUZ**

***JOSÉ ANTÔNIO NUNES DE MIRANDA***  
**(Entrevista)**

## Ficha Técnica

Projeto de pesquisa - Memória da tuberculose no Brasil

Entrevistado - José Antônio Nunes de Miranda (JM)

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

Data - 30/06/1992 - 01/09/1992

Local - Rio de Janeiro/RJ

Duração – 7h41min

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

MIRANDA, José Antônio Nunes de. *José Antônio Nunes de Miranda. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória da tuberculose no Brasil, 1992*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2021. 111p.

Data: 30/06/1992

### Fita 1 - Lado A<sup>1</sup>

TM - Entrevista com o doutor José Antônio Nunes de Miranda em 30 de junho de 1992, para o Projeto Memória da Tuberculose da Fundação Oswaldo Cruz. Entrevistado por Tânia Maria Dias Fernandes e Dilene Raimundo do Nascimento. Bem, nós vamos começar a entrevista, Dr. Miranda, com a sua história pessoal. Onde que o senhor nasceu? Queria que o senhor falasse sobre a sua família, de onde o senhor veio... Enfim sua origem familiar.

JM - Bem... bem, eu nasci em Cafelândia no estado de São Paulo, no interior de São Paulo. A minha família, meu pai é piauiense foi... Campo Maior município do Piauí. Saiu de Campo Maior para estudar medicina no Rio de Janeiro. Se formou em medicina em 1918. E ele foi trabalhar no interior de São Paulo. Lá nasceu... conheceu a minha mãe, que é de família do estado do Rio. Ela é do estado do Rio e professora. Se casaram e foram morar no Piauí, voltaram para o Piauí. Passaram um ano e pouco no Piauí e, regressaram para São Paulo. Depois que voltaram para São Paulo tiveram um filho em Campinas a partir de... Depois do nascimento desse filho eles foram morar em Cafelândia, e lá eu nasci...

TM - Novamente.

JM - ... onde eu nasci... Foi... e a partir de Cafelândia... Eu quando tinha mais ou menos três a quatro anos, eles foram trabalhar na construção da estrada de ferro paulista, Companhia Paulista da Estrada de Ferro como membro e como médico... e morando em acampamentos na estrada de ferro. E ele clinicava e era médico na estrada de ferro (?) dava assistência aos operários. E nesse local que era apartamentos... com acampamentos, foi... permitiu, eu não sei... Se formou uma pequena cidade que se chamava Gávea, onde eles moraram, passaram a morar em definitivo.... Eu conheci. E quando eles foram para lá eu tinha mais ou menos uns três anos de idade. E, a partir daí, eu... tive toda minha infância nessa cidade, cidade pequenina do interior... Fiz até escola primária, e nessa escola, grupo escolar... E como a cidade era pequena não havia o curso de ginásial, eu fui fazer internato em Campinas. A cidade de São Paulo era outra, cidade maior... Me formei no ginásio de

---

<sup>1</sup>Legendas:

- (?): trechos, expressões ou palavras inaudíveis ou ininteligíveis.

"...": pausas ou murmúrios durante a entrevista.

- "... ..": pausas longas durante a entrevista.

- Itálico: palavras ou expressões citadas em língua estrangeira.

-Aspas: citações, abreviamentos e títulos de obras.

-Sublinhado: palavras ou expressões citadas com ênfase.

- (risos): momento de descontração e risos por parte do entrevistado e/ou entrevistadores.

Campinas, em 1939, e vim para o Rio de Janeiro fazer o que era chamado pré-médico. Que eram dois anos no colégio universitário... da Universidade. Eu fiz vestibular da Faculdade Nacional de Medicina, para Universidade do Brasil, onde me formei em 1950.

TM - Sim, isso é só um intervalinho de algumas coisas que ainda ficaram, sobre o senhor pendentes. O seu pai tinha alguma especialização, ou era médico clínico geral?

JM - Não, era clínico geral. Ele era clínico geral. Ele..., ele era médico, inicialmente dessa área da Estrada de Ferro. Então, ele fazia visitação médica em todo trecho de construção.

DR - Mas desde que ele se formou ele já se encaminhou para clínica geral?

JM - Para clínica geral. Ele se formou, e no entanto, ele foi, foi trabalhar para o interior em clínica geral

DR - Que estrada de ferro foi essa?

JM - Era Estrada de Ferro Paulista, de Santos.

TM - E o pai dele era médico também?

JM - Não, o pai dele era... O meu avô era farma... era fazendeiro e... tinha uma pequena fazenda um proprietário rural, na cidade de Campo Maior, no Piauí. E ele era um... foi um dos poucos filhos, dos 18 filhos... ele foi o segundo que se formou. Veio pro Rio, ficou aqui no Rio...

TM - Ele se formou no Rio de Janeiro?

JM - Formou no Rio de Janeiro. Na Escola Nacional de Medicina. Na mesma escola que eu me formei.

TM - E por que o senhor veio... O senhor morava em São Paulo e veio fazer medicina no Rio?

JM - Eu vim porque... Em primeiro lugar... é por causa do meu pai ter também estudado no Rio. Eu desde pequenininho... Aquele negócio, desde menino pequeno... "vai ser médico, vai ter que seguir a profissão do pai, e vai ter...". Então... ele que me encaminhou e me influenciou para vir estudar no Rio, que era a escola em que ele tinha estudado e gostaria que eu também me formasse aqui no Rio de Janeiro.

TM - O senhor não chegou a tentar São Paulo?

JM - Não.

TM - E seu irmão? O senhor tem um irmão?

JM - Eu tenho um irmão, um irmão mais velho. Ele se formou em farmácia, aqui no Rio também. Depois foi ser técnico do Instituto Adolpho Lutz, em Campinas <sup>2(\*)</sup>. Formou em engenharia no (?), e... Mas a vida toda dele foi... de profissional, dele toda foi de técnico do Instituto Adolpho Lutz. Se aposentou agora...

TM - Eu conheci o seu irmão.

JM - Se aposentou agora como técnico do Adolpho Lutz.

TM - E a sua mãe, era professora?

JM - Professora de francês e... Mas no interior ela era professora primária do estado.

TM - Quando seu pai foi trabalhar na estada de ferro, ela ficou trabalhando em alguma escola?

JM - Não, naquela época não haviam escolas.

TM - Nem escolinhas improvisadas?

JM - Nem escolinhas improvisadas, ela dava aulas para (?) não era nada organizado. Era mais como um passatempo para ajudar aquela população do acampamento. Só bem depois que, que essa cidade... ficou uma vilazinha... Quando se fez a cidade, ela passou a ser professora primária dessa... dessa escola, que depois foi um grupo escolar... Se fez um grupo escolar e ela passou a ser professora do estado. No grupo escolar. Ela... .. Nesse mesmo grupo escolar que eu estudei. Agora... morava... Anos depois veio um irmão do meu pai... meu tio, veio do Piauí, aí (?) para morar conosco se formou em farmácia. Teve uma farmácia nessa mesma cidade que nós morávamos. E eu passei a... Nós dois íamos estudar fora... Meu irmão começou estudando para curso seminarista. Depois desistiu do seminário -- aí ninguém sabe porque- e resolveu fazer o curso de farmácia, aqui no Rio de Janeiro.

TM - E quando o senhor veio pro Rio, para... entrar na faculdade de medicina ele permaneceu em São Paulo?

JM - Permaneceu na... na mesma cidade. Até a morte dele ele foi médico lá.

TM - Depois da morte dele ela permaneceu no Rio?

JM - Não, depois da morte ela permaneceu dois anos. Mas... depois de dois anos ela resolveu entrar numa ordem religiosa. E ela foi é... foi ser freira numa condição muito especial nessa época. Freira missionária de Jesus Crucificado. Com uma condição... que... Aliás ela construiu duas vidas, ela teve duas vidas: a primeira vida foi que ela se formou, se casou, teve filhos. Quando nós completamos 21 anos, nosso pai morreu. Eu com 20 anos,

---

<sup>2</sup> \*) O entrevistado, na realidade refere-se ao Instituto Adolfo Lutz, em São Paulo.

era o filho mais novo. Nosso pai morreu... Ela entrou como, como... No início da carreira é... chegou à madre superiora dessa ordem. De modo que ela teve duas vidas completamente diferentes.

TM - Mas a onde ela...

JM - Em Campinas, depois estudou... depois foi morar no Rio Grande do Sul. Agora essa ordem tem uma, tem uma característica, que ela... Como ela era viúva e tinha filhos; ela fez votos perpétuos, mas dependendo da... Nós é quem determinaríamos se ela... até quando ela ficasse. No dia que nós quiséssemos que ela voltasse, ela ficaria desobrigada de todos os votos perpétuos que ela fez. E em qualquer época em que ela quisesse, ou nós necessitássemos, ela sairia. De maneira que quando... isso não atrapalhou em nada com o papel de mãe. Porque quando ela estava em nossa casa... Ela vinha sempre à nossa casa... Quando vinha para nossa casa, ela ficava desobrigada de todas as obrigações do convento. Quer dizer, ela não era freira. Em nossa casa ela não era freira; passava a ser freira depois que estivesse lá.

TM - E ela foi pro Rio Grande do Sul a serviço dessa ordem?

JM - Ela foi no Rio Grande do Sul para implantar essa ordem no Rio Grande do Sul, e...

TM - Em Porto Alegre?

JM - Em Porto Alegre... Montar em Porto Alegre... Montou em Porto Alegre o primeiro noviciado dessa ordem. E foi ela e mais uma irmã e agilizaram... e foram dando início a ordem. A implantação da ordem no Rio Grande do Sul. E quando ela faleceu tinha cerca de 30 a 40 casas.

TM - Era uma ordem com moradias?

JM - É.

TM - Era uma cidade?

JM - Não. Era uma ordem com casas em várias cidades.

TM - Ah, tá.

JM - Era uma ordem... ordem religiosa com casas em várias cidades. Ela era do noviciado, onde se preparava as irmãs. E as irmãs depois saíam para outras casas. E elas... todas elas eram de nível superior.

TM - E ela depois? Ela retornou para Campinas?

JM - Não, depois ela não retornou para Campinas. Ela veio para... Foi para Roma, e estava preparando para ser representante da ordem em Roma, quando adoeceu e... foi... Ficou em

Volta Redonda e foi lá... um problema de saúde em Volta Redonda, se internou. Se internou no Hospital de Volta Redonda e, de lá ela veio para o Rio, e faleceu no Servidores do Estado.

TM - Então aí, chegando ao Rio de Janeiro na sua formação universitária: o senhor aliás já contou várias vezes para nós algumas histórias.

JM - Bem, eu quando cheguei no Rio de Janeiro eu fui morar sozinho numa pensão de estudantes, e... E estava com... Morava com um primo piauiense, e... Inicialmente com um primo do Piauí que também estudava medicina. Já era quarto período. mas... recebia mesada, vivia de mesada. E um dia eu estava na secretaria da faculdade, quando eu vi meus dois amigos, que eram do 5º ano, comentando que havia uma vaga para interno. Naquele tempo havia residência para interno, estudantes internos na escola São Sebastião no Caju. E quando eu ouvi falar: casa e comida de graça, aí eu... E eles disseram onde deveria-se, se inscrever. Eu, imediatamente, fui, me inscrevi. E eu acho que deve ter acontecido alguma, algum curto-circuito lá na... nas relações lá, pelo seguinte; porque eu me inscrevi, disse que estava no primeiro ano de medicina, e para surpresa minha -o internato era para 5º e 6º ano- para surpresa minha, quando eu fui três dias depois, para saber a resposta estava pronto um ofício meu de apresentação no hospital. O diretor do hospital estranhou muito. Eu primeiranista... Achou que eu devia ser muito apistolado para conseguir isso. Me aceitou bem. E passados uns três meses, quando se deu a próxima vaga, eu fui descobrir que eu tinha ocupado o lugar de um outro rapaz. Que alguém tinha feito pedido para ele... na... por ele. E o pessoal, naturalmente, nesse momento, chegou o meu ofício, pensou que era um outro e despachou. E eu fui para lá por engano. E comecei naquele primeiro ano de medicina a trabalhar...

TM - Que ano era?

JM - Em 1942.

TM - O senhor se formou quando?

JM - Me formei em 50. Agora perdi dois anos por causa do Exército. Durante a guerra eu fui, eu fui convocado e servi na Fortaleza de São João. Então, interrompeu o tempo...até me formar... Eu repeti dois anos na faculdade, por causa dessa convocação. Agora... eu morei no São Sebastião até 1946... 46 eu fui ser, ser plantonista do Hospital Cardoso Fontes, que era o sanatório de tuberculose.

TM - Aí você já estava direcionado para tuberculose?

JM - Desde, desde o São Sebastião, que naquela época era de tuberculose. Então eu paraticamente... eu comecei a trabalhar em tuberculose no primeiro ano de medicina... primeiro ano de medicina. Isso, isso... Fui muito ajudado pelos, pelos colegas que... eu não tinha condições nenhuma, no primeiro ano, de ser interno lá. Mas eu consegui sobreviver como interno. Depois vim pro Hospital Cardoso Fontes, eu fiquei como, como residente. Médico interno também no Cardoso Fontes

TM - Mas quando o senhor veio pro Cardoso Fontes, o senhor largou o São Sebastião?

JM - Não, eu inicialmente não. Eu ali era só plantonista, depois eu passei a morar no Cardoso Fontes. Eu passei a residir no Cardoso Fontes. E, estudava muito porque residia no Cardoso Fontes e tinha aulas na Parai Vermelha. Era muito difícil... Naquela época, pegava a condução para Cascadura, Central do Brasil, e era muito difícil. Não foi uma vida muito fácil.

TM - E... fala um pouco sobre o curso de medicina. Sobre o corpo docente e discente...

JM - O corpo... o curso de medicina, os métodos de medicina... Foi na realidade um curso de medicina que ficou um pouco... Não foi assim muito normal. Porque como eu já trabalhava como interno, eu tinha que saber uma porção de coisas a ser dadas na frente, daquilo que eu estava estudando... nas matérias que eu estava estudando. Porque eu tinha que aprender, eu fazia plantão... fazia... Ajudava cirurgia... o Jesse Teixeira... durante essa época... Então na realidade, em parte me... prejudicou um pouco o curso como um todo. Volto... Ficava quase todo... O meu interesse estava já centrado na tuberculose e... E uma coisa interessante, inclusive: embora eu tivesse passado em todas as matérias, não tive problemas nenhum. Mas nunca tive assim um grande interesse em outra coisa que não fosse a tuberculose, em função do trabalho que eu fazia no sanatório São Sebastião. E... então, como eu estava... eu morava interno no São Sebastião, eu não tive assim um contato muito grande os com colegas do, do... ano que eu cursava. Porque lá... eu já falei, o 5º, 6º ano... Então se você viesse no São Sebastião... no Caju... muito longe daquele... do grupo de colegas. Então, não tinha muita convivência, até. E isso foi mais prejudicado ainda porque eu, em função de ser convocado pro Exército, eu repeti dois anos, e com isso a turma... a minha turma mudou. E eu não fui aquele aluno que começou e terminou com a mesma turma, não é? Eu não tive assim um contato muito grande com o corpo discente.

TM - E vários colegas seus chegaram a ser chamados também.

JM - Alguns foram chamados, alguns foram chamados. Mas o que acontecia é que eu tinha um cargo na faculdade com muita pouca idade. Eu não tinha feito o serviço militar antes, e grande parte da turma tinha feito o serviço militar. E eu tentei fazer o exame de... fazer CPOR <sup>3(\*1)</sup> [interrupção da fita].

JM - Eu tentei fazer o CPOR, que é aquele colégio... escola preparatória de oficiais da reserva, e não fui aprovado no exame de vista. Como todos os outros da faculdade tinham direito com o curso superior fazer. Mas quando fui chamado para ser soldado... aí a vista serviu. Então a maior parte dos estudantes de medicina faziam esse Curso de Preparação de Oficiais da Reserva. E eu fui ser soldado... e eu fui ser soldado na Fortaleza de São João. Isso... com isso me atrapalhou muito porque não dava tempo de estudar. E embora eu não tivesse encerrado a matrícula... não exigiram. Eu me matriculava, mas não tinha condições de estudar e de passar, porque estava sempre com a esperança de... Continuei matriculado



na esperança de sair e não perder a matrícula, e ter problemas depois. Portanto, tinha muita pouca gente nas mesmas condições minhas, e a maior parte dos colegas estavam no CPOR.

TM - E em termos de fisiologia, como é que era o curriculum voltado para fisiologia na universidade?

JM - Bem...

TM - Tudo que o senhor aprendeu foi no São Sebastião?

JM - Bem, eu... como... Eu no São Sebastião... toda a minha vivência... era com tuberculose no São Sebastião é... Naquela época foi uma época muito difícil... pioneira, foi quando não havia medicação etc. Estava se começando a cirurgia... era colapsoterapia e... colapsoterapia com o... (?), toracoplastia essas cirurgias todas de... (?) o pulmão e, era... E havia aqueles cursos... no Clementino Fraga.

TM - O senhor fez o curso no Clementino?

JM - Eu era auxiliar do curso... Como era aluno... Como eu era interno eu que fiz o curso. Quer dizer, eu... eu auxiliava no curso, na parte de bacteriologia, com o professor Magarão, que estava lá. Então, minha vida toda foi dentro da vivência de fisiologia e com o número de pessoas que estavam no... 5º, 6º ano. Eu estava muito voltado para o estudo da fisiologia. De maneira que isso... o... De alguma forma, de alguma forma foi me dirigindo... não tinha outra escolha. Foi por acaso que eu entrei e tive que continuar.

TM - E quando o senhor saiu do Cardoso Fontes, é... Inicialmente o senhor continuou com o grupo do São Sebastião e depois ficou só no Cardoso Fontes?

JM - Fiquei só no Cardoso Fontes.

TM - Chegou a retornar mais tarde ao São Sebastião?

JM - Não, não voltei lá no São Sebastião. E... quando eu terminei o Cardoso Fontes...

TM - O Cardoso Fontes foi em que ano?

JM - Foi de 46 a 49... Aí eu entrei no último ano de medicina, eu fiquei só estudando. Um ano depois eu saí do Cardoso Fontes e fui fazer o 6º ano. O 6º ano eu fiz sem, sem trabalhar.

TM - A discussão sobre a criação da cátedra. Ela foi criada já na década de 50, né? E a década de 40 houve toda uma discussão?

JM - Foi. É... Já naquela época a cátedra da, da faculdade... A cátedra da faculdade foi criada pelo professor Ibiapina. Houve uma grande luta com três candidatos muito bons, à cátedra da universidade, da faculdade e...

TM - Era o Ibiapina...

JM - Ibiapina, Aloysio de Paula, e o professor Stockler... professor Stockler. Os três candidatos da cátedra da universidade. Mas a... Quando eu me formei a cátedra ainda não estava... Estava essa discussão, da necessidade... da... De se fazer uma... matéria da universidade, de fisiologia. Porque ainda estávamos numa época em que a formação de fisiologistas era um dos cursos do São Sebastião... que eram dados pelo... pelo Clementino Fraga, os cursos... Eram cursos do Hospital São Sebastião. Até que em 1946, depois que se fez a Campanha, começaram os cursos da Campanha Nacional Contra a Tuberculose.

TM - E tinham muita afluência, aqueles cursos do Clementino? Como eram esses cursos?

JM - Tinham, tinham muita afluência, porque... Principalmente de alunos de status, né?

TM - Mas na faculdade (?). Como era essa relação? Já que a fisiologia passava muito... muito branda, né? Pela própria formação... Como é que era... como é que se dava essa opção? Nem todo mundo caía assim de pára-quedas como o senhor caiu na faculdade de medicina.

JM - Não... Quer dizer, as coisas eram geralmente... como é atualmente. Naquela época, era... era um curso de pós graduação. Quer dizer, curso que as pessoas saíam para fazer especialização. Não havia residências naquela época. Então, as pessoas podiam fazer um curso de especialização. E eram pessoas que vinham para os estados para fazer cursos de especialização. E não tinha assim uma... uma... Até que com a formação da Campanha passaram-se a fazer preparação mesmo de fisiologistas, já dentro de um programa, um programa nacional. Era feito primeiro o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, que se iniciou com a Campanha. Que era... Porque todas as iniciativas... Tinha o Silveira da Bahia, tinha o curso lá dele... era muito bom, muito etc.

TM - E o senhor chegou a fazer algum tipo de curso com o Silveira... (?)

JM - Não, não. O curso... [interrupção da fita]

JM - Eu não freqüentei. O primeiro curso que eu fiz na realidade, foi o curso da Campanha, no ano de 1950. Em 1951 eu fiz o curso que se chamava na época de Fisiologia Sanitária Social...

TM - Espera só um minutinho. [interrupção da fita]

JM - Não, eu nessa época, não o conhecia... Sabia que havia o professor Silveira... que havia o curso na Bahia do professor Silveira, mas não tinha... não o conhecia... O primeiro curso que eu fiz foi da Campanha. Quando terminou o curso... Com o primeiro curso médico, como eu pretendia continuar no Rio, que eu... Fui fazer esse curso da Campanha. Esse curso da Campanha tinha um número de vagas limitadas. Eu consegui... eu consegui fazer, mas [interrupção da fita]

TM - Bem... fazendo uma... Retomando um pouquinho, queria que o senhor falasse um pouco do IBIT <sup>4(\*2)</sup>. Se o senhor teve contato com o IBIT, alguma formação, alguma coisa?

JM - Eu nessa época... apenas a gente sabia que havia cursos... que professor Silveira tinha cursos no IBIT. Mas não tinha nenhuma ligação... Quanto ao IBIT, eu não tenho maiores conhecimentos. Apenas era mais da área... do São Sebastião... cursos no São Sebastião...

TM - Professor José Silveira nos colocou que ele trazia estrangeiros... Tisiólogos de outros países, para visitar não só o IBIT, mas também instituições do Rio e São Paulo. O senhor assistiu algum curso desses estrangeiros, trazidos pelo IBIT?

JM - Não. Tinha notícias, sabia que ele fazia, que ele fazia... Ele sempre foi muito ligado a instituições estrangeiras, e... que ele fazia esse intercâmbio é... Ele dava cursos fora e trazia o pessoal para dar cursos. Mas na minha época não houve nenhuma oportunidade... no São Sebastião de ter cursos dados por ele. E eu tenho a impressão [interrupção da fita]. Só depois que a...

### **Fita 1 – Lado B**

JM - ... A luta de... de competição... porque o IBIT não seguia bem o Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Isso a gente... quando implantava o programa, ou supervisionava, esses fatos, etc., o pessoal da Bahia tinha uma orientação meio diferente daquela tratada de nível nacional. Mas isso era próprio de pessoas que... Eu acho que o Silveira teve um mérito muito grande, ele... ele contribui muito. Ele contribui muito pro... para tisiologia nacional. Acho que devemos ao Silveira, também pelo o esforço que ele fez, e pelo que ele fez em termos de tisiologia. Embora discordasse de algum tipo de orientação que ele viesse a dar nos assuntos técnicos. E discordava daquilo que a gente pregava em nível nacional.

TM - Quais especificamente?

JM - Como?

TM - Quais especificamente essas questões técnicas?

JM - Não é... Por exemplo em termos de esquema de tratamento. Que nós queríamos padronização de tratamento. Queríamos, que queríamos que... a... o programa se desenvolvesse. O programa se desenvolvesse de maneira harmônica no país. Mas isso dificultava um pouco a nossa atuação como distribuidores de drogas... como planejamento de drogas. Porque aqueles que seguiam a orientação deles não seguiam o esquema de tratamento que nós queríamos padronizar em termos da saúde. E o segundo, que não chegava a ser problema de alguma maneira, mas era mais um trabalho para decidir, para

uniformizar a padronização nacional. Você vê, claro que isso... em termos de conceitos... do ponto de vista conceitual, não havia esse tipo de problema, não houve nenhuma preparação idêntica... colaboramos... (?)

TM - Eu queria voltar um pouquinho para o seu período de faculdade. Que o senhor nos contasse... nos falasse sobre alguns colegas. Alguns colegas seus... A formação, mesmo considerando que sua formação ficou um período maior, que teve na turma... que o senhor acompanhou a sua formação toda, né? Algum colega que tivesse se destacado na medicina, que o senhor lembrasse de algum professor... dos professores que lhe ajudaram...

JM - Eu tenho... Professores que eu tenho, que são chamados... Tem o Amadeu Fialho. Foi um professor, muito mais que um professor... Vou falar daqueles que tiveram algum tipo de influência para, para mim. Embora tenha aí uma série de outros de renomes nacionais. Mas eu creio que em nível de contato, contato comigo, pessoal, todo mundo conhece, o... conhece... Amadeu Fialho, professor Magarão, eu já falei antes, o... o professor Hélio Fraga, Flávio Poppe de Figueiredo e... Esse Hamilton Nogueira. Isso sob o ponto de vista de, de... professores. Agora, de colegas eu tive mais contato apenas com aqueles que... depois vieram para a tisiologia, e foram aqueles que ficaram dentro da clínica do... Curicica. Que era... o Vitor Duarte, o Leão..., Pascoal de Leão, o Almir Gabriel... Esses foram os colegas que tiveram mais contato conosco. E que eu acho que... de alguma forma se sobressaíram dentro da... O Rosado... Assim eu não teria... assim nenhum tipo de outros.... Eu tive muito pouca notícia... Eu, por exemplo, em princípio, eu nunca freqüentei... nunca freqüentei esses almoços, essas reuniões de 20 anos de formados... de 30 anos. Porque eu acho que é só falar de... "Fulano morreu", "fulano não sei o quê"... Só se fala só de desgraça. Eu não tinha assim, nunca tive realmente muito contato, nem havia feito a nível de escola. Porque na época o São Sebastião era mais entorno da tisiologia, era mais importante. Então, o meu contato maior sempre foi no âmbito da tisiologia. [interrupção da fita].

TM - E eu queira que o senhor falasse também sobre o ITP <sup>5(\*3)</sup>. Quer dizer, as cátedras foram criadas, a gente já comentou... E eu queira que o senhor reavivasse um pouco a questão da criação do ITP. Se... essa discussão do Ibiapina. Como é que vocês enquanto, ainda formandos, acompanhavam essa discussão até a criação do ITP?

JM - Olha, na minha época... quando eu me formei, não havia... Foi criado o ITP depois da, da...

TM - A discussão para a criação do ITP, era uma discussão longa que acompanha... a criação das cátedras, né? Que... as cátedras que foram trazidas, né? A partir daí, o Ibiapina se empenhou, né? Na proposta da criação do instituto.

JM - É, nós todos na época defendíamos a necessidade de um ... ensino regular em tisiologia na universidade. Quer dizer, todos... nós sentíamos que não era através desses cursos de especialização somente, é que... que iria se dar... se dar conta do problema da tuberculose

---

<sup>5</sup> \*3) ITP: Instituto de Tisiologia e Pneumologia.

no Brasil. E que era... Seria interessante a formação dessas cátedras. Defendia... o grupo defendia esse ponto de vista, ... da criação das cátedras. Então... a criação da cátedra da Bahia, do Ceará, e outras cátedras... do Pará etc. Foram importantes... foram importantes. E foi o que deu uma condição melhor da gente ter a realização do... do controle da tuberculose no Brasil. Embora, eu nunca convivesse muito dentro do ambiente universitário... assim uma vivência universitária muito grande. Eu era muito mais da área de serviço, do que da área de ensino. Eu nunca tive nenhuma atividade dentro de ensino, apenas... apenas eu trabalhava em serviço e... (?). Apenas a gente sabia das coisas que aconteciam. Tinham... uma grande escola do Aloysio de Paula na... Policlínica do Rio... Rio de Janeiro, foi importante e era um centro de estudos muito bom. Então tinha assim... mais esses centros de estudos... centros de ensino... muito mais do que na realidade cátedras, como cátedras, mas como serviço.

TM - E o que representava naquela época ser tisiólogo? Em termos profissionais dentro do... da área médica, para os colegas? Qual a representação dessa especialização?

JM - Olha, desde que eu trabalhei com um médico... Araújo Corrêa... que ele naquela época... ele dizia: "Só se dedica a tisiologia, a parte de tuberculose, por amor. Ou amor ao próximo, ou amor à medicina, ou amor a alguém que tinha ficado doente na família de alguma forma". O sujeito tinha que ter algum tipo de contato com isso. Porque era realmente... era realmente muito desgastante. Um... tratamento de uma doença, que na época, não tinha cura e... a gente via que o esforço, todo o esforço da gente valia pouco. O esforço, os progressos eram lentos naquela época... E que tinha acabado aquela... aquela idéia romântica da "Dama das camélias", da... do início do século, século passado... dos poetas... A idéia romântica da tuberculose que tinha caído numa realidade maior, realidade mais feia. Quando a tuberculose realmente passou a ser a peste branca... interpretada como uma peste branca. Então, eu tinha me impressionado muito desde pequeno quando eu estava ainda no interior de São Paulo, de vez enquanto sumia uma pessoa: "Tô tuberculoso, vou para Campos do Jordão". Nunca mais se sabia da pessoa, nunca mais se via a pessoa, porque essa pessoa passava a ter uma nova vida. E você sabe que quando as pessoas vinham para, para... para essas estações climáticas elas nunca voltavam, ficavam sempre entorno, ficavam sempre... (?). E eu já peguei... (?) ... Estava na época... no hospital suburbano. Quer dizer, na periferia dos grandes centros, quando já não tinha tanta importância o clima. E era... Tava se começando... ensaiando a cirurgia para a intervenção. Mais do que corrigir os (?). E era muito desgastante, a... a dificuldade que havia. A falta de vaga, era um problema sério... que era pro doente. O professor Sebastião dizia, na época, que o doente que estava com tuberculose, precisava de duas condições paraticamente impossíveis para se arranjar uma vaga; uma era ser tuberculoso, que geralmente era pobre, e a outra ser... ser pistolão de senador. E isso era tão forte... e conhecer um senador não era muito fácil. Mas as vezes morava... (?) quando precisava de internar doentes, era um massacre... (?). Esse tipo de ... E ele dizia que tinha que gostar muito disso. Tinha que gostar bastante da tisiologia. E se criava assim uma luta, se formava... se formou durante gerações uma mística entorno da tuberculose e o tratamento da tuberculose. E essas pessoas se ligavam muito e... Grande parte da tisiologia... -- como eu disse, era por amor --, e tem também um outro amor que eu esqueci de citar, que é o amor a si próprio. Porque tinha pessoas que tinham sido doentes... tinham se curado e continuavam na tisiologia. Então grande parte da

tisióloga... Então havia uma mística entorno da... da tuberculose, se criavam... E isso é que sustentava as pessoas tratando com poucos recursos. Uma doença que não era nobre, não era... não era uma doença que cuidava das partes... que cuidava... (?)

TM - E a colapsoterapia no consultório?

JM - Eu nunca tive consultório.

TM - Abria um mercado para o trabalho?

JM - Abria um mercado muito grande... E a idéia... foi quem começou com consultório... começou com dispensário, né? Começou com o dispensário a possibilidade de tratamento dispensarial a partir da a partir da Inglaterra, Europa, etc, que criou o primeiro dispensário e foi... E isso é claro, do dispensário que veio para o consultório. E já tinha a clínica privada. E havia o emprego dentro do consultório... dentro do consultório. Dentro do consultório havia... havia um campo de trabalho muito grande e, isso com pneumotórax, era uma fonte de renda danada. O doente é... (?) 100 mil cruzeiros diários... ficava vivendo lá... (?). Mas, com esse tipo de intervenção... isso criou uma especialidade que é rendosa, é rendosa. Mas foi um grupo pequeno, foi um grupo pequeno porque é um grupo de médicos mais conhecidos, tinham clínica... Mesmo os tuberculosos ricos iam para Suíça, ou ficavam num lugar desses. O pobre não tinha como pagar. Aí passaram a ter assistências de, de... associações filantrópicas, Liga Contra Tuberculose... começou a aparecer uma série de outros, outras formas de suprir essas necessidades do pobre. Eu nunca tive clínica, eu nunca recebi nenhum dinheiro de tuberculosos a não ser do governo... (?)

TM - E o hospital Santa Maria?

JM - Bem, o hospital Santa Maria foi uma fase que... Nós estávamos no São Sebastião quando, se começou a construir o Santa Maria, e foi quando o... o... a equipe... Inclusive... foi o diretor do São Sebastião que veio depois assumir o Santa Maria... Foi um hospital de...

TM - Quem era?

JM - Era o... era o Fraga... era o pai do Sérgio Fraga. O... Sérgio Fraga foi diretor de lá, e... foi quem... É primo do Hélio Fraga, é... Flávio Fraga... Flávio Fraga era diretor de lá e veio. Foi quem trouxe uma boa condição de lá para cá. Foi quem dava melhores condições... foi um dos primeiros hospitais novos assim que assumiu, com um padrão alto de... de atendimento. E ele foi quem se destacou principalmente por causa da cirurgia. Ele tinha os recursos e fazia isso.

TM - E ele era um hospital ligado ao Ministério ou a Secretaria do Estado?

JM - Não. A secretária do Estado. Bom, se pode dizer que na época era distrito federal né? Era federal porque era... O Rio de Janeiro era distrito federal. Mas era da prefeitura do Rio de Janeiro. Era municipal.

TM - E como é que era a demanda desse hospital? Tinha o São Sebastião, e tinha o Santa Maria dividindo a demanda. E tinha o Cardoso Fontes também. Como era, como se distribuía a demanda?

JM - O Cardoso Fontes era da categoria social... Era um hospital da previdência. Aí foi na época que se criaram os institutos. Os institutos passaram a possuir sanatórios, hospitais próprios. Tinha o hospital do JAPETEC, o hospital dos bancários, dos comerciários... Cada um construía o seu hospital. E naturalmente o hospital dos bancários foi o primeiro... foi o primeiro instituto que resolveu dar assistência médica... uma assistência médica... e uma assistência médica ...(?)

TM - A parte de tuberculose dos bancários era na Lagoa mesmo, era na Lagoa?

JM - Não, a parte de tuberculose era no Cardoso Fontes.

TM - Não, dos bancários?

JM - Dos bancários. Naquela época não tinha... na Lagoa, não existia. Depois foi feito o Hospital da Lagoa, como hospital Geral. Mas o Hospital Cardoso Fontes era sanatório de tuberculose do... dos bancários. Era especializado em tuberculose, só fazia tuberculose. E o Santa Maria era rede de, era rede dos cidadãos do Rio de Janeiro. E os outros eram institutos, institutos de aposentadoria. E, o... E havia o de caridade da Santa Casa... (?)

TM - Nossa Senhora das Dores?

JM - Nossa Senhora das Dores em Cascadura, que era da Santa Casa. E... algumas brigas que tinham algum destaque. E aí passaram a surgir alguns sanatórios particulares, em Friburgo, Teresópolis, e tal. E na época o, o hospital ainda era ligado à rede de dispensários. Era um órgão central de controle de tuberculose. Era um órgão mais... mais importante, um órgão municipal.

DR - Qual hospital?

JM - Os hospitais de tuberculosos...

DR - Eram mais importantes.

JM - ...eram mais importantes na distribuição de tratamentos. Os outros todos apesar de ter dispensário... Dispensário praticamente era porta de entrada do hospital.

DR - Do hospital. Mas, Mas no dispensário não fazia pneumotórax também?

JM - Fazia pneumotórax, mas o... A idéia central era... porque a tuberculose... O tratamento de tuberculose, ele evoluiu, no hospital no período... (?) que era hospital público, clínico... Hospitais de cidade de climas altos..., Suíça, Campos do Jordão, né? Eles passaram a idéia

de hospital suburbano que... Mas aí já por medidas de interesses não só ...(?). Mas persistia a idéia de isolamento de focos, e esse isolamento de foco era o que justificava a internação. Então o doente ia pro hospital, se positivo... só depois que negativava que ele era transferido para... para dispensários, para continuar o tratamento nos dispensários. Quer dizer, era muito difícil pro doente positivo ficar... porque o principal era o isolamento de focos.

TM - E os centros de saúde?

JM - Os centros de saúde não tratavam de tuberculose.

TM - Tinham os dispensários para isso?

JM - Tinham os dispensários para isso. O tuberculoso tinha dispensário especializado. Eram dois dispensários; de hanseníase e de tuberculose. Isso até 1960 e... tanto. Até a quimioterapia, não se tratava em unidades de saúde, a não ser nos dispensários escolas.

DR - Mas era no mesmo prédio... (?)

JM - Não sei se era área isolada...

TM - Sim, mas fazia parte da estrutura dos centros de saúde?

JM - Fazia parte das estruturas... nem sempre fazia parte porque habitualmente o hospital...

TM - Centro de saúde.

JM - ... centro de saúde tinha uma direção, o dispensário tinha outra direção, tinha outra direção...

TM - Mas era ligado à prefeitura também?

JM - Era ligado à prefeitura. Agora o grande... Depois que se fez a Campanha, a Campanha que passou a financiar quase todos os dispensários de tuberculose existentes no Brasil. Por exemplo, na Rua do Resende, foi criado o dispensário escola. Aí já era... muito ligado a...

TM - Prefeitura.

JM - ... a prefeitura. Ele era da Campanha. Passou depois pro Ministério da Saúde. Quer dizer... ele não era... E toda a estrutura dele... Ele era integrado... meio administrativamente.

TM - Meio física e meio administrativamente.

JM - Meio física e meio administrativamente. Quer dizer ele tinha administração própria, pessoal próprio. Inclusive seus salários eram diferentes. Tinham gratificação de periculosidade, ganhava mais... etc. Ele era apenas ao lado.



TM - Ao lado. Queria que o senhor falasse um pouco sobre o tuberculoso. Quer dizer, sobre o significado da doença nesse momento aí, que você estava se formando, começando a se preparar... começando a fazer a verdadeira faculdade, né? Nesse momento que todos... encarar esses doentes já te trazia uma lembrança da infância que o senhor viveu, vizinhos serem internados...

JM - Bem, eu... Naquele tempo eu já peguei desde... a fase do começo da década de 40, que foi... Já começou a aparecer as maiores esperanças de cura, através do pneumotórax. Através da pneumotórax, através das cirurgias (?) não a cirurgia... da toracoplastia, né? (?) ...problemas da tuberculose, antes de tudo o que havia, era fazer parar o pulmão. Ou através de (?) ...diminuir o ritmo respiratório através do repouso, ou você(?) fazer uma lavagem do pulmão, ou fazer cirurgia (?) lavagem do pulmão com toracoplastia. Então, já havia sido isso... tudo baseado, e dependia muito do diagnóstico primário, ou do diagnóstico...

TM - Precoce.

JM - ... precoce. Esse diagnóstico precoce era importante. Isso porque a partir da abreugrafia, aquela esperança de... para descobrir logo o estado, ... Porque ela... a esperança de cura aumentava. Tanto que já encontrei a tuberculose, numa fase em que havia grandes esperanças de cura. Quando a tuberculose tinha percentual de cura maior... a percentagem de tratamento ambulatorial. Que dizer, já estava dentro... já de um período, já de maior euforia, ... possibilidades de cura da tuberculose. E até o aparecimento da (?) na década... na década seguinte, já começou a parecer a quimioterapia e aí mudou completamente a... toda, toda (?)

TM - Mas mesmo com a introdução dos medicamentos, né? O tuberculoso ainda continua sendo, assim, nesse momento até... (?) ainda tratado com um pouco sentimento de repulsa.

JM - Havia discriminação, é claro. Sempre foi, sempre foi... O tuberculoso sempre foi discriminado. Não tanto quanto seria... A lepra sempre teve um... (?). Mas a tuberculose tinha, é claro, uma discriminação muito grande para com o doente tuberculoso. E inclusive a própria, a própria maneira de tratar o doente, o próprio pessoal que trabalhava com doente tinha medo. Tinha gente que até exagerava, era meio... exagerado. Mas essa discriminação foi diminuindo até que o tratamento da tuberculose foi aumentando. Hoje acho que, ... (?) embora ainda exista algum, isso ainda é...

DR - O senhor (tosse), o senhor acha que essa, essa discriminação, esse estigma da doença tinha alguma influência na evolução da doença, para tratar do doente?

JM - Não... Como consequência, como consequência dessa, dessa... discriminação porque ... E havia... foram se formando essas cidades chamadas cidades doentes como Campos do Jordão, ... Específica... Campos do Jordão... o doente ia para lá, e havia assim uma... Vivia dentro da sociedade, isolado em torno da doença. Quer dizer, o sujeito tratava da doença e tudo... Quando a pessoa curava, ela não voltava, não queria voltar para casa. Porque ele mesmo de graça, continuava mesmo... trabalhando no hospital de tuberculosos,

ou convivendo de alguma forma dentro do ambiente em que era menor a discriminação, ele não...

DR - Os outros também eram doentes de tuberculose?

JM - Eram todos ex-tuberculosos, ou tinham parentes tuberculosos. Quer dizer, estavam morando em Campos do Jordão, porque tinha alguém internado em Campos do Jordão... Quer dizer, então... era uma cidade que vivia em torno da tuberculose. Então, o índice de preconceito era muito remoto, o índice de [interrupção da fita]

## Fita 2 – Lado A

TM - Entrevista com o doutor José Nunes de Miranda, fita número dois, dia 30 de junho de 1992. Nós estávamos falando sobre os fatores que o senhor atribui ao acometimento da tuberculose naquele momento.

JM - É... Isto, geralmente, o número de pessoas ricas... que eram a minoria. Naturalmente eram os excessos de noitadas, boêmias... Isso foi clássico, os grandes boêmios que ficavam tuberculosos, e fazia até parte do curriculum ter tuberculose, né? Mas o problema do pobre mesmo... tuberculose mesmo... era doença de pobre mesmo, era a pobreza, condições sócio-econômicas baixas e principalmente o problema da promiscuidade. Era a promiscuidade em ambientes de favelas. Tanto é que naquela época havia um conceito de que no interior havia muito menos doentes de tuberculose do que nas cidades grandes porque tinham um contato maior. Depois ficou mais ou menos provado, que não era bem isso não... Mas de maneira que... principalmente a promiscuidade e... a situação sócio-econômica, com todos os seus derivados, é que levavam a ter a doença. Acho que as condições... E até hoje, muito mais pessoas... Quando se faz uma pesquisa numa favela, você encontra mais tuberculosos do que em Copacabana. Mas a promiscuidade é um importante aliado dessas condições. Enfim são condições sócio-econômicas... é a base. Tuberculose é ainda e sempre foi uma doença social.

TM - Voltando um pouco sobre a sua formação na pneumologia. O senhor tinha dito que no curso do professor Clementino, o senhor ajudou como auxiliar é... Existiu também um pouco depois, o curso no Departamento Nacional de Saúde, o senhor chegou a fazer também esse curso, ou só sua formação no cotidiano do São Sebastião?

JM - Eu nessa época, eu...(?)

TM - Era auxiliar?

JM - ...eu como estudante, eu auxiliava os cursos. Eu auxiliava, monitorava tudo isso como estudante, não... Agora, o primeiro curso que eu realmente fiz, foi da Campanha Nacional Contra Tuberculose, que na época era do Departamento Nacional de Saúde.

TM - Isso foi assim que o senhor se formou?

JM - Foi. Me formei em 50, fiz o curso em 1951... O curso era de oito meses na época...

TM - Como foi esse curso?

JM - Olha, esse curso, realmente, foi o que organizou aquele meu conhecimento muito empírico, muita prática e... muito da cultura do corredor... Então não havia muita garantia assim... uma sistematização do aprendizado. Foi o que me deu essa, sistematização. Foi muito importante, foi fundamental, em toda minha formação esse curso por isso... Porque realmente era um curso que preparava bem as pessoas, as pessoas saíam dali em boas condições.

TM - E quem era o responsável pela administração nessa época?

JM - Era o professor Flávio Poppe de Figueiredo. Ele era o organizador

TM - Poppe

JM - Olha, tinham vários professores. Tinha... eu me lembro do professor Célio, de estatística (?), o Magarão... Magarão, o... sei lá..., tinha lá na Policlínica, o Aloysio de Paula... o Edmundo Blund, o... E depois de curso tinha, tinha os estágios... Fazer estágio, viagens, viagens para fornecer serviços...

TM - Em outros estados?

JM - Em outros estados... (?) Rio Grande do Sul, era... era um curso realmente completo. E formava em fisiologia, e a pessoa que saía dali, saía em boas condições de exercer. E pra mim foi bom, porque durante todo o tempo de estudante... porque eu... porque quando eu comecei a minha vida profissional, eu comecei com um curso sistematizado, organizado, de alto padrão, pra começar. E aconteceu que foi na época em que acabaram sendo transferidos os hospitais da Campanha, e o Curicica foi um deles. Então praticamente a minha turma quase toda, que morava no Rio veio ser nomeada para o São Sebastião <sup>6(\*)</sup>. Então nós começamos no São Sebastião, e como eu tive essa grande oportunidade de terminar um curso de fisiologia, e começara a funcionar num hospital definido, com o Flávio Poppe junto, etc... pra gente organizar o hospital...

TM - A Campanha...

DN - O hospital São Sebastião?

JM - Não, hospital de Curicica.

DN e TM - Ah, sim.

---

<sup>6</sup> \*)- O entrevistado, na realidade, estava se referindo ao hospital de Curicica.

TM - O senhor falou hospital de São Sebastião (risos)

JM - Não, hospital de Curicica depois inaugurou em 52. Nós terminamos em dezembro de 51 e... o hospital inaugurou em 52.

TM - Quem eram os seus colegas?

JM - Eram o Leão, o... Rosário, que eu já falei, o Rosário... o Antônio Costa, o... Luís(?), a Ilda... Éramos mais ou menos de doze a quinze. Viemos todos para cá... Então nós terminamos o curso e viemos trabalhar no hospital.

TM - E quando se criou essa turma no curso, vocês já tinham essa expectativa de que seriam absorvidos, ou isso foi a consequência?

JM - Não, havia é... havia o seguinte: todo esse curso foi feito exatamente para preparar o sujeito para os hospitais da Campanha.

TM - O senhor estava desempregado?

JM - Isso, estava desempregado. Então, eu vim com essa possibilidade de... essa expectativa. Agora isso não é em todos os lugares. Todo mundo que fez cursos dos estados, nessa época, para serem utilizados... (?) para esse hospital... da Campanha, para esse hospital.

TM - Esse ano, o curso não foi um curso voltado para as pessoas que já estavam no quadro, ou tinha misturado pessoas já lotadas...

JM - Não, não tinha, era praticamente quase todo mundo...

TM - Implantado igual?

JM - ...implantado nesses hospitais. E inclusive o em consequência disso, é que eu vim para cá... eu fui nomeado para cá... Eu fui organizar o hospital de Aracaju... Quer dizer, fui organizar e dirigir o hospital de Aracaju, o... Antônio... (?) foi organizar o hospital de Belo Horizonte, o Campos foi organizar o de Goiânia. Então, aqueles que eles consideravam os primeiros colocados nos cursos, eles eram utilizados para direção dos hospitais e para organização dos hospitais. Então, era mais ou menos um curso já conhecido...

TM - Aí você ficou aqui fazendo que tipo de atividade na Campanha?

JM - Eu comecei como clínico, né? Eu comecei como clínico, na clínica fisiológica, e estava atuando na ala masculina, e... imediatamente como fui o primeiro dessa turma fui o primeiro... passei a ser supervisor (?), antes de ir para, para organizar o hospital de Aracaju. Agora tem um outro lado, por isso que eu disse que tem coisas que eu gostaria de me referir

mais neste curso junto com este curso que nós fizemos, foi o Noel Nutels que fez esse curso conosco.

TM - Esse curso foi em 51?

JM - Esse curso de 51, período indigenista... Porque ele trabalhava lá na Ilha do Bananal... na Ilha do Bananal ele notou que lá havia uma série de índios... Muitos estavam tuberculosos entre os índios carajás, e resolveu vir ao Rio, ... consultar o... para ver o que ele devia fazer... para tratar sabe? ... "Ofereceram um curso aí de tisiologia, porque que você não faz?" Então ele resolveu fazer esse curso, e nós fomos colegas desse curso. E logo no fim do curso, nós tínhamos que apresentar um trabalho de conclusão, uma "teseinha" um trabalho de conclusão de curso. E ele apresentou o trabalho de um Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas, para atendimento das populações indígenas, que naquela época se conhecia pouco da situação, da situação dos grupos indígenas. E, então, ele... como nós ficamos muito amigos, né? Ele me convidou para trabalhar com ele. Então passei a trabalhar na tuberculose na área indígena. Durante algum tempo, eu estava aqui no hospital e quando eu fazia a viagem eu fazia a viagem de lá... (?)... com ele, e voltava para o hospital. Até que depois, deixei aquele hospital e passei a fazer parte da equipe.

TM - Isso depois...

DR - Esse trabalho com ele era pela Campanha?

JM - Era pela Campanha...A Campanha é...

TM. - Fez um convênio?

JM - Fez... Na época havia SPI <sup>7(\*1)</sup> e a tese do Noel era organizar um serviço de saúde volante, para atendimento da área indígena, não só para tuberculose, mas unidades sanitárias volantes. E a gente percorria até os grupamentos indígenas, fazendo o levantamento de tuberculosos... levantamento de tuberculosos e, além disso, vacinação, enquetes de malária, uma série de coisas (?) dessa época. Então, nós, saíamos do Rio, fazíamos viagens por equipes, e voltávamos aqui para a base do Rio. Até que em 1956, o Ministério da Saúde criou oficialmente o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas, e nós passamos a fazer parte desse serviço. Mas até 1959 eu continuei nesse serviço, também aqui em Curicica, trabalhando no hospital.

TM - Como que o senhor dividia esse tempo?

JM - Porque... quando eu saía para viajar, nos intervalos da viagem eu voltava ...

TM - Quando não estava lá, estava aqui.

---

7

\*1)- SPI: Serviço de Proteção ao Índio.

JM - Estava aqui. Trabalhava lá ou aqui, tanto que eu era licenciado daqui para trabalhar lá.

TM - Era o único médico que acompanhava o Noel Nubels?

JM - Inicialmente sim, depois nós formamos cinco equipes diferentes. Mas eu gostaria depois de falar sobre o índio.

TM - Especificamente.

JM - Especificamente, porque eu acho que é um outro capítulo da história da tuberculose. Porque eu acho que meu depoimento é mais importante para vocês porque sou o único sobrevivente dessa época... e ficou muito pouco escrito. E eu tenho a impressão que foi muito importante para o índio e para saúde do índio, foi muito importante. Porque foi baseado nesse serviço é que a FUNAI <sup>8(\*2)</sup> organizou todo o serviço médico dela, baseado nessa experiência. Foi o que serviu de base. Nós que preparamos todo o serviço médico para FUNAI, para... (?) Mas isso aí eu tenho a impressão de que é um outro capítulo. E eu acho que tudo isso aí você deve ter ouvido de uma porção de gente. É uma história conhecida comum que todo mundo já dever ter... o meu depoimento pode afirmar. Agora a área indígena, muito pouca gente pode falar.

TM - E aí como foi... Quer dizer, nós vamos tratar à parte, que é a questão do índio, né? E tem o seu vínculo com a Campanha que ficou... com o índio e com o hospital em si. Como é que foi esse caminho? Vamos deixar o índio.

JM - Bem foi o seguinte; eu comecei a trabalhar com índio o e aqui, até o momento em que já o índio necessitava de um atendimento em tempo integral. Porque o serviço foi reconhecido, porque aumentava o número de unidades e o Noel não tinha condições de, sozinho, controlar a coisa e as necessidades iam aumentando, e o serviço... E eu deixei de trabalhar aqui e passei a trabalhar na rua do Resende, no Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas especificamente lá. E fiquei trabalhando no serviço de unidades sanitárias aéreas desde 59, 60, por aí até 1973. E com a morte do Noel eu assumi. Em 73 eu assumi e passei a dirigir o programa em área indígena. Mas foi nessa época que eu trabalhava na Rua do Resende e o Ministério do Interior pediu para também, além da área indígena, ficar (?), ficar dentro de outras funções lá na rua do Resende. Passei a ser examinado de atividades complementares. da campanha [interrupção da fita]

JM - Aí eu passei a ter... principalmente, porque... para continuar com o serviço na área indígena eu precisava ter apoios, que o Noel dava, e que eu não tinha. Então, ficava mais aqui do que viajava.

TM - Apoio que o...

---

<sup>8</sup> <sup>\*2</sup>- FUNAI: Fundação Nacional do Índio, criada a 5 de dezembro de 1967.

JM - Dar... a retaguarda para as equipes que trabalharem. Então eu passei a viajar menos, a ficar mais aqui, e dentro da... trabalhando com outros recursos, com outras funções... E passei então, até 1980... eu fiquei, quando o Ministério da Saúde acabou com o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. Então voltei a ser apenas... Trabalha no programa nacional...

TM - Eu queria que o senhor falasse um pouco da Campanha. Criação da Campanha, como foi a criação da Campanha...

JM - Olha, eu acho que a Campanha foi, realmente, quem permitiu a gente fazer um Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Sem a criação da Campanha, eu acho que seria impossível, a gente atingir a cobertura do programa, que hoje a gente tem. Porque a Campanha, ela se limitava a alguns hospitais, alguns poucos hospitais, e no início da Campanha ela criou hospitais, ela construiu quase que cerca de 20 mil leitos. Nós chegamos a ter 25 mil leitos de tuberculosos no Brasil. Em uma época, em o parâmetro para construção de controle da tuberculose... (?), era a construção de um leito óbito ano... Então, o Brasil foi dividido pelas necessidades de leito em cada lugar, pelo número... pela localidade. Um leito óbito por ano. Então, foi o primeiro plano da Campanha, o Paula Souza deve ter explicado isso, para que ele foi quem fez... ele complementou o número de leitos para isolamento dos doentes... para isolamento dos doentes, nessa base. Com isso que veio Curicica, com cinco mil leitos, complementando o que faltava e na rede do Rio de Janeiro. Então construiu no Brasil todo. Ele construiu leitos, ou fez pavilhões anexos aos hospitais que já funcionavam, de maneira a cobrir as necessidades de leitos que eram fundamentais. Mas como teria... ele praticamente, concluiu isso em 50, mudou completamente o tratamento da tuberculose, com a quimioterapia. Então passou a ser, a ter necessidade de um outro tipo de... porque com a quimioterapia permitiu o tratamento ambulatorial e... Foi uma fase de transição, em que se fazia tratamento difásico, na primeira parte não tem nada, na segunda parte já em laboratório... Até a gente chegar à década de 70 e... foi provado principalmente com a experiência(?), a possibilidade do tratamento ambulatorial, subjugado de melhor rendimento, o tratamento ambulatorial, em relação ao hospitalar. Então, o hospital passou a ser retaguarda, ele que era o centro da luta, passou a ser, o hospital, um órgão de retaguarda. E com a evolução do tratamento... a existência de tratamentos novos, quimioterápicos, etc. passou a ser possível, passou a ser possível, a implantação de unidades gerais de saúde. Passou a ser possível tratar a tuberculose em unidades gerais de saúde. E até internação, em hospitais gerais, em vez de hospital especializado. E, então se fez o segundo Plano Nacional de Desenvolvimento, se fez o primeiro plano quinquenal que foi feito... o Programa de Controle de Tuberculose, pelo professor Santos Neves, que era a implantação em todo Brasil, de unidades gerais de saúde. Para isso, o segundo Plano de Desenvolvimento, destacou uma verba muito grande para a tuberculose. Isso permitiu a implantação dessa rede, porque até então... Como houve essa mudança do tratamento hospitalar, para tratamento dispensaria, surgiu um problema, um dilema, que 80% do pessoal, e 80% do dinheiro que saía de tuberculose, estava investido no hospital, e menos de 20% nas unidades. Então, você não poderia aumentar as unidades, o número de unidades, porque ... o dinheiro estava (?). Não podia acabar com o hospital, porque ainda não tinha a rede. Foi com isso que se aumentou a rede. Se aumentou a cobertura a partir de 75, e começou a se fazer um o Programa Nacional de Controle da

Tuberculose, dentro desse 2º Plano Nacional de Desenvolvimento. Foi o que permitiu essa cobertura ampla, e essa expansão que o programa teve.

DR - Quando o senhor diz aumentar, é a rede, dispensaria, ou...

JM - Não, não.

DR - ...Ou inclusive os hospitais?

JM - Não aumentar as redes em unidades...quer dizer integrar o controle da tuberculose em unidades gerais de saúde. A rede de atendimento...

TM - Mas fortificando a parte dispensaria...

JM - Não, não há dispensário. Quer dizer... não há... Sem necessidade.

TM - Não, ambulatório, não no dispensário, no ambulatório.

JM - No ambulatório, quer dizer, a idéia é unidade geral tratar a tuberculose como qualquer uma outra doença.

DR - No centro de saúde?

JM - No centro de saúde.

DR - Ter o atendimento à tuberculose integrado ao serviço.

JM - É, apenas...(?). Desde a análise do posto de saúde mais simples, até o mais complexo. De maneira que era utilizado num sistema de referência, contra referência. Então, esses considerados antigos, dispensários. Seriam unidades de apoio. Unidades de apoio à rede, unidades preparadas para dar diagnósticos. Quer dizer... de complexidade que seria de pneumologia... transformar em pneumologia(?)

DR - Agora deixa eu te perguntar... Os antigos dispensários, tornaram-se de unidades de referência, para unidades gerais de saúde, que integraram o atendimento à tuberculose. Aí a Campanha criou novas unidades gerais de saúde? Não?

JM - Não. Ela implantou.

DR - Implantou o Programa nas unidades já existentes?

JM - Nas unidades já existentes nas redes estaduais. Agora, ele não passou... o dispensário passou a ser unidade de apoio. Desapareceu a figura dos dispensários.

TM - Dos dispensários.



JM - Passou a ser um centro de saúde...

DR - De referência.

JM - ...de referência. Que tinha condições melhores para diagnóstico referencial nos casos mais difíceis.

TM - Os profissionais que estariam nos dispensários, nesse momento, foram absorvidos pelos centros de saúde?

JM - Não, não foram.

TM - Como foi... (?)

JM - Bom, foram sumidos, desapareceram. Como a rua do Resende, tinha 1 dispensário, não existe, agora existe pneumologia.

TM - Tá, mas os profissionais que estavam nos dispensários foram parar onde? Nos centros de saúde?

JM - Nos centros de saúde. Porque a implantação disso foi muito difícil, não foi muito fácil. Contando da reação, de uma série de coisas, da especialização e tudo isso. Então, a estratégia utilizada foi a seguinte: você deixou como estavam os dispensários... e os dispensários eram alimentados pelo pessoal que vinha do êxodo, do pessoal do interior para capital, para tratar nos dispensários, você passou a tratar no interior. Então a gente passou a se preocupar, de implantar no interior. Isso aos poucos, foi esvaziando os dispensários... Então eles passaram a realmente atender o pessoal da sua área, e não mais aqueles que vinham de outros lugares como unidades especializadas. Ele deixou de ser unidade especializada.

TM - E os hospitais, o professor Raphael nos falou... frisou bastante...

DR - Só uma coisa ainda sobre a implantação do programa nos centros de saúde. Houve muita diferença no controle da doença de um estado para outro?

JM - Ah, houve.

DR - A aceitação... a unidades maiores.

JM - Ah, houve, houve principalmente pelo seguinte: onde as redes eram mais integradas... o Rio de Janeiro até hoje não está integrado. O Rio de Janeiro, até hoje, continua com suas unidades dispensarias. Eram apenas dispensários, dispensários isolados, sozinhos, embora não faça parte dessa administração, que não tenha mais... que não seja nenhuma unidade isolada, uma da outra, como era, ele ainda é uma coisa especializada. Quando a gente

achava que o SESP<sup>9(\*3)</sup> que havia no Brasil todo... (?) atendimento especial, que qualquer médico tratasse de tuberculose. O correto seria isso. Clínico não tem especialização. Mas, isso é claro, nos grandes centros, onde havia um número maior de especialistas, eles não queriam perder o *status*. Então, até hoje acontece que no Rio de Janeiro, se existem 27 centros, são centros de, de atendimento. Aqui não se nota muito, na cidade do Rio de Janeiro, porque eles são centros de saúde grandes. Mas, por exemplo, lá em Caxias que tem uma unidade, central que era onde estava o antigo dispensário e tem oito unidades no município que são postos de saúde, ninguém trata... só na central. Quer dizer... em vez de tratar cada um próximo de sua casa, que ele fosse medicado próximo da...

DR - E o senhor acha que isso é o próprio especialista que resiste a isso?

JM - Isso, durante algum tempo, foi o especialista quem assegurou, hoje os especialistas estão acabando. Mas ainda persiste o pneumologista, ocupando aquele espaço e ainda por tradição. Como houve uma reforma, como houve... O programa não fez o treinamento correto. Como é o programa do Rio de Janeiro, que não é segredo para ninguém, tem os piores programas do Brasil, porque... não houve essa descentralização que seria necessária. No início era a reação de alguns especialistas. Mas que os especialistas estão acabando... os especialistas estão acabando. Mas continua a mesma... aquela idéia de que aquela unidade tinha que ser especializada, uma unidade independente... [interrupção da fita].

## Fita 2 – Lado B

TM - Sim. O professor Raphael quando criou a Campanha, o projeto dele era de que conseguisse ter um controle de forma que o hospital tivesse um tempo limitado. De que a Campanha não seria para sempre. Seria uma Campanha até que o controle fosse atingido e então entrasse numa rotina, os hospitais foram construídos de forma. assim meio precárias, né? Assim que os hospitais tivessem uma estrutura tivesse uma física...tivesse uma estrutura física, que sobrevivesse, ao longo dos anos, né? E esses hospitais, como o hospital aqui da Campanha, acabaram sendo absorvidos pela rede e transforma em hospitais gerais. Como ficou esse debate diante de ser uma estrutura provisória, e que de repente ela já era mais uma estrutura provisória.

JM - Isso criou problemas muito sérios, primeiro em função da deterioração que era esperada, essa deterioração, e segundo da própria estrutura do hospital, que era feita para doenças crônicas e passou a ser para doenças com um tipo de enfermagem diferentes, necessidades diferentes. Quer dizer, foi feita essa adaptação. Então, essa mudança, foi mais sentida nos hospitais grandes como o Curicica, e os menores foram mais facilmente readaptados para, para hospitais pequenos. Mas os hospitais grandes, cada um que saía, e estava funcionando com 20% de sua capacidade... E o menor, que devia ser feito desse hospital -- e isso foi feito, foi planejado, mas não foi aceito porque não compensava muito -- deu vários hospitais e construiu um menor. Porque se você for reformar isso, fica mais

9

\*3)- SESP: Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública.

caro do que você fazer um novo. Então, era muito mais vantagem que se colocasse um hospital novo no lugar. E tem vários estados em que isso acontece. E outros estão sendo remendados, sendo remendados e funcionam alguns pensaram até em utilizar como hospitais terminais, que tivesse uma necessidade menor de assistência, de enfermagem... Quer dizer, menos complexidade. Porque a complexidade de um sanatório, de uma doença crônica, é diferente de uma estrutura de uma clínica. Então andou-se fazendo remendos, mas sempre teve remendos. Mas realmente, o que deveria ser feito, nesses hospitais grandes, era transformar. Houve até uma vez mesma proposta, que achava que teria sido melhor... (?) O Exército propôs, uma certa vez, ficar... ficar com o hospital de Curicica, para fazer um quartel... [interrupção da fita].

JM - E que havia uma proposta inclusive de o Exército construir um hospital pequeno, menor e ficava com esse aqui para montar... um quartel. Ia ficar muito melhor para quartel do que, realmente para hospital. Esses hospitais monstruosos, pavilhões assim, que não tem tamanho. E infelizmente isso não foi aceito. Teria sido uma boa solução, mas... (?)... e a necessidade de leitos sempre pode dispensar...

DR - Isso que eu ia perguntar... Quer dizer, ele como hospital geral, ele não atende uma demanda da população? Quer dizer...

JM - Atende.

DR - Faria diferença se derrubasse esse hospital, se fechasse o hospital?

JM - Não, atende, mas o custo operacional para você manter o... para você primeiro transformar...

DR - Por ele ter sido construído para hospital de crônicos.

JM - Para o hospital de crônicos. Para você transformar um hospital de agudos, para hospital de clínicas, ou pronto socorro, o que seja, você teria que fazer modificações tão grandes, e tão caras, e dentro de uma estrutura que foi feita, como foi o hospital de campanha... Quer dizer, com estrutura não muito rígida... Quer dizer, o trabalho, o custo operacional, seria melhor você fazer um hospital menor de unidade... Mas o que consola é que os outros... Porque se ele não está conseguindo chegar a ser igual aos outros, os outros é que estão chegando a ficar igual a ele. Qualquer dia todos os outros serão sucateados como ele, toda rede vai ser sucateada. Se (?) Está tudo sucateado. (risos)

DR - (?) (risos)

TM - E o hospital Santa Maria, nessa discussão dos hospitais... o senhor sabe que o grande pepino hoje em dia, né...

JM - O que houve foi o seguinte. Houve um mal-entendido, um mal entendido em termos das necessidades de leitos que realmente (\*) dos leitos é uma, necessidade que mudou a ótica do tratamento. Mas tinha que ter um hospital que suprisse a necessidade de consumo.

Quer dizer, nessas tentativas ... Pelo menos...muita gente imagina, em torno de 10 a 15%, do total de doentes descobertos por ano, que necessitariam de internação, durante a fase, não para tratamento, mas para aqueles casos que fossem indicados. Casos cirúrgicos, e decorrências hemortises, e doenças que não tivesse condições de tratamento dentro de casa... e são essas coisas...

DR - Causas sociais, né?

JM - Tudo por causa... Não, causo social é discutível, são causas... Não utilizo, a tese das causas sociais... Porque tem-se os hospitais hoje, não para tratamento do doente por um longo prazo... durante todo o tratamento, quando necessita de internação, ele vai resolve o problema agudo, e volta com hemoptise ... Quer dizer com um tempo de permanência médio de 15 a 30 dias. Mas no caso social aí, vai cair numa outra coisa, ele não vai poder curar o caso social em 15 ou 30 dias. Ele vai ter que passar o tempo todo lá, o tratamento inteiro. E além do tratamento inteiro ele ia ficar mais, mais tempo porque ele continua um caso social...

TM - É.

JM - Então, São Paulo fez o seguinte; hospitais primeiramente atendem os casos sociais, eles fizeram assim tipo de casas, de casas tipo abrigo. Quer dizer, hospitais de pouca rotatividade. Mais revisões para esses casos sociais. Por exemplo, uma doméstica que ficou doente, uma babá ficou doente, e o patrão não quer, é do interior, não tem para onde ir, ou o alcoólatra, o marginal...Esse tipo de esse tipo de seguimento que caracteriza mais como caso social. Que em hospital de tuberculose não ia resolver o problema (?) ...o tratamento dele todo.

TM - Mas a permanência no Santa Maria é maior do que o necessário. Quer dizer, a grande crítica que eu ouvia na secretaria de saúde, quando lá estava, principalmente encabeçada pela Cristina Paurigartern, era de que a internação lá, era uma internação muito longa.

JM - É, exatamente porque... fugir disso...

TM - Acabava sendo uma internação social.

JM - Acabava sendo uma internação social... Porque como eu ia dizendo o Rio de Janeiro, não mudou, porque os seus hospitais já dentro dessa nova função, dessa nova atividade, quer dizer, seria um hospital de retaguarda... hospital de retaguarda. Então, ele foi sucateado e... tinha leitos demais, acabou com mais leitos do que o necessário. Então, o que acontece com o Santa Maria hoje? Acontece que o doente que vai para o Santa Maria, o doente vem de todo o Rio de Janeiro, porque não tem outro lugar para internar, trazem para o Santa Maria, ele cai ali e não tem como ir embora, e não tem nem para onde mandar. Então é caso social, e casos terminais. Quer dizer, estava morrendo, vai morrer na rua, manda para o Santa Maria. Então, eu acho que o programa, no Rio de Janeiro, deveria equacionar bem a suas necessidades de cada tipo. Quer dizer, inclusive hospitais do interior também. Eu acho que houve um excesso ao acabar com os leitos. De 25 mil, nós passamos

hoje para dois mil, quando dois mil seria pouco em termos de Brasil. Então a falta de leitos...

TM - No Rio nós temos quantos leitos?

JM - No momento, me parece que só existe o Santa Maria e o... hospital de Niterói... ali no Barreto, ali no Barreto. Me parece que são os dois. É muito pouco para o Rio de Janeiro...

TM - Esse aí, quanto é, em termos de custo?

JM - Isso em...

TM - Em termos de leitos, quantos, para tomar conta desses dois nos hospitais?

JM - Isso eu não tenho... no momento eu não sei. Mas eu tenho a impressão de que é muita coisa na cidade, porque há já, há uma pressão para internação, aqui mesmo em Curicica há uma pressão.

TM - Mas nos hospitais gerias internam tuberculosos?

JM - Muito poucos.

TM - Mas deveriam?

JM - Deveriam, deveriam. O problema é que não houve, não houve um trabalho bem feito nesse sentido. Nesse sentido de que havia de se adequar os hospitais para isso. Quer dizer, o estado, o estado, porque eu acho que não é só em tuberculose, em toda a saúde do estado, parece que não houve assim uma, uma (?) um planejamento.

TM - Queira que o senhor falasse um pouco sobre a administração da Campanha. Já falamos do Raphael criando a Campanha... Como foram as outras administrações da Campanha?

JM - Olha eu...É um pouco difícil... A gente pode falar assim em marcos..., em marcos. Eu acho que o primeiro marco foi o Raphael criando a Campanha, né? Foi o marco mais importante para essa criação. Depois nós tivemos um outro marco que foi o Aldo Vilas Boas, que foi padronização da medicação em meios brasileiros. Logo que se iniciou, ... que apareceram os quimioterápicos, ficou uma euforia, todo mundo achando que ia acabar com a tuberculose, ia acabar com a especialidade, que tudo se resolveria rapidamente -- foi a mesma coisa com a penicilina em doenças venéreas -- que vai acabar com a especialidade, com a... Mas, aí passou-se a utilizar os remédios, os remédios nos quatro primeiros anos. Passou-se a utilizar os remédios, cada um fazendo um tipo de esquema diferente. Então tinha uns que usavam dois, e deixaram um... E aí começou a surgir um fato novo. Porque você diminuiu rapidamente a mortalidade, mas a incidência não diminuiu. E começou a aparecer um problema mais sério aí, quer dizer, era a resistência às drogas. Começou a aparecer doentes resistentes, e chegou no Rio de Janeiro, até 25% dos doentes, já eram

inicialmente resistentes. É a população bacteriana que passou a ter... Esse foi um problema não só no Brasil, foi um problema mundial. Então, se fez experiências internacionais -- o Brasil participou de várias delas -- para fazer esquemas, combinações de esquemas de remédios que não permitisse a resistência bacteriana. Porque em cada cepa de uma população bacteriana, um determinado número de germes são sensíveis a hidrazida, outros germes seriam sensíveis, geneticamente já sensíveis, outros ao PAS. Então, se você fizer a imunoterapia você mata os sensíveis à bactéria e acaba com a população toda resistente a um determinado... Mas como aquele que não é, que é resistente a um, não é resistente a outro, se você fizer uma combinação de quimioterápicos você chega a um esquema, que você mata uma população toda sem criar resistências. Porque aquele em que a estreptomicina não mata, a rifampicina mata etc... Bom, isso aí... Então, se sentiu a necessidade nessas experiências... foram criados os esquemas padronizados atendimentos por esquemas (?), estabelecendo o cinco: normas básicas, para a quimioterapia uma de nunca fazer uma, só droga, fazer um esquema com pelo menos três drogas: Segundo postulado, é que por tempo suficiente, quer dizer, teria que ter um mínimo de tempo para que a pessoa tomasse, porque tinha um que era apenas bacteriostático e você acabava de dar o remédio, não voltava para o próximo e... com tempo determinado. E o outro, era que em doses corretas, em doses corretas, e numa só tomada. Bom, com isso aí, então, se chegou operacionalmente a um esquema. E no Brasil ainda com dificuldades foi quando a comissão técnica, uma comissão técnica criada pelo Aldo Vilas Boas, que percorrendo o Brasil inteiro conseguiu implantar... implantar o esquema padronizado. Foi o primeiro esquema padronizado. Acho que foi um marco muito importante. E outro que nós destacaríamos depois desse, seria o do Santos Neves que implantou o Programa Nacional. Aí deixou de ser aquelas atividades isoladas e, implantou um programa em todo o Brasil, e ao mesmo tempo. Foi o que aumentou a cobertura, a cobertura antes era... apenas 10% dos municípios tinham unidades que tratavam de tuberculose. Hoje tem 95% do município tratando tuberculose. Foi esse programa que ele implantou.... E o outro seria o Almir Gabriel, que estabilizou esse programa e iniciou o tratamento de curta duração. E na década de... na última década o germano (?), que conseguiu estender a todo o Brasil esse esquema, nesse Programa que hoje é nacional e se fala a mesma linguagem. E a partir daí...

TM - E aí então, voltando um pouquinho. Como foi a recepção da quimioterapia padronizada? Através de muita polêmica? Como foi essa polêmica?

JM - Foi muito polêmica, porque os médicos... Aquele conceito do direito do médico de escolher o que ele quisesse, de aceitar o que eles usavam. Ele não aceitava aquilo, que fosse dado um esquema, imposto um esquema, como médico não poderia aceitar o que quisesse, e como quisesse, isso foi um dos aspectos. Um outro aspecto, um outro aspecto, foi de toxicidade diferentes. Cada um queria ter... seria melhor esse, seria melhor aquele, seria melhor aquele outro... Então, essa comissão técnica... Era feita como uma cruzada no Brasil inteiro. Foi em cada estado... o Magarão, o Hélio Fraga, o Aristides, o... Vilas Boas. E discutiam na sociedade médica, discutiam com todo mundo. E aí podia então debater, debater esses esquemas. Porque daí surgiu um problema, porque já havia uns grupos crônicos, muitos doentes crônicos. E essa aí então, não afetaria nada, não adiantaria dar nada para o crônico que iria... Então, estabeleceram -- a polêmica maior foi essa --, eles estabeleceram, isso é para doentes novos, aqueles doentes novos...

TM - Padronização.

JM - É, ficavam apenas tomando hidrazina, até que outras medicações de segunda linha, esquema de segunda linha, que eram muito pouco eficazes, muito tóxicos... raros os...

TM - Quais são os de segunda linha?

JM - Naquela época tinha... (?), ou (?), ou... Uma série de medicamentos... mas muito difíceis de serem...

TM - Qual é a ação desses de segunda linha, sobre o bacilo? Qual é a ação deles?

JM - Tinham uma ação menor, do que esses outros que eram mais novos, A hidrazina era mais novos, a estreptomicina e o PAS, que eram chamados de primeira linha. Então o problema era esse: o sujeito já era crônico, e tinha resistência à estreptomicina, você ia dar esse esquema, quer dizer, ele ia ficar só com a hidratana e o PAS, e acabaria resistente aos dois outros, compreende? Até que veio a aparecer a rinfamicina que passou a ter... porque esses outros eram bactericidas, eram bacteriostáticos ou bactericidas, quer dizer, o PAS era bacteriostático, a hidrazina era bactericida, mas não eram esterilizantes. Porque havia esterilizantes. A primeira ...

TM - Qual era o papel do esterilizante?

JM - Você mata o bacilo que tem...

TM - Sim.

JM - Mas você não esteriliza a lesão toda, ficam resíduos, bacilos residuais, que podem amanhã voltar...

TM - Então, os medicamentos tanto bacterostáticos quanto bactericidas, eles não garantem 100% da esterilização?

JM - Na época a recidiva era maior. Porque você... caindo as condições imunológicas por qualquer motivo, a possibilidade de recidiva, era maior do que atualmente, com essas novas. E por isso que os esquemas puderam ser encurtados, porque era... Os antigos sempre davam tempo maior para você determinar com toda...

TM - Os Esterilizantes(?)

JM - Ah, alguns tinham... principalmente a rifampicina. E outros novos... (?), uma série de... (?) Mas, por isso aí... Veio esse primeiro esquema, esse primeiro esquema que foi em 64, por aí, foi implantado. E depois o esquema encurtado, que foi a partir de 59 e que durante toda a década de 80 se utilizou(?). E agora, a gente tá partindo para produção de um outro tipo de esquema. Eu acho que esses foram marcos, não tanto ligado a pessoas,

porque foi o Aldo Vilas Boas que aconteceu, mas isso vinha de um processo. Como foi o Almir que concluiu, mas era um processo. Então era um trabalho de algumas gerações, ninguém inventou nada. Mesmo porque sempre houve uma Comissão Técnica que sempre ditou técnicas, normas para Campanha, normas técnicas para Campanha e até hoje, nós temos comissões peritos. E nada do que é decidido é individualizado. Não é porque o Germano quer, não é porque o senhor ministro quer... Todas as normas nossas, sempre foram feitas passando pela comissão de peritos, elas sempre foram aprovadas em comissões de peritos. É diferente de outros programas em que o diretor resolve segurar a...

TM - E o senhor sentiu em algum momento ... alguma crise financeira na Campanha. Em algum momento desses aí? Que a campanha sofreu financeiramente, suas verbas foram...

JM - Não a Campanha, a Campanha era sempre... ela nunca teve recursos em excesso. Ela sempre fez... Nunca faltou recursos em época nenhuma, em função da racionalização da utilização de recursos. Quer dizer, uma das características da Campanha é que sempre que ela vai implantar uma norma, ela procura racionalizar o recurso, e não racionalizar a pobreza. Ela racionalizava o bom uso dos recursos. Por exemplo, nós utilizamos, o melhor, o esquema, e o mais caro esquema, (?). Agora como se conseguiu esse dinheiro a mais, não.... Ela foi diminuindo os custos com internação, foi diminuindo os custos de internação tratando melhor os doentes no ambulatório. Quer dizer, foi possível a ser tratado. Outra coisa, você centralizava a Secretaria, para você integralizar o programa. Antigamente era por ações paralelas; secretaria de saúde tinha o seu programa, INAMPS tinha outro programa... o... Ministério da Saúde tinha outros, e cada um tinha programas... Estados ricos, com programas ricos, e outros estados com programas pobres. Então houve uma racionalização dos recursos, e uma, e descentralização e uma indicação por programa. Quer dizer, hoje o programa é financiado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde, Secretaria Municipal etc. Mas toda a organização em termos nacionais, em termos nacionais. Então não há mais aquele paralelismo de ações que davam um desperdício de recursos. Quer dizer, não há mais ações competitivas. Quer dizer, são todas coordenadas e ordenadas. Por isso o programa nunca faltou, a não ser quando sua excelência, seu Alceny Guerra <sup>10(\*5)</sup>, resolveu... acabar com as Campanhas. E, aí...(?) ...até hoje estamos tentando, até hoje nós estamos tentando, refazer, refazer. E a gente sabe que causou problemas sérios e ainda vai causar problemas sérios... Inclusive há mais de um ano que não se compra remédios para tuberculose. E a idéia agora... parece que a UNB está (?), querendo processar o seguro, por colocar, em risco a vida do tuberculoso. Quer dizer, o Ministério se ocupando comprando Toyota, sem comprar medicação para tuberculoso.

DR - Bicicletas e guarda-chuvas...

JM - É... aliás o Jô Soares, outro dia, disse que achava que o Brasil devia montar o museu da corrupção (risos). Quer dizer, botar uma bicicleta, um tijolo do Acre... (?) (risos).

TM - Ia ter a maior platéia (risos). [interrupção da fita]

10

\*5)- Alceny Angelo Guerra: Ministro da Saúde de março de 1990 a janeiro de 1992.



TM - Bom, então, eu queria saber o seguinte; quer dizer, a Campanha, a Campanha e a Divisão. Campanha, Divisão e verbas, como era essa, essa relação?

JM - Bem, o problema era o seguinte; quando o Ministério da Saúde deixou a capital e foi transferida, e a sede da Divisão foi transferida para Brasília, a idéia da Divisão, embora tenha ficado em Brasília muito tempo, a idéia da Divisão era um órgão pequeno. A Divisão de Pneumologia, era um órgão público pequeno, mas com pouca possibilidade de empregos, de recursos.... E as Campanhas, as três campanhas, sempre foram utilizadas -- como todos os ministérios tem -- como uma porta dos fundos, para entrada no ministério, quem queria ser nomeado... Por isso eles não tinham... (?), essas Campanhas. Quer dizer, pelas portas dos fundos se nomeava as pessoas. E se pensava... (?) ...em Brasília se nomeava para a Campanha... [interrupção da fita]

Data: 09/07/1992

### Fita 3 – Lado A

TM - Entrevista com o Dr. José Miranda fita número três. Falávamos sobre a Campanha e a Divisão em relação à essas verbas que... (inaudível)

JM - Então a campanha como a Divisão, era um órgão que teve que...(?) em Brasília, sem condições de atingir todo o território nacional. A campanha era um órgão executor. Então, através de convênios como o INAMPS, convênios com a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, ela passou a atuar, ela passou a atuar como um órgão de coordenação do programa, um órgão de coordenação de programa nacional. Então, fazia supervisão, supervisão em equipamentos, pesquisas, todas essas coisas, dando apoio técnico-científico, ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose. E podia repassar através da... e podia repassar através do Ministério da Saúde da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. E depois quando simplificou o Programa, através desses convênios que fazia a Secretaria de Saúde, INAMPS, e Ministério da Saúde, que era dirigido pela Campanha Nacional. Quer dizer, era utilizado pela Campanha.

TM - Agora a Campanha. Quer dizer, a estrutura básica dela, demanda uma facilidade maior de recursos, de verbas, não?

JM - Exato, essa...

TM - ... de utilização da verba...

JAM. - Como ela era uma autarquia, permitia maior flexibilidade na aplicação dessas verbas. Foi por isso que a estrutura rígida do Ministério da Saúde, que não permitiria isso, deu a Campanha fazer isso. Foi o que permitiu esse desenvolvimento todo do Programa. Porque tem uma facilidade maior, e não lida com verbas orçamentárias, lida com verbas extra-orçamentárias na sua condição de autarquia. E não um órgão de administração direta, porque ela é muito rígida... o plano de aplicação de verba. O órgão de administração direta é muito rígido. E esse convênio, foi uma forma de se conseguir o viabilizar o... (inaudível) Programa Nacional.

TM - E inclusive facilitava essa contratação que o senhor disse que era até utilizada...

JM - Contratação de pessoal que passou a ser utilizada, (?) mas sem isso nós dificilmente... poderíamos fazer o Programa Nacional atingir um mínimo de recursos. [interrupção da fita]

Continuação da entrevista do doutor José Nunes Miranda, dia nove de julho de 1992.

TM - Nós vamos começar a entrevista de hoje, conversando sobre o trabalho com o índio, né? Com o Noel Nutels. E o senhor estava falando como conheceu o Noel Nutels. Eu queria

saber como é que o Noel Nutels trabalhava com índio? Como é que ele entendia a questão do indígena?

JM - Bem, Noel inicialmente... (ruído ao fundo) (?), um pouco do passado, pra saber o problema, pra entender o problema da tuberculose no mundo. Quando na época do descobrimento, o índio brasileiro não conhecia a tuberculose. Era doença trazida com a descoberta. Mas na época, alguns fatores conspiraram contra o índio, e o problema da tuberculose. Um deles era o seguinte: é que a na época, como não havia muita medicação, uma das medicações antes que havia para o tratamento de tuberculose, eram as viagens marítimas. Que curariam a situação da tuberculose, as viagens marítimas. Outro era o clima do Brasil. O clima do Brasil que era completamente diferente de Portugal, clima tropical... e se faria sentir melhor... o tuberculoso se sentir melhor. Isso foi... ocasionou a vinda de um grande número de tuberculosos para o Brasil. E passando tuberculose pro Brasil. E isso foi muito importante em termos dos missionários. Os missionários que vieram para o Brasil, quase todos os primeiros missionários, eram tuberculosos. Então, aproveitavam para mandar para o Brasil, para fazer a catequese, aqueles poderiam também se beneficiar com o clima do Brasil. Existe até na história, cartas de Anchieta, que era um tuberculoso, tinha tuberculose, Mal de Koch... (?) E ele... recomendando que mandassem os irmãos doentes, porque podiam se beneficiar, aqui da situação do clima no Brasil, do clima... E mandassem aqueles que eram presos em masmorras, em Portugal era frio etc., que seria beneficiado. E quase todos eles, o Luiz Manoel de Nóbrega, e quase todos os primeiros missionários eram tuberculosos. Isso foi um problema sério pro índio, que além da tuberculose, além dos missionários que eram tuberculosos, que eram... (?)... Portugal aproveitou para mandar a sua remessa de doentes para cá. Isso causou um impacto muito grande na população indígena que era... (?), não conhecia a tuberculose. Aí, inclusive, há na história a primeira escola, o relatório de fim de ano, da primeira escola feita no Brasil por missionários em ...(?), ela mostra que... no relatório de fim de ano, que os índios eram muito inteligentes, absorviam bem todos os ensinamentos, mas infelizmente, no fim do ano, todos tinham falecido de pleurisia. É claro dentro de uma cabana fechada, com temperatura alta... com temperatura tropical... aquilo era uma estufa em que se desenvolvia o bacilo. E a contaminação era muito grande, e acabavam todos tuberculosos. Isso durante o primeiro século, foi um verdadeiro... massacre... Grande parte da mortalidade indígena no Brasil se deve à tuberculose, e houve verdadeiras epidemias... Algumas registradas na história, e outras não. Há por exemplo, registro dos índios Carajás, que eram cerca de nove mil guerreiros, em menos de dois anos, em menos de dois anos eles ficaram reduzidos a 800 índios...os outros morreram de tuberculose. E eles descrevem como uma doença em que morriam botando sangue. Descrevem bem, caracterizando a tuberculose. Teve até interessante, um fato interessante, é que em 19...antes da descoberta da transmissibilidade da tuberculose, o índio já suspeitava que a tuberculose era trazida na bagagem dos portugueses. E até alguns índios se negavam a conduzir a bagagem. Se lhes pedissem pra carregar as bagagens, eles se negavam, porque dali tinha aquela doença que era fatal. Na verdade, é que durante todos esses anos, todo esse século as populações indígenas foram sendo dizimadas pela, pela... (?). Agora, mas isso não é um fenômeno nacional... isso toda a população... O índio quando entra em contato com a tuberculose ele tem uma fase epidêmica, uma fase endêmica. Isso aconteceu por exemplo, na guerra de 14, quando a França mandou buscar africanos. Eles, quase todos, quando chegaram pra guerra,

morreram em Paris com tuberculose, por causa da pouca resistência adquirida, que possuíam. Agora isso fez com que nós chegássemos até este século, o comecinho da história, mas sem nenhum tipo de providência, que a gente pudesse fazer... que fosse tomada por lei. E já se conhecia, em torno de 1950, por aí 40, 50, se sabia, se conhecia que a grande incidência de tuberculose na área indígena. Mas nada tinha sido programado, ou feito, em função de algum tipo de... para aliviar a situação de tuberculose no índio. Tinham, alguns cadastros de... Mas muito pouco cadastros. Não muito conclusivos, ...alguns cadastros torácicos, mas na história em referência tem muito pouca coisa. Foi na década de 40, que o Noel foi nomeado médico da Fundação Brasil Central e que tinha um programa médico... E tinha como função, de promover o desenvolvimento do Brasil Central, da área do Brasil Central. E como um dos objetivos dessa área...

TM - Era na década de 40?

JM - Na década de 40. Um dos objetivos dessa, Fundação, era traçar uma rota aérea... Que o Brasil, fosse do Sul ao, ao Amazonas.

TM - A expedição do Alto Xingu?

JM - É a expedição do alto Xingu... foi uma das expedições da Fundação do Brasil Central. E nessa... traçar uma rota de aviação... Era difícil o tráfego aéreo pelo interior do Brasil. E o Noel foi como médico. Na época, ele... teve preparação pra malária, perito em malária, que era a doença mais importante na área, no... local. E lá teve contato com o Vilas Boas, quando ele estava começando a sua vida, em termos de gerência dessa Fundação... E havia uma base na Ilha do Bananal, abaixo da Ilha do Bananal, em Xavantim, no local chamado Xavantim. Nessa base, perto dessa base... que era nas margens do Araguaia... no Rio das Mortes... o Rio das Mortes que é um afluente do Araguaia, começou vir muito Carajás vindo da Ilha de Bananal com tuberculose. E o Noel percebeu então, que um dos problemas principais não era, exatamente, só malária. Talvez fosse a tuberculose um dos grandes problemas na área, que precisava ser... Por isso, ele resolver vir ao Rio consultar especialistas, na época... o Edmundo Blundi que era Policlínica do Rio de Janeiro. E o Edmundo Blundi, então aconselhou, que ele fizesse um curso da Campanha Nacional Contra Tuberculose, que estava começando a se iniciar, um mês depois... O curso só ia ser em 51. Foi nessa época que eu conheci o Noel, porque foi... Também fiz esse curso... Fui diplomado em 50 e fiz o curso em 51, porque pretendia continuar na especialidade, uma vez que toda a minha vida, foi assim, em torno de tuberculose. Quando nos conhecemos, no final... todos nós tínhamos que apresentar um trabalho de conclusão do curso, sobre... sobre uma das atividades da tuberculose. Eu fiz uma tese sobre o BCG. O Noel apresentou um projeto da criação de um Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas para a área indígena em que se faria uma base na Ilha do Bananal -- que é o centro do Brasil Central -- e a partir daí equipes volantes passariam a percorrer as aldeias, fazendo os... Fazendo em parte uma unidade sanitária... Fazendo unidade sanitária, não só específico de tuberculose, mas também teriam um levantamento de tuberculose. Bom...

TM - Antes desse projeto do Nutels é... Uma pergunta. Existia algum tipo de atendimento médico? Como é que era feito? Nessa mesma expedição?

JM - O atendimento era da Fundação para os operários da Fundação...

DR - ... Então a expedição ia passando... ela ia atendendo.

JM - Mas era dirigida aos empregados da fundação, aos operários da fundação, não ao índio. Apenas eventualmente o índio procurava quando estava doente nas proximidades da aldeia, eles procuravam os serviços médicos. Mas não organizado era apenas de assistência humanitária. Porque o Serviço de Proteção ao Índio (\*), que na época, era o órgão que cuidava do índio, não tinha um serviço de saúde organizado em termos de Brasil. Em termos de Brasil, ele só tinha um médico, só tinha um médico que era em Brasília. Embora eles tivessem, dezenas de veterinários pra tomar conta do rebanho... não havia nenhum serviço organizado.

TM - Então qual era a atribuição do Nutel originalmente na expedição como indigenista?

JM - Ele não era como indigenista. Ele era como o resto da Fundação, para atendimento dos trabalhadores da Fundação do Brasil Central.

DR - Essa Fundação é pra abrir estradas?

JM - É. Era pra promover o desenvolvimento regional. Era promover o desenvolvimento regional. E um dos objetivos era abrir estradas, aeroportos que permitissem essa entrada. E é claro era um... eles estavam em um território que havia muito contato com os indígenas, etc., E eles passaram a procurar os doentes. Foi quando os Vilas Boas resolveram se desligar... se desligar da Fundação Brasil Central e se dedicar a causa indigenista. E fizeram um esforço... reunir a... (?), área indígena etc.

TM - Os Vilas Boas sediaram...(?)

JM - Sediaram, inicialmente em Xavantim e depois de Xavantim eles foram mais além do rio Xingu né? Foram exploradores do Xingu.

TM - E eles tinham alguma coisa a ver com essa proposta do Nutels de unidades aéreas?

JM - O Noel Nutels trabalhava com ele, e... A idéia, do Vilas Boas... porque houve uma certa coincidência, porque eles chegaram no Xingu... eles passaram do Araguaia pro Xingu... No do Xingu, eles tiveram contato os índios Kalapala.

TM - Índios o quê?

JM - Kalapala, um grupo de índios Kalapala. E eles ficaram sabendo que tinha havido ali um outro grupo chamado iolapeti que ele tinha sido dizimado por... por epidemias de gripe, sarampo etc. Que tinham morrido quase todos os homens, que o grupo estaria em extinção. E outros grupos da região... outros grupos da região -- em torno de 8 ou 10 grupos que viviam, mais ou menos, na região -- eles... Cada um pegou mulheres e crianças, desse grupo

que estava em extinção, e adotaram mulheres e crianças... Levaram para suas malocas. Isso deu... Aconteceu um fato social interessante, que com essa divisão, esses índios Iolapeti eles passaram a conviver com todos os grupos. E eles se visitavam... eles se visitavam. Então, ela passou a ser um tecido conjuntivo daquela sociedade indígena que vivia em torno, em que... O Vilas Boas, planejaram o seguinte: refazer esse grupo que tinha... através desse grupo entrar em contato com todos os outros. Porque todos os outros tinham ligações com eles, através de pessoas que tinham sido adotadas por esses grupos da região. Então, ele conseguiu congrega o que, ele chamava uma... cultura do alto Xingu, uma cultura que é... (?), que é uma (?)..., mas eles... Foi quando formou um determinado grupo. E foi neste acampamento dos Vilas Boas, E aí o Noel já, apesar de pertencer a Fundação Brasil Central, passou a atuar em área indígena. Depois, depois que ele veio pra cá, fez o curso, apresentou essa tese das Unidades Sanitárias pra atendimento da área indígena... E resolveu na primeira providência arranjar ajuda do Serviço Nacional de Tuberculose, era a Campanha Nacional da Tuberculose, na época. Ele arranhou... formou uma equipe, arranhou um raio X portátil, um laboratório, microscopista, trouxe um microscópio, não sei o que... Formou uma equipe pra tentar fazer um levantamento da situação da tuberculose. Conhecer a tuberculose nessa área do alto Xingu. Porque ele conhecia, que sabia de casos que aparecia, que eram notícias que se tinha, mas não havia nenhum dado concreto...

TM - E aí nessa proposta dele não se desvinculou da Fundação.

JM - Não se desvinculou. Ele continuou como funcionário da Fundação e foi nomeado para as Campanhas, quando a proposta dele foi aceita pelo diretor da Campanha. O superintendente da Campanha na época que era o diretor do Serviço Nacional de Tuberculose...

TM - Quem era?

JM - Era o professor Paula Filho ...

TM - Paula Filho não...

JM - Não... um que era gaúcho...Pereira Filho. Professor Pereira Filho, ele era gaúcho O professor Pereira Filho, ele era muito interessado em micologia, ele era professor de micologia. E o Noel conversando com ele, o Noel era muito insinuante. Você conheceu o Noel?

TM - Não.

JM - Não? Muito interessante, muito agradável de conversar... E ele conversou sobre uma espécie de micose que tinha no alto Xingu, que era diferente de... não era...ele ainda não conhecia. E o Pereira Filho, que era apaixonado pela micose... e tinha dito que trouxesse... E ele propôs como bom negociante, ele propôs: "Bom, eu troco por um aparelho de raio X. Se me der o aparelho de raio X e pessoal pra fazer cadastro na área, eu trago." E realmente, ele trouxe alguns vírus, dessa micose, chamada micose... (?). Trouxe para Manguinhos, e realmente era um tipo diferente. era uma micose ainda não conhecida. Mas isso

proporcionou a possibilidade de se poder fazer uma experiência da tese do Noel. De fazer um levantamento na área indígena. Como na época estava ainda iniciando a medicação, ainda... o tratamento ainda mito sanazorial. As primeiras viagens das unidades... do SUSA<sup>11(\*1)</sup> Vou passar a tratar de SUSA...

TM - Ela ainda não tinha sido criada?

JM - Não, não era criada...

TM - Mas antes da criação do SUSA...Em que ano, foi entre 52 e 56?

JM - Mas eles criaram junto...

DR - Junto da Campanha. Com os funcionários da Campanha...

JM - Com os funcionários da Campanha...

TM - Já você incorporado entre a equipe dele?

JM - Já incorporado entre a equipe, mas sem vínculos como estagiários. Eu estava nomeado para o Curicica... nomeado para o Curicica. Era, era uma preliminar pra ver se realmente funcionava o serviço, e qual seria... como poderia funcionar.

TM - E nesse período ele fez que expedições?

JM - Ah, ele fez... Fomos, ao Alto Xingu... ao Alto Xingu, ao Rio Araguaia, uma outra viagem... ao rio Araguaia, Carajás no rio Araguaia, e o... Jacareacanga, foram até Congonhas, e alguns, alguns grupos não planejados né? Apenas aonde a gente achava que haveria problemas maiores. Isso tudo foi feito - Isso aí é importante - É que isso era feito com o apoio da FAB<sup>12(\*213(\*2))</sup> e que... Apoio da FAB que cedia aviões para gente, se deslocar, pra eles deslocarem essa equipe... Tinha o apoio logístico todo da FAB. Bem, então fomos por aí ver, que realmente havia um problema sério. Era um problema muito maior do que se imaginava em termos daquela área. Embora, alguns grupos, como o grupo do Xingu, ainda não conhecessem a tuberculose. Vimos do outro lado carajás, na Ilha do Bananal, que tinham sido... já tinham tido epidemias anteriores, e estavam em fim de epidemias, tinha mais de 80% de repercussão, tinha 10% de... (?)

TM - Como é que o senhor poderia nos descrever, o quadro epidemiológico do índio, nesse momento? Após a tuberculose, todos os métodos que situava a tuberculose num quadro....

JM - Bom, isso aí... O problema do índio... era a malária, além da tuberculose. Tinha... (?)... o índio não contatado, retém, principalmente da malária, quando contatava tuberculose, e

---

11

12

13 \*2)FAB - Força Aérea Brasileira.

verminose. E não tinha problema de missionários, problemas... (?), dentro da vida dele. Agora tinha até uma medicina alternativa deles ...lúcida... que era toda lúcida, e que era... A interpretação da doença, era de: uma doença dos Deuses ... tinha o pajé, tinha sua estrutura... E resolvia o problema lá, não deixava de ser assistido. E ele diferenciava muito bem as doenças que eram deles, e as que eles tinham condições de curar, das doenças que eram levadas para o branco, pelo branco, que eles não podiam curar. Aí vinha a gripe, sarampo, todas as infecto-contagiosas.

DR - E eles faziam algum tipo de tentativa... (?)

JM - Não, não faziam porque eles eram passivos. Porque por exemplo, quando se fala que a gripe, o sarampo, a varicela matava o índio... Quer dizer, não é bem a própria doença que matava, o que acontecia era o seguinte: ela impossibilitava o índio de tratar da sua existência. Então ele, o índio, ficava com febre alta e etc., não tinha condição de caçar, de pescar... Quer dizer, então enfrentava um período de fome e desagregação social, quer dizer morria. Muita gente... morria muita gente principalmente criança. E a partir dessas mortalidades, dessas mortalidades, havia uma pirâmide. A pirâmide hereditária do índio era totalmente... desestruturada. Então, acabava que um grupo... um grupo que se extinguiu porque não havia mais jeito na pirâmide... de ele conseguir de... com outros grupos.

DR - Acabava com a lógica da pirâmide...

JM - Quer dizer, toda aquela... evolução natural da sociedade, da sociedade, passava a ser deteriorada, como acontece nas guerras. Aconteceu no Paraguai, quando não tinha mais homens. Essas desarrumações dessas catástrofes. E a epidemia... a epidemia era uma catástrofe no grupo dos índios. Porque quando a gente fala em grupos indígenas a gente fala em grandes grupos. Os índios não vivem em grandes grupos, grandes... em grandes aldeias. Os índios vivem em pequenas aldeias. Porque é o problema do espaço, facilitava, 200, 300 pessoas, 400 e num raio de ação em que ele tinha condições de sobreviver às custas da... [interrupção da fita] ... .. e eles se desdobram, vai pra outros lugares. É a ocupação do lugar no espaço vital necessário para ele.

### Fita 3 – Lado B

JM - ... E eles se desdobram, vão para outros lugares. É a ocupação do lugar no espaço vital necessário pra eles. Mas então, nesse período a gente ficou conhecendo, qual era o problema médico do índio A gente descreveu até a área... essas áreas e fazer mais ou menos a genealogia, que há em todos os grupos. O quadro da patologia indígena para poder traçar alguma coisa. Foi quando em 1956, o Estado já com o apoio...(?)... O Noel procurou o Ministro da Saúde. De lá foi ao Juscelino Kubitschek <sup>14(\*3)</sup>, (?)... Juscelino Kubitschek, expôs as idéias ao Juscelino... muito adepto as coisas novas que... estavam dentro da



modernidade dele. E ele encaminhou ao ministro que era, o Maurício Medeiros<sup>15(\*4)</sup>, pra estudar essa questão. O Maurício Medeiros era psiquiatra, era psiquiatra... E o Noel era muito irreverente na abordagem dele. Então, na abordagem ele disse assim: "Eu vim aqui porque o senhor é psiquiatra, e eu quero saber, se eu sou, sou maluco, ou se eu tenho uma idéia... uma boa idéia". Expôs a idéia da tese dele, o Maurício leu, ele leu; "Olha, tudo bem, concordo com tudo, mas só não explicou por que só o índio. Se existem outras populações brasileiras que vivem em área de difícil acesso, que também podiam se beneficiar com esse mesmo tipo de assistência". Bom, então foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas, por portaria do ministro, que aliás na própria portaria diz que; "Por recomendação do Presidente da República". Nunca tinha visto uma portaria de uma autoridade dizendo que é por recomendação do Presidente da República. Ele criou em maio de 1956, criou a Unidade Sanitárias Aéreas. Agora, criou não como uma estrutura, criou como uma atividade.

TM - Criou depois que estava na portaria

JM - É exato, criou como uma atividade. E essa atividade ficou ligada à Campanha Nacional de Tuberculose, porque já funcionava dentro da Campanha. Mas a idéia é que não fosse só tuberculose. Então, ele na própria portaria, ele deu... autorizava que fosse requisitado dentro do Ministério da Saúde, em qualquer órgão do Ministério da Saúde, técnicos necessários à execução dos trabalhos. Então, por exemplo, quando nós víamos uma área, em que havia a hanseníase como epidemia, então ele requisitava pessoal da área de hanseníase, da SUCAM, pessoal da SUCAM e de várias... qualquer... da. O SUSA, pela portaria, podia requisitar gente de qualquer tipo de serviço do Ministério da Saúde.

TM - Então, o SUSA quando ele foi criado ele era uma proposta... que aceitava essa proposta do ministro em posição ao atendimento ao índio...

JM - Que não fosse só ao índio.

TM - Com atendimento à população?

JM - Pra toda a população de difícil acesso. Então, nós passamos a não trabalhar só em população indígena, passamos a trabalhar também, com a população não indígena. E, por outro lado, uma das coisas que o ministro da saúde fez mais aceitar isso, e a gente concentrar mais nossa atuação nas populações vizinhas ao índio; porque era uma forma também de você proteger o índio. Você proteger a população... que era a população que ia contaminar o índio, que ia levar a doença por índio.

TM - Como o índio via essa interferência? Como o índio via essa situação?

JM - Olha, o índio ele desde o início... o índio... Quando se for falar do índio. Eu acho pra falarmos do índio direito. Nós temos um determinado cultural de relação. Tratando do índio isolado. Isso na classificação dos antropólogos. Que são aqueles que têm contatos

eventuais, ou nunca tiveram contato com a civilização, o índio com contato esporádico, ou eventual... Quer dizer, é o índio com pequeno contato, o outro índio de contato permanente... O índio de contato permanente é aquele que convive já com a -- depois eu posso lhe dar essas classificações feitas...feitas por antropólogos -- Mas que já tem contato permanente, embora mantenha a sua cultura, mantenha as suas tradições... como o índio do Paraná, ou do Rio Grande do Sul. E tem... a última, do índio integrado que é um conceito muito discutido. Se o índio consegue integrar ou não. Isso foi uma discussão de antropologia, uma discussão mais... mais técnica. Deixa eu ver aqui se eu tenho aqui essa definição mais técnica... ..

TM - Mas aí o senhor... (?)

JM - Seria isolado, contato intermitente, contato permanente e integrado. Nós... Foi muito discutível o que eles chamam de contato integrado, porque a cultura não dá pulos, não dá pulos. E o índio tem quatro mil anos de diferença cultural nossa. Dificilmente o índio conseguira assimilar tudo, né? Ele não vai se integrar nunca a nós. Porque diferença cultural é muito grande, é muito grande. Pode, individualmente, uma pessoa ou outra conseguir, mas não o índio como um todo. O que acontece então, o que acontece normalmente, habitualmente, é que ele perde a cultura dele, e não adquire a nossa. Não consegue adquirir a nossa. Então, ele vira um pária. Quer dizer, ele vira um causatário da nossa... É igual a um alemão que foi pra Santa Catarina e esqueceu o alemão e não aprendeu o português. Quer dizer, ele virou um burro. E não consegue... assimilar.

Então, vamos dar um exemplo. Por exemplo, entre o norte e o Sul, a cultura do nordestino com o sulista, não há uma diferença muito grande, mas sempre há choque cultural e não se aceita bem. Há um certo... uma certa diferença. Você pega isso na cultura do brasileiro e do sueco. Nunca a gente vai ser um sueco. Nunca vai ser um sueco, a não ser, daqui há 50 anos, talvez, a gente chegue a cultura do sueco, com todas as artes e costumes do sueco. Por que a gente sempre reage dentro da nossa cultura. Talvez daqui há uns 4 mil anos... Ele não consegue ter esse tipo de evolução. E por exemplo, o índio tem uma sociedade puramente... comunitária. A vida dele é comunitária. É baseada na... na família.

Quer dizer, grupo tribal, ele não tem chefia, ele não tem Estado. O grupo não tem Estado. Então, a justiça, dentro dele, não é feito a nossa justiça. A justiça é justiça de conselhos de guerra etc. Mas tem um grupo indígena, teve um grupo familiar. Grupo baseado na própria família. Então, ele não tem uma legislação, uma legislação escrita por um código penal. Quer dizer, ele faz porque é aquilo que a tradição manda. Então, por exemplo, é muito difícil você explicar pro índio que recebeu a influência cultural, que, que... Por exemplo: Tem uma cerca ali, mora um fazendeiro: aqui ficava um grupo indígena. O fazendeiro tem lá um pé de mamão, está cheio de mamão caindo no chão. Ele não entende porque que aquele mamão... ele está com fome, e não pode comer aquele mamão, porque aquele mamão é de um cara que não vai comer o mamão. O mamão vai cair no chão, ele vai morrer de fome, e o mamão vai estragar. Por exemplo: é... Não dá pra entender coisas da gente, da nossa civilização, da nossa cultura... que o índio não pode entender. E quando eles conseguem esse... Um dos motivos disso, deles não entenderem bem, é porque ele não é preparado pra isso. Porque o índio, normalmente, ele entra em contato com a pior... a pior parte da nossa sociedade. Ele trata com seringueiro, com caçador, com o pária, com aventureiro, com garimpeiros.

O pior da nossa sociedade é o que ele entra em contato. Quer dizer, então, o índio visto do ponto de vista de quem está junto a eles, vendo, sofrendo aquela (?) do convívio, do contato. Ele é visto diferente do que é visto no Rio de Janeiro, na Eco-92, o índio como... como aquela história do indigenista do José de Alencar, do Peri, aquela, imagem romântica do índio. O índio é um ser humano como todo qualquer. Você vê agora o Paiacam, o Paiacam virou um símbolo do índio no Brasil. Ele é muito... O que o Paiacam fez, se faz 50, 100 por dia no Rio de Janeiro. Mas ele ganha projeção internacional por ser índio. Ele também é um homem, ele também é um homem como outro qualquer. E tem bom índio, tem mau índio. Quer dizer, não acredito que: "É índio é bom, não é índio é mau".

Quer dizer, então como a gente faz esse conceito, dessa proteção do índio, do coitado que precisa ser protegido, do menor quando tutelado... Acha-se que todo o tutelado tem que ser bom. Agora, todo índio... os defeitos que o índio tem... grandes partes dos defeitos deles, eles são nossos defeitos também. Eles pegam com mais facilidade os nossos defeitos, como a bebida... Ele vira um pária. Ele não pode concorrer na nossa sociedade em igualdade de condições. Ele vira um pária. Enquanto dentro da sociedade dele, ele é uma pessoa que tem prestígio, está dentro de uma escala social... tem seu lugar na sociedade, aqui ele não tem lugar na sociedade. Bom, isso é uma questão que eu acho que está, está fora da...

Então, acontece que a partir daí, a gente começou a fazer crescer esse serviço de unidade sanitária, começou a crescer, e pra vocês terem uma idéia. Nós fizemos um levantamento até 1973, do que ia ver se tinha feito. Então, nosso serviço era basicamente vacinações, inquéritos, com consultas médicas, situação dentária... Então, por exemplo, em vacinações nós fizemos BCG, vacina antivariólica, vacina antimarfílica contra o tifo, dependendo da, da região.

TM - Mas as vacinas. Toda essa discussão do problema cultural do índio... Essas vacinas tiveram uma intervenção muito brusca, muito... voltada... duvidosa, sei lá, contra nossa civilização... (?). Como é que o índio recebia essa intervenção tão... (?), pra gente?

JM - Ele recebia bem. Em primeiro lugar porque ele era explicado... Primeiro nós sempre respeitamos a cultura deles. Segundo, ele recebia como uma proteção contra uma doença que ele não tinha meio de curar, que eram doenças nossas.

TM - Mas não tinha nenhum movimento. Quer dizer, todos eles aceitavam muito bem, ou houve algum momento... incitou alguns problemas?

JM - Não, não houve nenhum momento. Principalmente porque, por exemplo, a vacina antivariólica... aconteceu uma coisa interessante: quando nós fizemos a primeira antivariólica, foi antes do BCG, a gente fez uma escarificação, por que geralmente contamina etc. Nós fomos muito temerosos em saber qual seria a reação deles, depois quando aparecer... E pra surpresa nossa eles ficaram muito satisfeitos com aquilo. Disse que não, que a vacina não tinha deixado nenhuma marca etc., E vinham atrás da gente, queriam, faziam questão, quando tinham, vinham... Porque dentro da cultura deles eles sacrificam o corpo. E tá mais ou menos dentro de um conceito deles, de uma forma de tratamento deles. Coincidiu com uma forma de tratamento que é com... com uma série de coisas. Mas o que era mais importante... Por exemplo: o índio ... durante muitos anos, ele estava sempre acostumado mais na, na injeção do que no comprimido. Porque quando a

gente começou, e quando... Os primeiros contatos deles, foram exatamente, com a gripe, com a pneumonia etc. Com o início da década de 40, traz a penicilina, e a penicilina devia fazer milagres pra eles. Eles viam... pessoas pra eles... que iam morrer de qualquer maneira, em casos de formas graves e quase em coma. Você dava a penicilina, e eles decidiam que... estavam bons, estavam andando... Eles viam o resultado, enquanto que eles não tinham solução antes. Porque eles já conheciam as epidemias, e não conheciam soluções para a epidemia. Então, isso pra eles era muito importante. E por outro lado, tinha... Nós respeitávamos a cultura deles, o pajé deles, o pajé... e a coisas que o pajé ... curava. Então por exemplo... tinham casos assim: a gente ia atender um doente; chamavam, tá passando mal, eu me lembro bem, o cacique estava passando mal. Aí o pajé disse: "Não é doença pra vocês. Isso é doença pra nós. A ciência não tem jeito". "Tudo bem. Então é com vocês, vocês que tomem conta". E a gente... Quer dizer, então eles respeitavam a gente, porque nós os respeitávamos.

DR - Agora vocês não pensavam, que poderia até haver, uma integração dessa medicina.

JM - A integração da medicina a...

DR - Por que o senhor falou assim: "A medicina deles é uma medicina mística." né? Quer dizer... uma medicina mística, aquela do ponto de vista do diagnóstico, né? Mas do ponto de vista do tratamento também era mística? Ou eles se utilizavam de ervas? Enfim, de medicamento que eles tinham em geral.

JM - Tinha alguma coisa em ervas... em ervas. Mas era muito mais seções, seções.

DR - Rezas?

JM - Seções de... de exorcismos da doença. Eles exorcisavam a doença. E o pajé é uma figura interessante. Eu não estou falando desses bruxos mais... (?). É uma figura interessante... Ele tinha uma seção, ele tinha uma seção... que ele fumava, cantava... Os pajés todos de preto, etc. Ele... ele foi fazer uns passes em uma pessoa e, não sei como ele escamoteava uma pedra ou duas. Então ele fazia assim, e tirava e apresentava uma pedra, que ele tinha transferido a doença para aquela pedra, pelo ritual de tirar a pedra fora... Ele tirava a doença, ele exorcizava a doença.

DR - Tá, então o tratamento também era místico?

JM - Era místico Tinha muito pouco de coisas, de ervas... Nesse grupo do auto Xingu, que a gente teve um contato maior. Alguns grupos usavam ervas...

TM - Eles convidavam vocês para assistir esses rituais também?

JM - Não. Eles convidavam e a gente assistia com toda a liderança. Nós...

DR - Agora, doutor Miranda, esse tratamento místico levava o doente à cura?

JM - Sim, levava. Porque grande parte, das doenças deles também eram doenças... eram doenças... Não eram doenças orgânicas...

DR - Auto-curadas?

JM - ... Não eram doenças orgânicas. Quer dizer, tinham algumas que a gente sentia claramente por... malária expressivas, eles tinham problemas hepáticos, e cirrose hepática etc., E morriam, e ele não dava soluções... Bom, aí ele sabia, entendia que não podia, ele fazia até diagnóstico. Mas grande parte dessas doenças a gente sentia que eram problemas... eram doenças muito suggestionados por algum tipo de elementos da cultura deles.

TM - Mas a malária por exemplo é uma doença, que o índio já convive ela.

JM - Certo.

TM - Antes mesmo do contato com o branco, né?

DR - Tinham maneiras de cuidar dela. Mas tinham uma outra maneira. Como era... Foi um choque. A Tuberculose ela chegou e... não de certa forma o branco trouxe também a solução.

JM - Não... na malária, na malária... Eles rapidamente... quando nós chegamos, eles... já sabiam mais ou menos que o nosso era melhor do que o deles. Então, eles adotaram o nosso tranquilamente... eles sabiam que com a nossa medicação, o remédio era muito mais rápido, o efeito mais rápido e não havia aquele tratamento... radicais...era feito o tratamento da... crise, E dava o remédio e passava a crise. Bom... (?), eles... o remédio que usavam... Então remédio da malária, quando eu cheguei lá, eles já utilizavam o nosso, já não utilizavam os deles. Quer dizer, agora, de uma maneira geral, ... Dentro da cultura, o pajé é uma figura muito interessante. O pajé ele é um místico, mas ao mesmo tempo ele é uma figura querida e odiada ao mesmo tempo... e perigoso. Porque ele vive da exploração do medo das pessoas da doença, porque ele também joga feitiço nas pessoas. Então, por exemplo, todo mundo trata bem com medo do pajé jogar feitiço. Então ele sai assim com a mão fechado, no meio da aldeia, todo mundo fica apavorado, dá presentes, dá comida, dá coisas pra ele, porque sabe que ele pode causar o mal, também pode causar o mal para as pessoas. Então, ele explora muito isso... Também em compensação, se morre alguém importante, eles já estavam matando o pajé (risos). E tem isso, eles se convencem, eles se convenciam... (?)... de que ele que vai morrer, e ele passa a se pintar de morto, ele já sabe que se definir que ele jogou feitiço pra... que matou alguém...

TM - Como é se pintar de morto?

JM - Ele tem uma cultura pintura ritual, né? Quando enterram, normalmente, eles fazem uma pintura mortuária, de acordo com as causas...

TM - Social.

JM - ...sociais da pessoa. E ele já tinha até se pintado... E há casos por exemplo, que como eu disse de um...

DR - Cada tribo tem um pajé só?

JM - Tem um ou mais. Tem o maior, o pajé grande... Porque os pajés grandes, eles são respeitados inclusive, por muitos grupos. Quer dizer, tem chefes, famosos, tem especialistas famosos, e são... E eles atribuíam... O pajé, ele faz previsões do futuro, já sabe se a safra vai ficar boa, vai ser boa, vai ser ruim. Por exemplo, houve um fato que... é até muito difícil a gente explicar, o problema do pajé... Sumiram duas crianças quando eu estava lá. Duas essas crianças foram pegar água na beira do rio, para as mães, e sumiram. E ninguém... Botaram todo mundo daquela área procurando as crianças, ninguém achava as crianças, nem nada. E tinha chovido foi um dia meio assim, chovendo, e uns quatro ou cinco dias depois, sem ninguém ter sinal nenhum das crianças... E aí resolveram chamar todos os pajés da região pra fazer uma reunião, pra saber o que tinha acontecido. E depois de fumar, aquelas coisas; fazer todo aquele ritual de pajelança, um dos pajés falou: "Eles estão bem, estão vindo prá cá, eles estão chegando da roça, estão passando pelo meio da roça agora". Aí saiu todo mundo correndo, viram os dois meninos, lá. Quer dizer, ninguém explica, né?

TM - O pai de santo hoje.

JM - É. Ninguém explica. E na época mesmo ninguém sabia explicar, onde eles estavam, onde que eles ficaram, o que estavam fazendo entendeu? Isso então... quando uma coisa dessa acontece o pajé fica...

DR - Prestigiado.

JM - Com o prestígio tremendamente alto... (?)

DR - Agora, o senhor pessoalmente acreditava nisso?

JM - Não, nunca acreditei. Eu pessoalmente nunca acreditei, como não acredito, em uma série de coisas e outras coisas. Eu tenho a impressão que... Eu sou muito daquilo; "Eu não acredito em bruxas, mas que elas existem, existem." E muita gente sabe, e não dá pra explicar. Eu acho que deve ter algum outro tipo de explicação, e no momento eu não possa dar, ou que a gente não tenha condições de dar. E provavelmente... e o meu raciocínio pra aceitar provavelmente é difícil. É que... provavelmente deve ter outra, outras estratégias que a nossa vã filosofia não alcança, né? Eu não tenho assim, uma... Agora, eles acreditam piamente, eu asseguro, eu acho um absurdo o que a gente faz, quando a gente agride o índio, quando a gente passa a destruir esse tipo de crença deles, que é o que sustenta. Então, ele... Quando ele tem toda essa rejeição social, e acredita nisso tudo. Ele ... (?) sociedade tem um atendimento em INPS muito bom, tem uma assistência muito boa. Ele acredita naquela assistência. O dia que a gente desmoraliza isso, e não coloca nada no lugar, aí sim, é que a situação dele fica ruim. Porque se ele fica isolado, não tem... ele se satisfaz só, só na vida dele. Ele tem toda assistência que ele acha que é preciso... Então, eu acho, que é

um crime, eu acho por isso que é muito importante, quando a gente organiza qualquer tipo de atendimento médico a indígenas, a gente deve levar em consideração as suas características sociais, as suas características étnicas... É um erro muito grande você querer tratar o índio como um ser igual... (?), tratado como índio deformado, um Paiacam deformado. Você julgar índio por isso aí. E julgar o índio dentro dos nossos conceitos. Eu acho que dentro disso aí...

TM - Agora me diz mais uma coisinha. Quando vocês iam atuar nessas áreas indígenas, vocês ficaram acampados em cidades próximas... (?)... ou nas próprias aldeias?

JM - Não, na própria aldeia.

TM - Mas com barracas próprias de vocês...

JM - ...com barracas... e nas barracas deles... Nós tínhamos barracas... Quando nós descíamos em campos, fazíamos visitas em várias aldeias... [interrupção da fita].

#### **Fita 4 – Lado A**

TM - Entrevista com o doutor José Nunes de Miranda, fita número 4, dia 9 de julho de 1992. Nós falávamos do acampamento dos indígenas.

JM - Sei. Nós sempre acampamos na própria, a maloca do índio. Apenas a gente tinha barracas, pois nós atendíamos... Nós íamos nos deslocar pelo Rio, descemos o rio Xingu, o rio Mamoré, o rio Araguaia, o rio São Francisco, quer dizer, enfim, esses rios. Todas as vezes pra acampar na areia, no mato e...

TM - Vocês ficavam quanto tempo, quantos dias?

JM - Olha, nós tínhamos equipes de 30 a 180 dias.

TM - Não, mas em cada localidade dessas?

JM - Dependia do número de índios, para determinado serviço... Porque você a... o programa muito...(?)

DR - E vocês... quer dizer, vocês estabeleciam vai descendo a aldeia (?)

JM - Nada, você... O planejamento de saúde... Planejamento inclusive para efeito do material ...quantas pessoas iam atender...

TM - Algumas vezes vocês tiveram surpresas? chegaram na aldeia e...

JM - Já tivemos, tivemos algumas oportunidades de ter... De inclusive de estarmos numa aldeia, e ser chamado para atendimento de emergência em outra aldeia que estava acontecendo algum tipo de coisa: surto, gripe, surto de sarampo. Isso era mais ou menos...E também pra atendimento de casos graves. Porque quando a gente está, na área, a nossa presença é sabida em toda área. E as vezes... com casos mais graves.

TM - E existia alguns outros grupos? Quer dizer... outras famílias... outro estado, estado mais... número de gente maior, existiam outros trabalhos também, eram só esses já...

JM - Não. Nós trabalhávamos ... Eu trabalhava em área indígena não A volantes...(mas eu sempre foi religiosas) algumas tribos. Várias missões religiosas trabalhando em tribos (?) em quase todo no Brasil inteiro. E nós sempre trabalhando junto com eles, quer dizer, dando apoio a eles (?)

TM - E essas missões também tinham essa característica de (?)

JM - Não. Tinha postos na aldeia. Elas tinham postos na aldeia. Podia eventualmente, podia visitar alguma aldeia próxima etc... Mas não era do programa, como um programa.

DR - Elas tinham médicos que trabalhavam...

JM - Tinham médicos, tinham atendentes ou as vezes..., eram chamados leigos que faziam cursos de primeiros socorros, de atendimento. Agora, nós sempre aproveitamos todo esse pessoal de saúde pra que ele, fizesse ... pra nos auxiliar no trabalho.

TM - Esses funcionários eram ligados a religiões?

JM - As religiões e eram católicas, presbiterianos, ...e as organizações internacionais...

TM - Internacionais.

JM - Internacionais. Quase todos era grupos internacionais, muito poucas missões religiões nacionais. Mas nós sempre procuramos melhorar o padrão técnico dessas (?) e contar com a colaboração deles. Agora, isso foi... (a ligação) numa fase, em que nós quando iniciamos estávamos fazendo tudo, atendendo toda a coisa. Foi nessa época que nós prestamos cerca de 4 milhões e (?) serviços e que atendemos cerca de 1 milhão e 600 pessoas, tanto na área indígena, quanto na área fora. Agora a partir de 1968... ..

TM - Só um instantinho. Quer dizer, em 56 quando foi criado o SUSA, foi criado também o Correio Aéreo Sanitário. Ele substituía aquele trabalho que a FAB inicialmente fazia?

JM - Não, o Correio Aéreo Sanitário foi fundado muito depois. O Correio Aéreo Sanitário, já foi criado em 62. Antes era o Correio Aéreo Nacional. O Correio Aéreo Nacional é que dava esse apoio logístico, e todo apoio logístico que era dado foi esse. Agora, até que foi crescendo, foi (?) foi quando a FAB resolveu criar dentro do Correio Aéreo Nacional um Correio Aéreo Sanitário que seria específico; específico pra saúde. Porque inicialmente



eles queriam nos ofereceram... que nós criássemos uma frota de aviões nossos(?). Uma frota de aviões com base na Ilha do Governador, perdão, na Ilha do Bananal, pra que atendesse nosso serviço. Então, nós não aceitamos. Então, nós preferimos que eles criassem o serviço, com toda manutenção, com todo know how, e para dar apoio a nós. Então eles criaram o Serviço Aéreo Sanitário.

TM - E eles atendiam também a demanda financeira de vocês (?)

JM - Não.

TM - Só a demanda pra esse grupo de coisas?

JM - Só. Mas em 1958 foi criado o... O SPI<sup>16(\*)</sup> foi extinto e foi criada a fundação [interrupção de fita] ... foi criado a Fundação Nacional de Saúde, Fundação Nacional do Índio<sup>17(\*1)</sup>. A Fundação Nacional do Índio substituiu o SPI.

TM - Sim, mas antes de chegar à FUNAI o Arouca dirigiu o SPI, né?

JM - O SPI.

TM - (?)

JM - Foi, ele em 19... Em 1962 o Noel Nutels foi chamado pra dirigir o Serviço de Proteção ao Índio. Esse... OSPI já estava numa fase muito difícil, estava no final. Porque o que foi acontecer ao Serviço de Proteção ao Índio, ele foi criado pelo Rondon e ele era praticamente dirigido pelo exército, e o projeto Rondon ...Ele era chefes do povo, eram altos oficiais do Exército que se interessavam pelos índios, pela brasilidade... Mas aos poucos ele foi se deteriorando, foi cedendo às pressões. Então, ele foi caindo muito o padrão, foi caindo muito o padrão. Então, aquelas pessoas de nível intelectual mais alto foram se afastando, e cada vez acorrentando mais pessoas de nível menor... Foi um período de desagregação, de corrupção, um período muito difícil. Foi quando em 62 o governo de João Goulart, o Noel foi convidado para dirigir. Mas encontrou uma situação caótica: uma situação que era muito difícil conseguir salvar. Porque o órgão estava absolutamente deteriorado, desacreditado cheio de corrupção.

TM - (?) não tinha nada a ver com o SPI

JM - Não, nunca teve nada a ver.

TM - (?)

---

<sup>16</sup> \*) SPI - Serviço de Proteção ao Índio.

<sup>17</sup> \*) FUNAI - instituída pela lei nº5.371 em 5 de dezembro de 1967, com sede em Brasília e tendo por objetivo exercer a tutela do Estado aos povos indígenas situados em território nacional. Sua instituição veio em seguida à devassa e extinção do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), criado em 1910 sob a liderança de Cândido Mariano da Silva.

JM - A campanha, só a Campanha, nós não tínhamos nada. Como nós éramos o único órgão que tinha um trabalho sério dentro da área indígena, é que... o governo do Jango resolveu convidar o Noel para ir pra lá, pra ver se consertava o órgão lá, Mas foi em função do interesse e da dedicação que do Noel...

DR - E da experiência...

JM - ... e da experiência e na... Mas o Noel -- não sei, não acompanhei bem essa fase --, o Noel viu que era absolutamente impossível dentro daquela estrutura fazer qualquer tipo de coisa. Então ele fez uma proposta, uma proposta de reunir antropólogos, de reunir sociólogos, médicos, e fazer uma reunião pra saber o que fazer com o índio do Brasil. Pra... pra definir uma política indigenista. Porque e era absolutamente impossível. E inclusive outra forma de organizar a proteção ao índio, que era absolutamente impossível consertar o que estava faltando o ponto que tinha chegado a SPI. Mas infelizmente não deu tempo porque a Revolução de 64, foi logo depois quando ele estava preparando essa reunião. A gente teve um trabalho danado de preparar agenda... as pessoas que estavam nessa preparação: ... "E agora, o que nós vamos fazer com isso" Era a Revolução

TM - E o golpe respondeu?

JM - É, respondeu atacou o Noel logo de saída.

TM - O Noel foi preso nessa época?

JM - Não.

TM - Como é que foi a reação dele?

JM - Não houve outros coisa... não houve... Houve alguns fatos engraçados que o... desde o Correio Sanitário Aéreo. O Correio Sanitário Aéreo já estava (?) desde de lá dos órgãos de inteligência do Exército, a gente já era assim mais ou menos (?) no Exército era Serviço de apoio médico a indígena, muito perigoso lá. E aconteceu um troço pitoresco. Por exemplo, nessa época o Vilas Boas, eles estavam fazendo... eles estavam fazendo uma picada para dentro do mato para chegar ao Bananal. E essas picadas levavam dois anos, dois anos para dentro do mato andando fazendo picadas com dificuldade, e só recebiam apoio, era dado apoio, e alimentação, vinham de pára-quedas... E então, nessa época eu (?) área do Xingu, e o grupo da FAB, o grupo que apoiava esse serviço nos pediu pra levar pára-quedas, para o Xingu, pra área do Xingu, pra jogar comida pra eles lá no meio do mato. Estavam com mais de 50 operários sem comida, e... Levava pra minha casa... esse capitão Sérgio que ficou famoso aí, o Sérgio Macaco, que respondeu processo não quis jogar -- ele era do Parasar--, não quis jogar... os políticos, dentro de mar ... Quer dizer, ele se negou a aceitar as ordens daquele brigadeiro lá. Brigadeiro Burner. Pra fazer provocação, pra fazer a revolução... E ele veio pessoalmente lá em casa levar... para ele levar pro Xingu, levar pro Xingu. Pra jogar comida de pára-quedas. Depois eu soube, depois da revolução eu soube que ele estava num relatório secreto...

DR - E isso era antes de 64?

JAM. É. Se não era antes de 64...era um pouquinho antes (?) Dentro dos relatórios secretos lá... O Marcelo Fernandes, ele cita o meu nome textualmente, que nós estávamos levando o pará-quadras pra guerrilha. Que estávamos organizando uma guerrilha no Xingu. Nós tínhamos uma outra equipe trabalhando em Pernambuco com o Arraes, e nessa... O Xingu eu estava chegando na cidade no dia 31, eu tinha chegado a cidade, e nesse dia veio a Revolução fomos todos presos, todo nosso material foi apreendido, laboratório de raio x, toda a dedicação... Porque era o berço da área, da concepção da polícia secreta do Exército, que nós, que essa equipe era uma equipe... era um hospital de campanha do Exército camponês da...

DR - Era perigo esse período?

JM - Era... era. E até o... Eles apreenderam todo o material, e os médicos que estavam conosco foram depor, aí uma junta de médico... "por obséquio o senhor tem aí a relação da medicação"... "não a medicação que eu levava era de tuberculose, de verminose, não serve pra quem está na Revolução. (?) e eles aceitaram...

TM - Vocês sofreram algum tipo de contra-ataque digamos assim?

JM - Não, fomos chamados a depor... e não tinha elementos contra... o Noel também foi chamado a depor como todo mundo que foi pra li. Mas (?) eu ficava sentia, que as pessoas que foram fazer teste sentiam que era ridículo aquele tipo de relatório, aquelas coisas que apareciam que era (?) devia fazer média, e interpretar mal... Por exemplo nós tínhamos um...(?)por causa do raio-x, pra manter o raio-X na voltagem certa, e aí eles acharam que era um rádio transmissor e eles nunca mais nos devolveram. Até hoje estão pra ver se ele consegue falar (risos). As coisas desse tipo até cômico. Mas na realidade eu acho que eles sentiam que logo no início que sentiam que não era aquela coisa... Não houve nenhum tipo de represália, embora a gente trabalhasse, trabalhasse com o pessoal, com o pessoal na área da esquerda, (?) embora cada um tivesse a sua concepção política e o próprio Noel, o próprio Noel não tinha, não tinha nada que (?). Tanto é assim que ele mesmo depois de 64 nós continuamos atuando com os militares e com tudo isso.

TM - O trabalho continuou.

JM - O trabalho continuou sem nenhum...E nós trabalhávamos juntos com os militares. Por exemplo, no dia da 31 de março, ... eu tinha saído na véspera para Manaus. E nós íamos fazer o exame médico dos recrutas, fazer abreuografia de todos os recrutas. E chegamos em 31, não sabíamos de nada, fomos lá pro quartel, nos apresentamos ao general, e montamos lá o aparelho de raio-x... Começamos a trabalhar né? Naturalmente fazer cadastro dos recrutas. E nós fazíamos o seguinte eu pegava chegava meio-dia (?) revelava o filme, se tivesse alguma, alguma chapa pra repetir, então nós íamos ao comando e pedíamos pra chamar, pra repetir. Então, chegamos depois do almoço, duas horas (?) estaria interessado, fui lá procurar o general; "o general tá preso". Eu nunca tinha visto general preso na minha vida, achei muito estranho, aí o... o sargento falou: "olha, nós assumimos o quartel aqui,

mas o senhor pode continuar com o seu serviço, não tem problema nenhum pode acabar". Eu peguei, botei tudo assim dentro do caminhão e sai fora de dentro do quartel e fui lá pro hospital. E a equipe da FAB que tinha ido conosco, o avião do Serviço Aéreo Sanitário foi presa em Manaus, e fomos os primeiros a sermos, a sermos caçados pelo ATO baixo. Mas não houve nenhum tipo de problemas, nenhum tipo de pressão sobre a gente. E a gente continuou trabalhando sem nenhum tipo (?). Até que em 1968, 67, 68, aí eles começaram a fazer inquérito e o SPI não resistiu aos inquéritos, e teve que acabar, e antes de acabar eles incendiaram o SPI pra acabar com o passado.

TM - Por que não resistiu?

JM - Porque é tão corrupto, é tão... É tão desorganizado e a corrupção tão grande... Aquilo que a gente queria antes de acabar o prazo, pra botar alguma coisa no lugar...

DR - Essa pergunta que vocês fizeram: "Que fazer então com o SPI?" Foi aí que vocês pararam e veio o golpe de 64?

JM - É, foi.

DR - O senhor está dizendo que depois a coisa amenizou. Eles não interferiram mais no trabalho? E depois disso não conseguiu modificar o SPI? Ou o Noel Nutels foi demitido imediatamente?

JM - Ele foi demitido como todo mundo foi...

DR - Ele e a equipe dele pra sair do SPI?

JM - Porque só ele era do SPI. Bom, todo mundo do SPI saiu na época e nomearam um interventor pro SPI. Mas ele em vez de fazer o que a gente queria fazer, que era... a nossa idéia era a seguinte: antes de acabar reunir todo mundo que entendia do assunto e ver quem que vai se colocar no lugar. Mas eles não, eles acabaram para depois fazer outra coisa. Como foi agora no sistema de saúde, comum o habitual no Brasil: acaba-se com o que tem, como fizeram com a campanha <sup>18(\*2)</sup>, para depois ver o que vai ser. É nós queríamos fazer exatamente o processo inverso. Nós queríamos primeiro saber o que é que vai fazer. Depois aí ver o que é bom e conservava e o que acabava. Bom, mas em 1967 eles começaram a apurar escândalos, escândalos em cima de escândalos e roubos... E era realmente um antro (?). Até que era insustentável a situação do órgão...

TM - Esse antro que o senhor está dizendo é um antro... vamos dizer, no que diz respeito à parte orçamentaria?

JM - ... de corrupção de todas as formas, tudo que você pode...

---

18

\*2) O depoente se refere à CNTC.

TM - Porque eles tinham... Quer dizer, denúncias de verdadeiras (?) de produção de doenças que foram provocadas de exterminar os povos indígenas e... (?) algumas denúncias foram veiculadas...

JM - Mas isso não...

TM - Isso não passavam pelo SPI.

JM - Não passava pelo SPI, o SPI era (?)

TM - Ah.

JM - Ou não tinha força pra isso.

TM - A corrupção dele era só na pela parte orçamentária, política?

JM - Parte orçamentária, e ele era o seguinte: como o órgão foi caindo no descrédito, foram se afastando normalmente todos... O chefe de força, é aquele que era servente, o servente foi promovido a chefe de força. Quer dizer, estava entregue na mão de uma infra-estrutura que era... isso, eu acho, que era proposital, pra permitir acabar tudo. Era um negócio...foi nessa época que aconteceu - não provocadas pelo SPI - e que diga-se de passagem sempre foi um órgão de respeito ao índio, de respeito ao índio. Foi apenas que degenerou, degenerou...

TM - Com isso ela...

JM - ... Com isso... Porque foi sendo esvaziado. Não havia interesse, quanto mais os interesses cresciam entorno das terras dos índios, da riqueza do índio, a melhor forma é você enfraquecer o órgão que protege. E acabou o SPI sofrendo essas conseqüências todas e ele acabou, absolutamente, desacreditado, e sem nenhuma condição de dar satisfação. Não foi eles que fizeram; eles foram vítimas, o SPI foram vítimas. Tanto é assim que quando fundaram a fundação Nacional do Índio - eles tiveram que se construir - eles começaram com um erro básico de continuar dentro do Ministério do Interior. Ora, se o índio é tutelado, ele tem que ser do Ministério da Justiça, porque quem tutela o índio no Brasil é a justiça (?) como está agora. Bom, segundo, outro erro básico, o nome: Fundação Nacional do índio. O que quer dizer Fundação Nacional do Índio? Um nome que não diz nada. Eles tiraram do índio a proteção, porque isso é um serviço de proteção ao índio. Então estava bem especificado, o nome estava bem próprio. Quer dizer, Fundação Nacional do Índio, já era um negócio muito, muito nebuloso. E acho que foi proposital botar um nome desses, para que tirava proteção. Como tirou a proteção, passou a ser um órgão, não... Passou a ser um órgão de tratar da questão indígena. Então ele passou a ter juiz, ele era promotor dessa proteção, e passou a ter direito de julgar o índio, ele passou a ter direito de julgar. Ele não tinha mais a condição de proteção. Então, eu me lembro uma vez que os fazendeiros lá do Mato Grosso e do Maranhão, eles vieram procurar o Noel pra reclamar: " O Noel...tem aí esses fazendeiros, vieram dar queixas dos índios, diziam que eles estavam matando o gado deles, pra fazer churrasco"; O Noel saiu assim se levantou foi até a porta,

abriu a porta assim e voltou. "Puxa, os senhores me passaram um susto tremendo. Eu pensei que tinham mudado a placa, eu pensei ter escrito Serviço de Proteção ao Índio. Então os senhores devem estar em lugar errado, vocês devem estar procurando os serviços de proteção ao fazendeiro. Deve estar em algum lugar. Em alguma porta por aí, vocês vão encontrar o Serviço de Proteção ao Fazendeiro". (risos) E é esse espírito é que a Fundação Nacional de Proteção ao Índio, perdeu essa proteção, a característica de proteção.

Então, achavam que era bom para o desenvolvimento nacional, ou mudar o índio da terra que ele sempre viveu pra um outro lugar. Então eles que se julgavam no direito de mudar, porque mudou a constituição, porque na primeira constituição brasileira, as terras eram dos índios, na segunda constituição a terra é do governo e o índio tinha usos e frutos. Ora, se a terra era do governo, o governo podia fazer o que quisesse com ela, até tirar o índio. E outra coisa, mandava matar índio. Porque a terra era do índio enquanto o índio existisse; se não tivesse mais índio a terra deixava de ser do índio. Quer dizer, essas nuances de coisas eu acho que desencadeou uma... Foi uma medida, foi assim uma política propositadamente de ir tirando as terras... os direitos do índio. E você vê hoje, hoje você fala o todo mundo aceita a fala né? "você tem que julgar o índio como qualquer outro, porque dar proteção ao índio. Mas esquece que os paicams da vida não são os índios brasileiros, são 150 mil índios no Brasil e no mundo e Paicam é um.

Agora, outra coisa, eles tinham a proteção... a proteção não é dar mordomia ao índio. Não é mordomia, é respeitar o índio... respeitar os direitos do índio., quer dizer, cabe a essa fundação, o órgão a fundação que eles tinham, não sei qual é o departamento dele, ele não está julgando o Paicam, ele está defendendo o Paicam...

#### **Fita 4 – Lado B**

JM - ...Eu acho que vocês não estão fazendo história (?). Isso é pra vocês entenderem que a gente estava dentro de um conceito... derem contexto, que tinha uma evolução contrária daquilo que eram o nossos ideais... Quando se fez a fundação...

TM - E qual foi o grupo... Qual é o grupo de dentro do SUSAN que organizou a FUNAI? Já saiu de dentro do próprio governo?

JM - Não, dentro do próprio governo, foi criada uma comissão, dentro dessa comissão teve indigenistas, bons indigenistas... eles convocaram o Vilas Boas, convocaram o (?) o Noel fez parte desse grupo... Mas acontece que essa Fundação tinha feito um o conselho deliberativo, organizou o conselho deliberativo, E o qual (?) Noel fez parte dele. É o que seria o conselho deliberativo. Mas como um conselho deliberativo, dificilmente consegue funcionar, então ele virou o conselho consultivo, e como conselho deliberativo é muito difícil você deliberar com muita gente, quer dizer, então ele passou a ser consultivo. Mas aí a partir desse conselho consultivo, ele só era consultado no que interessava às pessoas, o que não é interessava ser consultado ele não era consultado.

Então quando tinha alguma coisa... Por exemplo, uma vez eles queriam tirar os índios todos de uma área grande do sul do Pará, para fazer campo ... pra fazer um campo de tiro da, da Aeronáutica e... que e... (?) Mas o máximo que eles queriam era que a FUNAI tirasse os

índios que moravam ali, para fazer um campo de tiro grande. Não sei pra que era, mas era pra fazer um campo de tiro de treinamento. Bom então isso aí não passou... por acaso saiu errado do conselho consultivo. Como foi negado ele não, não voltou ao conselho (?) acabava fazendo, mas... Mas, então é o seguinte: conselho consultivo você leva o que interessa a você. Fazer a coisa que não tem importância política nenhuma, nenhuma vantagem política como por exemplo, essa cara nova... Por exemplo depois acabaram acabando também com o conselho consultivo... Mas essa cara nova...

TM - Mas nesse conselho consultivo ficaram você e o Noel Nutels?

JM - É, na época o Noel Nutels já tinha morrido. E eu... Aí tinha representantes do Ministério da Cultura, Ministério da Fazenda, das universidades, do Ministério da Saúde, tinha representante de todos os ministérios. E na realidade, teoricamente é interessante você ouvia toda estrutura para saber deliberar sobre o índio. Mas aí começou haver também corrupção.

TM - Mas esse conselho era... era criado com lógica da FUNAI, ou era já um conselho já do trabalho pela FUNAI?

JM - Era um conselho da FUNAI, era um conselho...

TM - Já com a FUNAI estadual?

JM - Já com a FUNAI estadual... A FUNAI, na criação da lei estadual a FUNAI tinha a presidência e tinha um conselho que era federativo. Depois, como foi criado eu não sei, por decreto, eu não sei. Ele mudou pra ser consultivo, depois acabou, o que aliás eu acho que faz parte (?) de... eu nunca chegar... deixou de funcionar.

TM - E o SUSA, nessa proposta aí da FUNAI, teve uma mudança também não teve?

JM - Teve e aí ... aí começou a FUNAI. Dentro da FUNAI uma das características, era organizar os serviços médicos da FUNAI, que não existia. Então, o modelo para o serviço médico da FUNAI foi feito, quer dizer, foi adaptado do SUSA. E nós que fizemos a organização, durante o serviço médico da FUNAI. Com equipes volantes, as unidades regionais... em cada região, em cada delegacia regional, tinha equipes volantes, já com o pessoal da aldeia. Toda uma estrutura de saúde baseada na nossa experiência e isso passou. Então, tendo em vista a criação dessa estrutura já dentro do próprio órgão da FUNAI, e já inserido dentro das delegacias e unidades e descentralizados, nós passamos a ser não mais Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. E isso com a Revolução, ... a Aeronáutica também resolveu a funcionar conosco, e passou a mandar mais apoio. Então, nós passamos a ser uma unidade de atendimento especial. Agora, específico em tuberculose. Pertencendo ao Ministério da Saúde, da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, também lidando com tuberculose, mas especificamente para dar atendimento... dar assessoria e coordenação do programa nacional de área indígena, e que só atuávamos diretamente, verticalmente, nas áreas que a FUNAI (?). Nas áreas que a FUNAI não tinha organização ainda pra fazer.

Então, nós passamos a atuar através da FUNAI. Através da estrutura de saúde da FUNAI, quer dizer, nós fazíamos viagens aí era mais supervisão, avaliação.

TM - Esse "nós", já era a Campanha com seus (?)

JM - Como unidade sanitária, ... com unidades de utilidade de atendimento especial. Aí então não tinha mais, não tinha mais... Era exclusivamente do índio. Não era mais das populações de difícil acesso... E o SUSA acabou. Quer dizer, no lugar do SUSA foi criada a Unidades de Atendimento Especial, para atendimento do Programa Nacional de Controle da Tuberculose na Área Indígena.

TM - Sim, mas esse programa foi ligado à Campanha?

JM - A Campanha, só a Campanha. Esse programa tinha como finalidade: o planejar, coordenar, supervisionar e avaliar... Agora, e executar... sucessivo nas áreas (?). Agora, a execução dele passou a ser feita pela, pela estrutura de saúde da FUNAI. Pela estrutura de saúde da FUNAI. Nós passamos a ser apenas o órgão específico de tuberculose, e um órgão de coordenação e orientação de crédito no programa de atuação da área.

TM - Isso passou a ser assim que foi criado a Unidade de Atendimento Especial, ela já, já teve essa lógica ou ela...

JM - Não, ela teve essa lógica. Ela foi criada para essa lógica. Não havia mais sentido. Nós já tínhamos criado, já tínhamos... já estava em funcionamento o serviço de saúde de médico da FUNAI, então, seria duplicidade de serviço. Nós faríamos as mesmas coisas.

TM - As verbas de atendimento saiam da Campanha?

JM - As verbas do atendimento?

TM - Específico da tuberculose?

JM - Específico da tuberculose? Havia um financiamento da a essa Campanha. Mas o funcionar, o atendimento, era da FUNAI.

TM - Da FUNAI?

JM - É como é...

TM - Os funcionários eram da FUNAI?

JM - Os funcionários eram da FUNAI, eram no local, da FUNAI. Quer dizer, nós tínhamos a nossa equipe aqui, que era... Nós tínhamos então que fazer: supervisão, o treinamento, a avaliação; nós coordenávamos o programa. Seria mais ou menos a função que pertencia ao Ministério da Saúde, para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose. É hoje que a gente faz no, no (?) quer dizer: supervisionar, avaliar o programa, saber se encontra



variação, editar normas e... ele era feito por nós. Agora, a execução do programa era feita pelo estado. Quer dizer, a FUNAI...Isto nós fizemos antes dessa concepção.

TM - Quer dizer, primeiro essa concepção influenciou?

JM - Fluiu.

TM - Essa concepção em parte da... do trabalho do índio serviu de base para um programa diferente?

JM - O programa, o... o inconscientemente deve ter influenciado sim. Porque era um serviço lógico. Mas não diretamente. Não serviu de base diretamente. Quer dizer, porque... por exemplo, nós da área indígena, nós fomos pioneiros na interiorização serviço de controle de tuberculose. O primeiro que fez implantação do atendimento de tuberculose em unidades gerais de saúde fomos nós, muito antes do programa nacional. Quem fez a primeira vacinação BCG intradérmica no Brasil fomos nós da área indígena. Quer dizer, nós fomos os precursores daquilo que depois a Campanha, a Divisão passou a fazer em termos nacionais. Isso tem uma explicação, não é nada demais. É o seguinte: É que nós víamos esse movimento, participamos e éramos da Divisão. Conhecíamos toda essa filosofia de trabalho. Apenas não... pra nós era mais fácil implantar de imediato, do que para um mecanismo mais complexo para... Então, como era, como era uma coisa que ia ser implantada em todo Brasil, e para nós era fácil de implantar, então nós fomos implantando. Houve um esquema, um esquema simplificado, nós que começamos a ter. Porque era é um trabalho muito mais fácil, de tempo menor, e serviu depois como uma (?). Quer dizer, todo mundo passou a ver; apenas esses -- não sei se está dando pra entender --, nós não inventamos nada. Nós nos antecipamos para a operacionalização daquilo que era o programa, que era o objetivo da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária.

TM - Aí você escreveu quando usavam o trabalho feito nessa área indígena - ele que serviu de base a inúmeras pesquisas (?) sem condições de medicamento, de esquema...

JM - Sei...

TM - ... quem subsidiava? Era a Campanha que subsidiava essas pesquisas? As pesquisas existiam?

JM - Não, olha, era o seguinte; nós sempre desde o início, tínhamos uma concepção que a nossa unidade era assistencial. Nunca fizemos pesquisas.

TM - Mas, digo, pesquisas que diz respeito...

JM - As pesquisas eram feitas subprodutos.

TM - Sim, mas...

JM - ...o como subproduto.

TM - ...se dá certo, se não deu certo.

JM - É. Como subproduto a gente apresentava à Divisão quais éramos resultados que iam ser importantes, atendidos. E a viabilidade e a facilidade daquilo que a divisão estava planejando. Mas nunca, nunca nos propusemos: " Ah, bom... vamos fazer uma pesquisa de... de tratamento encurtado". "Vamos fazer uma pesquisa de implantação de BCG oral, BCG intradérmico". Quer dizer, apenas nós fazíamos e publicávamos os nossos relatórios e discutíamos. E como nós éramos os personagens dos dois lados...E nessa mesma época que eu coordenava os programas da área indígena, eu passei também coordenar o programa nacional. Então, era muito fácil você tendo a lógica como um todo e servir de argumento...o argumento servia de base para as decisões que você tomasse na época. Bom, se deu certo no índio, ir lá fazer, (?)

TM - Como era tratar o índio? Quer dizer, como funcionava nessas áreas o atendimento hospitalar? No momento a hospitalização era, era a aplicação mais viável. Como é que funcionava (?)

JM - A AOE funcionava da seguinte forma: Nós tínhamos dois, dois... em função a diversidade pra direcionar o índio. Nós tínhamos dois programas de base. Um programa das áreas ainda endêmicas para o serviço da tuberculose, que existia em termos de Brasil ainda exista (?). Além dessa área era...você fazia a vacinação BCG e o controle, de pessoas, de focos na área. Então eram duas as atividades básicas pra essas, pra essas... E com isso nós conseguimos pela primeira vez na história -- o que eu acho até melhor --, mudar a história natural da tuberculose. E porque isso tudo aconteceu? Do grupo ter contato, um grupo endêmico ter contato com a tuberculose, com uma fase epidêmica, depois da fase epidêmica a fase endêmica, e depois a seleção natural dos elementos pra pesquisa aqui no Rio e a história natural da tuberculose. Nós conseguimos mudar a história natural porque nós chegamos antes e fazíamos um serviço de proteção. Quer dizer, a vacinação BCG. Então, hoje nós temos lá cerca do Xingu nós mudamos completamente. Não houve, nunca houve no Xingu tuberculose. Hoje existe a tuberculose no Xingu. Mas em condições... (?) Depois de 30, 40 anos que ela chegou lá, em condições de menor quantidade do que a civilidade. Quer dizer, ele teve a fase endêmica, quer dizer, no mesmo período em alguns lugares nós não conseguimos chegar antes, como o rio(?). Então houve a fase epidêmica de 1 milhão, e...mil e duzentos índios, ficaram reduzidos a 165, dos quais 40% positivos. Quer dizer, então, nós temos naqueles índios que... que a gente a chegou antes, mudou a história... mudou a história. E isso a gente pretendia colocar e... o ideal...Por exemplo os Ianomanis, que a gente tinha que ter chegado nos Ianomanis, antes, antes...Nós vacinamos os Ianomanis, muito antes, muito antes...chegava da tuberculose. Depois que você vê nos jornais essas grandes epidemias. Quer dizer, (?) e havia casos de tuberculoses, mas não daqueles tipos clássicos que vem desde de 1500 com a invasão (?) Mas aqueles grupos em que já conhecia tuberculose, já tinha tuberculose tinha (?) alta tuberculose, nossa atuação, nosso programa de trabalho, ele dava prioridade a descoberta. Da descoberta e tratamento de focos. É descobrir, tratar e resolver. Para isso a gente organizou, organizou mais (?) (?) baixo nós fazíamos o tratamento do pessoal (?) na área, atendia aqueles que trabalhavam na aldeia. E essa pessoa era encarregada de procurar se informar fazer vacinas, (?) Fazer

lâminas, colher lâmina, e enviar essas lâminas...ou esperar a vinda da equipe volante da FUNAI, ou a nossa... e enviar, ou enviar para a unidade de apoio, pra diagnóstico. Aí você via na unidade de apoio era feito o diagnóstico. Você via quando era positivo, recebia medicação, começava o tratamento na aldeia. Agora, essas unidades de apoio tinham... eram internados aqui... no período necessário os casos que eram de internação. Quer dizer, o caso de hemoptise, um caso de intolerância e todas as espécies de casos para internação (?) lá aldeia e o exame prosseguia para...

TM - Mas esse momento aí já tinha uma certa mobilização das Unidades aéreas?

JM - Não, eu estou falando, na unidade de atendimento social...

TM - Pois é.

JM - ... com a FUNAI.

TM - E a tal FUNAI nas unidades sanitárias.

DR - Queria que o senhor falasse mais...

JM - Não antes...A nossa atuação há, era muito mais de levantamento de situação e de apagar incêndio. Quando tinha um caso grave a gente transportava, trazia, levava para uma unidade mais forte. As vezes trazia para o Curicica...às vezes trazia para o Curicica...Mesmo porque não havia esquema específico, esquemas já estabelecidos, padronizados...Em 51,54,56 não havia não havia esquemas. Então, nessa fase a gente ia pra apagar o fogo. Então quando havia casos graves, a removía esses casos graves, removía os casos graves. Isso começou depois que a fundação a organizar já com a FUNAI, a vida (?) FUNAI transferiu o serviço já organizado com uma infra-estrutura mínima local, que pudesse dar atendimento. Essa estrutura mínima local, tinha as unidades de apoio, geralmente essas unidades de apoio eram ou missões religiosas, ou o que se chama casa de índio. Em cada sede regional existe uma...Um típico hospitalzinho que recebe gente que está passando mal. Fazem o tratamento nessas casas do índio, até ter condições de continuar o tratamento na aldeia.

TM - E como era a aplicação da quimioterapia? Porque gente vem da cidade (?) pacientes mandam com terapia (?) a terapia fica negativa (?) situação visível. A saúde já está de certa forma sustentável. Como se convencia?

JM - Olha, o problema é o seguinte: Porque aí (?) Primeiro o resultado na área indígena, ele era muito mais...ele era muito mais...Quer dizer, era melhor do que nos dispensários dos hospitais do Rio de Janeiro. Na maioria com 100% de cura, na área indígena. Agora, primeiro, o treinamento, a seleção dos auxiliares, dos atendentes...Primeiro nós dávamos preferência ao índio, porque ele dominava a língua, e conhecia a cultura e tinha o poder. Tinha o poder de convencimento maior do que o nosso, do que qualquer homem civilizado. Segundo, essa, essa medicação dessa pessoa, era medicação da coletividade, então, a responsabilidade pelo tratamento não era do indivíduo, era da coletividade. Então, a gente

conseguia, a gente conseguia convencimento da coletividade de que aquele caso era um problema não do pessoal apenas, mas era um problema da coletividade. E que a única forma... e a doença dele era doença do grupo, da responsabilidade do grupo. Quer dizer... Outra coisa que era importante; era você convencer você não entrar em contato em nenhum traço cultural deles: eles podiam tomar garrafada, podiam tomar isso como qualquer remédio, toma o que quiser, desde que também tome esse. "Pode beber"? "Pode". Aquilo que o índio já estava alcoólico... Nós não proibíamos nada, desde que eles tomassem o remédio. Não colocávamos restrições. Porque senão ele poderia com a restrição do remédio ficava. Ninguém ia deixar de beber pra tomar o remédio, a gente cai na besteira muitas vezes mandava parar de beber, ele não pararia. E outra coisa que era, importante é... que a gente, procurava... Procurava criar nele essa mística da responsabilidade dele. De ele pode resolver o problema coletivo. Da importância dele dentro dessa... dessa... da solução desse problema. Então, por exemplo... você ver os tataravós... Quando nós colocávamos branco, o índio... não índio em termos lá da aldeia... era difícil porque ele não entrosava com aquele branco. E ele permanecia oprimido (?) ele estava lá depois ia embora não tinha responsabilidade. Então, por exemplo, a gente começou a fazer aquele esquema terapêutico lá em Cuiabá. Nós treinamos eram 12 ou 13, nós tínhamos 12 índios, inclusive Xavantes, pra fazer a mesma coisa. Esses índios, alguns anos depois mudou o esquema, então nós mandamos chamar esses atendentes para uma reciclagem. Isso tinha uma assistência constante, supervisão constante da equipe volante da FUNAI (?) estava sempre presente, sempre controlando. E o que era importante, ela valorizava o trabalho do, do atendente. atendente passou a ser uma pessoa importante dentro da aldeia. E ela... e essa pessoa... eles procuraram daquele crescimento inicial, sempre acrescentar mais, para eles terem um crescimento profissional. Sempre querendo aprender mais, pra ver como são as coisas. Então, quando nós chamamos esse grupo pra fazer reciclagem, pra nossa surpresa, todos chegaram trazendo doentes. Porque eles não tinham com quem deixar, não podiam parar de tratar, então a solução que eles acharam era levar pra " casa do índio" também, e levar o índio, pra " casa do índio"... e levar o doente pra casa do índio. Tal a responsabilidade que ele tinha e não podia deixar de tratar. Quer dizer, foi o caso por exemplo na Ilha do Bananal tinha um índio que teve um surto na Ilha do Bananal (?), mas aí foram os médicos lá (?). E ele estava se sentindo (?) e eu (?) e ele teimou que estava com tuberculose, teimou e o doutor não quis aceitar. Ele foi de qualquer forma pra Brasília, foi num dos dispensários, fez o diagnóstico e era tuberculose.

Quer dizer, isso visto... é difícil de entender e você vê uma sociedade pequena que vive arranjando problemas, os problemas deles são pequenos, e as coisas tem uma importância valores diferentes dos nossos valores. Então, o tratar da tuberculose para eles é diferente do tratar tuberculose para nós. É uma responsabilidade diferente. Então isso é uma das... Agora, todo o treinamento deles era um treinamento intermitente. Toda uma metodologia estratégica completamente diferente, porque o índio... Tratar com o índio que não sabe ler, não sabe escrever, botar responsabilidade nele de dar remédio que ele não conhece, as vezes aplicar injeção, quer dizer é difícil você tratar isso com analfabeto; mas eles eram analfabetos pra nossa vida, não é na dele. Quer dizer, na dele ele era um cara de padrão alto. Quer dizer, nós é que não consideramos dentro do nosso padrão. Então, todos os nossos treinamentos eram feitos nessa situação.

TM - Isso era orientado por algum orientador? Como é que vocês tinham (?) a parte de medicação?

<sup>19</sup>JM - Não orientador era Terezinha Prado, A própria equipe ...quer dizer, evoluía pra isso (?) sem nenhuma... e nossa equipe...toda a nossa equipe eles tinham, eles tinham uma, uma polivalência. Por exemplo, Terezinha era assistente social mais tirava raio-x, fazia escarro, fazia PPD...Quer dizer todos nós fazíamos esforço. Porque é claro, como é pra ter especialidade não, porque se fica doente vai fazer (?) lá no meio do mato você vai parar o serviço. Então todo mundo participava, com recursos daquele treinamento. Então por ele [interrupção da fita]

### Fita 5 – Lado A

JM - Toda essa dramatização era feita de uma forma bastante informal. De maneira que era engraçada a aula dali... Não dava assim um caráter professoral. Então, você discutia... por exemplo; a entrevista inicial, então, o que fazia? O Fraga era um doente, a Terezinha era o atendente.

TM - Qual Fraga que o senhor está falando?

JM - Antônio Fraga o... bacteriologista da... (?) Agora vamos fazer vários tipos: o tipo calado, o tipo contestador... Quer dizer, que dava assim, todas as possibilidades que as pessoas pudessem entender. Então... como ele teria que convencer as pessoas, em cada uma das coisas... Por outro lado, também fazia o seguinte... depois colocava as pessoas para fazer entrevista com a gente, e a gente colocava todos os empecilhos para ver qual é possibilidade, qual é a capacidade dele. Então, era uma coisa feita, dirigida, mais para a conscientização.

Quer dizer, o importante...é que ele saísse consciente de que era responsabilidade dele, era uma responsabilidade do grupo, interesse do grupo, e que, que tinha que fazer; tossir, fazer escarro, se estava doente, tomar o remédio até o final...Com isso a gente conseguia um resultado muito bom, sempre se conseguiu resultados bons. E isso a gente foi... nesse tempo foi melhorando. Com o tempo, a gente vem desenvolvendo um tratamento bem melhor e... Até que a gente chegou a atingir... chegou a atingir entorno de praticamente (?) em todo o Brasil... A gente conseguiu que quase todos os grupos...Uns melhores outros mais ou menos, dependendo muito... muito da gente conseguir um local de apoio

TM - E essa experiência com a educação que vocês tiveram, com dramatização (?). Ela foi trazida como uma experiência da Campanha no sentido de ser utilizada também... (?)

JM - Não...possibilidades de propagar (?) E... a gente... as pessoas não estavam com muito interesse. Porque muita gente, muito bem informada... Então, esse tipo de experiência não tem interesse.

TM - E isso dentro do próprio Serviço?

JM - É, no próprio Serviço. E no serviço não tinha na realidade, um pessoal treinado. Agora, a gente conseguia (?) por exemplo; uma experiência que a gente arranjou... uma experiência que a gente fez... isso não na área indígena, mas na área de... na área de difícil acesso. Quer dizer, nós utilizávamos para fazer cadastro, para fazer divulgação onde nós estávamos... O levantamento de... liofilização pra produzirmos. Pra modernizar a... água, modernizar São Francisco Canindé, (?) então o Noel teve uma idéia, que nunca foi muito utilizada, na educação da saúde, utilizar a literatura de Cordel. Então, nós encomendávamos a esses cantadores que existem lá pelo Nordeste, a literatura pra... E contávamos para eles: "Ah, fala da tuberculose, que tem cura..." As coisas fundamentais que a gente queria passar para o povo. Eles faziam... eles faziam esses... esses folhetins em Cordel. E detalhe: a gente colocava o preço... Dava de graça a metade do preço... Porque um dos problemas... dos problemas que tem na educação pra saúde voltada... enquanto órgão de publicação de massa, é a distribuição gratuita. Não vale nada. Mas se você botar dez cruzeiros e dar de graça, ele levou o lucro. O sujeito já começou lucrando... não estava querendo saber de custo... assim ele dava mais valor àquilo.

Então, além disso a gente contratava... contratava cantadores, repentistas, pra ficar ao lado do local de serviço, enquanto agente atendia. Fazendo aquele desafio e dando... fazendo educação pra saúde nisso. E o povo gostava, empregava e pegava mais, e dava (?) E eram eles que davam os resultados, pois senão a população não ia. Eram eles que davam o resultado, porque eles tinham uma linguagem muito mais próxima do povo, do que a gente. Eu por exemplo; chegava (?) "Olha, o seu resultado é normal". Aí... "O quê que é normal?" Quer dizer, precisa assim ter uma comunicação... Era muito difícil, e eles tinham uma melhor comunicação. Então a gente ia utilizando todos esses instrumentos para... dentro do serviço, e isso... Agora com um cuidado fundamental; a gente levava, tecnicamente, o melhor preparo possível feito no Brasil. Todo o nosso pessoal tinha treinamento. Então o que... As técnicas que eram utilizadas no interior... elas tinham, o mesmo rigor científico e a mesma qualidade técnica, daqui do Rio de Janeiro. Então, por exemplo... a gente perceber... Todo o nosso pessoal inteiro foi testado pela (?) (?) Então toda a nossa tecnologia, era a tecnologia exatamente igual a usada no Rio de Janeiro... O padrão de atendimento era igual, apenas adaptado à situação do interior. E os resultados aí, melhores do Brasil. Se você vê os nossos resultados, a gente tem resultados melhores do que ... você vai dar 85% de cura... E por outro lado... a gente foi, foi conseguindo, ganhar um espaço muito grande dentro da FUNAI, e... Pelo seguinte; que para a FUNAI era ótimo que nós... não dávamos despesa nenhuma, trabalhávamos de graça, para ela. Ela não pagava nada por isso, prestávamos um grande serviço a ela. E resolvíamos problemas sérios... e qualquer outro problema que tinha... problema de tuberculose, tinha alguém a quem recorrer e... tinha um alto padrão especializado, que conhecia a causa. Bom, isso estava tudo bem, ia tudo ótimo, tudo bem, até que mais ou menos em 1980, 81... quando se começou a fazer a verificação reforma sanitária. E iam acabar com os atendimentos verticais, iam acabar com uma série de... E a partir daí nós começamos a ter dificuldades, a ter um nível reduzido de atuação. Embora a divisão ainda tivesse reconhecimento disso, o Ministério da Saúde já não aceitava mais. Foi uma briga... foi uma luta da gente tentando convencer ... Mas essa idéia do... de um discurso novo, que era um discurso que eu diria que... Dentro do discurso

começou a perceber que... Você tem em geral de que alguma coisa... E tem que ter um tratamento diferenciado... e em geral... acaba com tudo, acaba, acaba por não pertencer é... O atendimento tem que ser universal. Tem que ser igual pra todos... Bom, eu não vou entrar... Isso vocês já conhecem muito bem, vocês já...

TM - Não, não (?) a gente já conhece mais ou menos. Com relação ao índio. A proposta da década de 80, então foi... um tratamento especial da tuberculose do índio?

JM - Não, eles acabaram com o serviço. Tiraram da estrutura do Ministério... o serviço do índio. Primeiro um argumento; o índio é problema da FUNAI..... O índio é problema da FUNAI. Eu acho que o índio é problema da FUNAI. Mas é um problema da FUNAI que tem que ter a norma técnica ditada pelo órgão que tem... Tem que ter um órgão técnico especializado para aquilo. Por exemplo... Então a FUNAI teria de criar um Ministério da Saúde para tratar da saúde, o Ministério da Justiça, o Ministério da Agricultura... Então muito mais lógico que cada um desses Ministérios tivessem um setor especializado, em ditar as normas e procedimentos, adaptáveis àquelas situações. Por exemplo: saúde materno-infantil, você pode fazer... toda a normatização da materno-infantil. Você pode fazer isso como o índio? Quer dizer, dentro da cultura do índio, quer dizer, se você for falar em fazer pré-natal com a índia... Vai... o índio vai querer te dar é um tiro...É muito da cultura da... Quer dizer, o índio nasce... quinze minutos depois tá no chão pintado de urucum. Você vai fazer... vai dar a nossa especialidade, a nossa... pluricultura nossa pro índio? Não pode, você tem que respeitar a dele, e criar normas pra... A cultura de reformas do viver deles. Não desmoralizar o atendimento deles.... Então isso até a... na 8ª Conferência que nós conseguimos patrocinar... a 8ª Conferência da Saúde do Índio. Nós conseguimos o...

TM - Nós e a Unidade de Atendimento Especial?

JM - É, era o trabalho da Unidade de Atendimento Especial... Aí não tinha mais unidades que eles tinham acabado. Nós mesmo reunimos... Nós o Iram o...

TM - O Iram era pela Campanha?

JM - ... É era pela campanha...

DR - Até 1980?

JM - A partir de 80 que foi... cada vez mais... Até 80 nós... não havia problema. A partir daí que começou uma série de dificuldades... começaram a aparecer dificuldades, e... Até que acabaram sendo tiradas da estrutura do Ministério da Saúde. A UAE... acabaram, com a UAE. A gente continuou trabalhando enquanto podia através do auxílio da FUNAI. Quer dizer..., mas aí já não era mais um atendimento como a gente... Já não era mais um programa... A gente tentava sobreviver... tentava sobreviver e usava de todos os artifícios para sobreviver. Mas não conseguia apesar da boa vontade da divisão, que na época era o Germano... que na época era diretor. Que dava todo apoio e era favorável, mas também não tinha força... pra... para mudar aquilo que estava sendo programado como mudança. O

Ministério da Saúde, SIS, Aids... o SIS e todo esse surto que até hoje não se conseguiu resolver todos. Então, quando houve a 8ª Conferência nós conseguimos junto ao Ministério da Saúde, fazer uma... uma conferência a saúde do índio. E conseguimos mobilizar muita gente, mais de 500 pessoas... Com índio, com tudo, por todo o Brasil... E fizeram a 8 conferência ... fizemos algumas conclusões... e dentro dessas conclusões a gente defendia exatamente essa idéia de que o Ministério... o Ministério da Saúde tinha que dar um pequeno setor, dedicado a saúde do Índio. Esse setor normativo, de coordenação, de auxílio para dar apoio a FUNAI. E a FUNAI teria que ter... a FUNAI teria que ter a estrutura de saúde. Exatamente a experiência daquela ... época (?). Foi aprovado... Mas agora depois ...

TM - Foi aprovado pelo ...(?)

JM - Não, foi só aprovado. Bom, mas daí depois da 8ª Conferência...saiu como resultado final da 8ª Conferência e tal... E o que vem é pior... depois... agora... ultimamente... fizeram a fundação. E dentro da fundação criaram aquilo que a gente tinha feito como... como um órgão do Ministério da Saúde. O que é importante um órgão do Ministério da Saúde com a... especialidade em área indígena... Mas ele colocou todo pessoal da FUNAI e... ele transferiu para o Ministério da Saúde. E aí então é o Ministério da Saúde...

TM - Agora, com essa legislação agora? Agora com Collor?

JM - E agora, agora...E passou a criar então... que a saúde... no Ministério da Saúde passa a fazer um programa de saúde vertical para área indígena... Quer dizer... o que é absolutamente inviável... é... inviável. Entregar pros estados... aí vai criar um problema... o índio vai ser (?) candidato de todos os serviços de saúde. Porque ele é autoridade dos estados. Quer dizer, se no Amazonas...o lugar que tem mais índio, o índio é um entrave para o que eles... consideram progresso. Contra eles... não tem nenhum interesse. Então... é isso que a gente está discutindo, e está tentando agora na 9ª Conferência, que vai ser no mês que vem... apresentar uma proposta diferente. Uma delas é reviver essa coordenação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Porque diga-se de passagem, pelas notícias que a gente tem, e isso é... é muito desgastante para você, você receber a todo momento... você perceber que o índice a tuberculose está aumentando, não está controlada, que não tem mais gente pra tratar... Esse tipo de coisa... que não tem treinamento... Acabaram com a Divisão Médica da FUNAI. A... o Ministério da Saúde não tem condições de assumir... Então está... Virou uma situação... regredimos alguns anos, e a coisa agora... Tentando assessorar o pessoal da...

TM - Então essa conferência hoje está de certa forma realizando uma proposta para Conferência Nacional de Saúde em relação ao índio?

JM - Com relação ao índio...

TM - E levantar todas as referências em (?)

JM - Não, não... Seria, seria esse órgão sede... o órgão sede que veio...



TM - Sim, mas a conferência estaria assessorando.

JM - Não, a Pneunologia sanitária... E nós, na nossa função... dar apoio técnico-científico ao programa de tuberculose da (?) que é o... nossa (?) com a tuberculose. Não só a tuberculose como todos os outros órgãos técnicos de Brasília, vejam envolvidos, fazendo um colegiado, que dê apoio a esse grupo, de saúde do índio, para normatização. Para resolver pra a orientação da FUNAI no tratamento do índio, como nós fazíamos antigamente... e não assumir o tratamento do índio. Quer dizer, não tem sentido o Ministério da Saúde... assumir o treinamento ... o tratamento...a preparação de pesquisa, do pessoal, essas coisas... Quer dizer, seria a FUNAI que teria... A FUNAI recebe a terra do índio, é tutora do índio... o órgão tutor é a FUNAI. E como ele trata a terra do índio, como ele trata da agricultura, da saúde, da educação... O tratamento a saúde do índio é boa apenas com orientação técnica do órgão especializado. Esse órgão especializado qual é? Os órgãos técnicos do Ministério da Saúde, coordenados por essa comissão de saúde em área indígena, que tem na fundação. Então... essa é a nossa proposta que a gente está tentando... vender.

TM - E como as pessoas hoje (?)

JM - Olha... na realidade... aqui todos estão querendo... torcendo como um todo ... tá desejando que o Ministro venha dizer: "olha eu sou o porta-voz". Porque o grupo acha que é absoluto conhecer os motivos... só sabe dos problemas de agora... E ele já está todo momento... aqui a gente é consultado... No Pará," Quem é que entende do problema do índio? De saúde, de tuberculose lá nas aldeias indígenas que eu faço? Quer dizer, porque...como está aqui, não estamos mais preparados para esse tipo de coisa... Então, é um desejo geral... e é um desejo... pra conseguir sensibilizar FUNAI, pra conseguir sensibilizar... tem agora uma reunião em Manaus exatamente por isso... Pra ver se a gente consegue... consegue... Aí não só como tuberculose, mas ... a tuberculose... Mas aproveitar a nossa experiência para toda saúde, para o tratamento da saúde... Como nós já fizemos uma vez, vamos tentar novamente fazer... isso em termos de... de, de Ministério da Saúde. Não sei se a gente vai conseguir... Eu acho que isso implica em uma porção de coisas.... Agora, eu acho que isso só pode ser definido, depois que se decidir... a... qual é orientação da 9ª Conferência. Porque eu tenho a impressão que vai mudar muito da... do SUSA, da orientação do SUSA. Eu tenho a impressão que... pelo menos as propostas estaduais... não... estão na mesma ... porque já foram feitas ... não conseguiriam pelos desejos do Ministério da Saúde do Alcení. Tanto é que ele protelou, protelou e acabou... acabou cancelando a 9ª Conferência. Não realizou com medo das propostas estaduais. Que eu não sei exatamente quais são. Mas há pouco... devem ser propostas de mudanças... no sistema único de saúde. E as mudanças operacionais... não as mudanças no sistema que já estavam num contexto institucional... Ninguém vai mudar um contexto institucionais, mas na operacionalização dessa... Deve ter algum tipo de mudança. E eu acho que isso... aí vai... A partir daí... nesse...nesse momento, da gente ver se consegue inserir para a área indígena, uma metodologia, uma estratégia... condizente com a necessidade do índio. Quer dizer, com a necessidade...Porque a saúde do índio hoje está absolutamente abandonada, porque foi... foi tirado da FUNAI a responsabilidade, ... a FUNAI hoje não tem um tostão... (tinha que dizer centavos) (risos)... pra tratar do índio, pra tratar da saúde do índio. A fundação...

tinha uma verba grande, que revestia uma verba de saúde para fundação... Mas ainda não teve estrutura... e nem estratégia para organizar... pra gastar. Então a saúde do índio está absolutamente abandonada no Brasil todo. Quer dizer, não tem... As casas... os hospitais, as casas dos índios, estão... sem luz... fundação não dinheiro ... pra pagar... estão falidas. Agora que a fundação... tem um grupo muito bom, muito interessado. Eu acredito que faça esse grupo... da Fundação Nacional de Saúde, que está (?) é um grupo muito bom, muito interessado. Que tem médicos, tem antropólogos, tem sociólogos, tem psicólogos.... É um grupo muito profissional, como deve ser... é o grupo que vai traçar normas e coordenar um trabalho, dentro de uma área indígena (?) dentro do setor de saúde pública. Então, você vai ter... esse grupo vai ter: primeiro que preparar, o grupo, o pessoal, com treinamento de saúde, para a área indígena. Com base em levantamento de... Esse levantamento de saúde para área indígena porque nós criamos na época, naquela época...nós criamos uma espécie diferente de pessoal. E comparando o pessoal do raio-x... do raio-x... eram os pianistas que carregavam o piano. Eles carregavam o piano, mas eram exímios pianistas. Eram ótimos operadores de raio-x, ótimos técnicos de raio-x, mas tinham que carregar o piano, treinar... senão não tocava. Quer dizer, tinha pesquisadores, antropólogos... todo um pessoal de altíssimo padrão... tanto é que se tornou famoso... e ocupa lugares dentro da estrutura do... da divisão (?) da Campanha de alto padrão... é um cargo assim de confiança da... da... Todos que trabalharam ocuparam cargos de alto... Quer dizer, são técnicos de gabarito, não são técnicos fabricados (?) E é isso que a gente precisa. E isso está, todo mundo está interessado... pra gente formar pessoas para isso. Isso aqui; Secretaria de Saúde... Isso a gente está... tentando. Mas tem que ter a decisão política... sem a decisão política só... Depois da recomendação da 9ª Conferência - se a gente conseguir fazer a recomendação - e que haja decisão política dentro do Ministério da Saúde, de fazer uma estratégia específica dentro da área indígena. Quer dizer, seria então a segunda opção... comissionária... que eu espero ainda poder ter tempo de transferir para alguém a experiência da gente. E eu não sei se vai dar tempo, de... de transferir para alguém esse tipo de experiência. Porque eu... com esse serviço de ... não experiência minha..., mas experiência de vida, de 40 anos de um trabalho modelo, um trabalho que foi considerado um trabalho modelo... E foi um trabalho que foi apresentado no Congresso Internacional... foi apresentado na Academia de Moscou... Quer dizer, que... existe um reconhecimento universal, embora haja muita pouca coisa escrita sobre ele. Então, pelo menos um registro oral, eu acho que era fundamental... Eu só... aceitei colaborar com vocês porque eu achava que não havia mais alguém...Pelo menos para levantar -- eu não sei se eu dei todas as explicações -- pelo menos para levantar que existe... que isso existiu no Brasil... existiu no Brasil uma experiência, que é uma experiência única no mundo inteiro, de, de estabelecer uma... uma estratégia para a área indígena que deu resultado... num bom padrão de saúde, sem modificar a pessoa do índio, sem artificializar... nada. Uma vez eu trabalhei num hospital de... primeira... (?) lá nos Ianomanis porque a ONU... a ONU resolveu dar um hospital... mandou fazer um hospital, e depois... (?) ... Que só a vivência desses anos todos deu... Por exemplo: nosso aparelho de raio-x, que nós utilizamos nesses anos todos. Foi um aparelho que nós... adaptamos exatamente, para essas pessoas. Por que? Primeiro, nós tiramos tudo que é... quanto é possível tirar. Parte do motor, mecânica... porque no interior não tem ... Então por exemplo, para você elevar aquele... que... modifica pessoa para aumentar e diminuir... Quer dizer, nós fizemos um pequeno motorzinho, colocamos uma

adaptação no aro de bicicleta, com manivela... porque é ainda no Brasil o combustível mais barato que a gente tem... Então (risos)... qualquer outro serve, e qualquer outro serve.

TM - Qual era o (?) energia elétrica?

JM - (?)

TM - Roda? Era Bateria com roda?

JM - Não, era um gerador... um gerador pequeno... Tinha os outros problemas... nós fizemos era gerador pequeno, mas o gerador pequeno podia ser transportado... e não podia passar 80 quilos, senão a FAB não leva mais de 80 quilos. Então nós tínhamos... Mas esse geralmente... de um ou dois cavalos, não servia pro raio-x, era pequeno. Então nós fizemos um artifício... Uma técnica de artifício nós criamos um [interrupção da fita]

### **Fita 5 – Lado B**

JM - ... aparelho ligado a resistência... para ser ligado ao aparelho de raio-x e ao motor. Então ele fica com a resistência... ele tem exatamente a necessidade de carga, que precisa o raio-x. Então, ele está constante. Quando na hora que bater... segundos pra bater... décimos de segundo, a chave passa para o aparelho, e depois volta para ele automaticamente. Então não cai, e não afeta... Se você usar um aparelho comum... um gerador comum, ele... quando você liga o raio-x ela cai e não aparece nada. São pequenos detalhes técnicos que foram adaptados. Tanto é que a Simonsen criou um aparelho, e chamou de Susa em homenagem a gente... Porque foi a gente que desenhou para eles. E vendeu aí... Até o Exército andou comprando... Vendeu no exterior. E a... depois foi desenvolvido no exterior. Até o momento que o pessoal do Exército... eu estava no quartel, estava no Mato Grosso, quando eles me chamaram, para receber um aparelho, que ninguém sabia lidar com ele. Diziam que era um aparelho americano... Porque o americano era escrito SUSA. Eles... o "S" eles não sabem o que é que é, mas o outro era USA (risos); É, U.S.A... que dizer... era um aparelho americano... Era um aparelho nosso que o exército tinha comprado. Então... eu acho que estas tecnologias todas tem que ser... Nessa, nessa estratégia... tem que ser repassado, ou retomada. Porque não há outra solução no momento, para você tratar tuberculose na área indígena. Nesses 10 anos... comprovam que está aumentando, terrivelmente a tuberculose... Até que nesses encontros mais regionais, nós recebemos pedidos de S.O.S de Santa Catarina, do Rio Grande do Sul, do Amazonas, do... Rondônia, de Roraima, do Pará, de várias... E a gente está com uma vantagem, porque não tem... porque a gente deixou morrer uma coisa... dentro daquilo que é muito brasileiro... que primeiro acaba, e depois vai ver, o que vai ficar no lugar... Como fizeram com a Campanha Nacional de... Saúde... (?) e todas as outras iniciativas... (?)

TM - E as pneu... (?) quer dizer, é... (?) o senhor sentiu essa mesma mudança enquanto...

JM - Não, o que... primeiro que... O índio já... nossas...(pneu...) (?) quer dizer as índias, havia... e... elas são... ainda são epidêmicas... E na maior parte dos grupos indígenas elas ainda apresentam aquele quadro epidêmico que... da pouca...da pouca... resistência... E o que acontece é o seguinte; esses programas que pertencem materno-infantil, nunca foram testados... por novas técnicas... (?). Então, quando não há presença de bandos grandes... não há problemas... grandes. Não... (?) então por exemplo o Xingu passou cinco anos sem mortalidade... de uma criança com menos de cinco anos... E por quê? Não apareceu nada...Porque era a área que nós controlávamos... era área de controle. Então, eu acho que... Por isso é que é importante, que o Ministério da Saúde crie normas. Nós estamos solicitando... que assuma também, dentro desses projetos de tuberculose, despesas... (?) Mas isso aí envolve um outro tipo de entendimento que é... da materno-infantil... Que é de outro programa; e aí tem um treinamento diferente, com programação diferente... Nós não vamos nos transformar, no Ministério da Saúde do Índio. Eu acho que isso... é difícil... Por isso que tem que haver em Brasília essa comissão de coordenação de saúde do índio... Que vá a cada programa saber o que fazer com o índio em cada um desses programas..." Qual é... qual é a complicação? Nós temos, por exemplo, isso... a criança... Informalmente a gente pode dizer, que nós testamos esse programa de... de vida numa área, numa área indígena durante uns dois meses... muito grande, com a...

TM - Isso foi quando?

JM - Como?

TM - Foi quando?

JM - Logo que iniciou ou... antes... 80, 81 por aí. Nós testamos aquelas primeiras... Foi evoluindo... todo nosso programa de tratamento... E o que era... o nosso projeto... quase tudo da nossa experiência, nessas mudanças que foram feitas... Toda mudança de certo modo já era alguma coisa. Que vai para Brasília, volta de Brasília... volta para Jacarepaguá entra e sai .... Nós tínhamos pensado, inicialmente... o Germano tinha pensado em organizar aqui um centro... o modelo da Unidade de Atendimento Especial... E que tivesse uma (?) e toda a documentação referente a isso... Mas infelizmente a gente não está vendo que ... nessas... nessa pressa de implantação. Porque você... Eu não sei na sua opinião, mas na minha opinião... foi feita... talvez um pouco deturpada. Aqueles que defendiam o sistema de saúde, que eram um pessoal que eram todos ...da esquerda sanitária por exemplo... eles na pressa de tornar a situação irreversível, atropelaram um pouco o processo... E então... mudaram até tornar irreversível a coisa... E na minha opinião é um resultado muito bom ...(?) muito grande. É o seguinte eles organizaram todo um discurso de Sistema Único de Saúde, para um parlamentarismo, se eles... E quem aplicou foi a direita. Então deturpou completamente toda a ideologia... Então, o Alcenis... os alcenis fizeram a interpretação deles... De SUSA ter o hospital público, acabar com... de desmoralizar o serviço público como um todo... de desmoralizar... desmoralizar tudo que existia. Quer dizer, começar o Brasil em 1990, como se estivesse acabado de chegar... E eles os donos da verdade, faziam a verdade deles. E isso aí no Brasil... cada um que chega parece que nunca existiu nada antes, (?) (?) não sei, deve ter feito. Mas isso é uma tendência normal pra quem chega,

negar tudo que existiu... (?) (risos) pra colocar pra fora todas essas medidas... essas medidas (?)

TM - (?) Olha só, tem uma... um trabalho que nós queríamos pro senhor... sobre o hospital Porta da Esperança em Mato Grosso do Sul. Como é que foi esse trabalho?

JM - Olha... Porta da Esperança, esse hospital...

TM - Esse nome inclusive é bastante... pitoresco...né?

JM - É, é muito pitoresco... e a evolução... porque agora ele tem um outro nome... que tem, bem... está ligado a tuberculose e que tem um outro nome também muito pitoresco é ...(?)

TM - Ah, é.

JM - É. (?) nome do hospital é... Hospital nas mãos de Deus, coitado do (?) Essa missão começou a tratar de tuberculose a muitos anos atrás, na... na (?) e... nós dentro daquela nossa política de aproveitar os serviços de tratamento... existentes e... implantar neles uma tecnologia e adaptá-la ao indígena. E melhorar o padrão técnico deles. Nós utilizamos essa missão que nos deu uma boa resposta. Pessoas que tinham... eram bem intencionadas... E foi uma das melhores experiências que a gente fez com Unidade de Apoio num serviço... numa área que cobria os índios Caruá, Caruel e Terene... Essa... esse atendimento nessa área, foi um atendimento que... na nossa opinião mudou, completamente, o quadro epidemiológico dessa região. Inclusive os Caiapós eram os índios ...eram um dos problemas mais graves de Tuberculose e nós conseguimos algum tipo de trato... epidemiológico...com eles... Porque também... era um pouco difícil... (?), mas... o número de formas graves... de doenças graves... A mortalidade diminuiu... e a... Eram, eram um lugar que nos serviu de modelo... nos serviu muito para depois utilizar em outras áreas. Porque foi a área que a gente trabalhou primeiro, trabalhou mais tempo... Creio que nós começamos a trabalhar com essa missão a partir de 1959... Então foi uma área que pode desenvolver um bom trabalho... E inclusive de referência, de contra referência, o treinamento de hospital, o treinamento de... auxiliar. Porque é o seguinte; nós fizemos lá o treinamento... fizemos o treinamento para todo o Brasil... Então nós treinamos lá, fizemos um ensinamento para 500... ... Quase todo o nosso treinamento passou a ser feito... de 24 treinamentos, para 570... atendentes treinados nessa área do Pantanal... Porque realmente é... uma estrutura, que é fácil de mover, do nosso... nosso (?)... de trabalho. E que respondeu muito bem, ...e foi um resultado muito bom, em uma área muito difícil. Porque é única...Porque era a única... era a única que estava dentro de numa fase... de desestruturação completa...Porque o índio tinha virado um pária... e nós não poderíamos trabalhar como...

Das situações mais difíceis da gente ficar... uma das áreas mais difíceis pra gente ficar... E a gente conseguiu um resultado muito bom... e que hoje lamentavelmente eu estou sabendo que o abandono está em 70%... Caiu em dobro.

TM - Mas o medicamento? Não tem medicação?

JM - Agora o Estado tem, Agora... Cada um está se virando como pode. O modelo que saiu... lá do Senado... quem tinha interesse continuou trabalhando como podia.

TM - Quer dizer, a referência hoje é a (?)

JM - Não a... Ele sabe.

TM - Com a saída da Campanha?

JM - Com a saída da Campanha, hoje a responsabilidade é...

TM - A FUNAI... (?)

JM - ... a responsabilidade... federal seria do Miguel...

TM - Da tuberculose?

JM - Da tuberculose, como... como... Agora a execução... Mas agora passou para essa... essa... COSAI, que é uma Comissão de Saúde de Área Indígena, que a fundação criou... que ainda está em fase de... (?) Mas o... o... essa retomada deve ser feita pelo setor da FUNAI... pelo setor do Miguel. Inclusive ele estava lá... ele estava discutindo... isso com ele.

TM - Como ficava o trabalho no que diz respeito a normatização?

JM - A normatização ...

TM - ...ainda ... toda a normatização...

JM - Não...

TM - O programa nacional de tuberculose ficaria... seria reativado?

JM - Era da responsabilidade do Miguel...

TM - E o Centro de Referência? Como seria ele?

JM - O Centro de Referência? Ele tem... tem duas coisas; uma... ele é do núcleo...núcleo macro. Regional... do Sul- sudeste... Porque esse programa do Miguel terminou... com a numa regional Norte, terminou com a regional nordeste, do Sul e o Sudeste... E além disso nós precisamos de um órgão... de apoio técnico científico. Quer dizer, nós somos um órgão que apoia o Miguel... a responsabilidade do Miguel... Mas... por exemplo, ele quer estudar agora, tuberculose e Aids... Mas aí não tem estrutura... Então nós... estudamos e levamos a nossa... pra ele...

TM - Agora essa... essa orientação está sendo muito... do Centro de Referência. Não está legalizada... Quer dizer, o centro de Referência ficou...

JM - Não... porque ele ainda não tem estrutura...pra isso...

TM - Pois é...

JM - Ele ainda não tem estrutura.

TM - Está saindo uma estrutura dentro do Centro para... o ministério.

JM - Para ministério. Quer dizer, nós estamos formando o Miguel lá... O Miguel está lá e cá.

TM - (?)

JM - É, exato. E... para quando estiver informado a gente ficar apenas na fase de buscar... de buscar... não operacional. Então todos os programas operacionais, são da responsabilidade do Miguel. Os programas técnicos-científicos... são nossos... de apoio técnico-científico. Amanhã ele quer uma consulta de... mudanças de esquema de tratamento... Quer dizer... ele nos solicita... Uma avaliação epidemiológica... Então nós passamos a fazer... dar apoio a ele. Agora a operacionalização é dele ... o setor dele. O nosso interesse é que ele assuma também na área indígena. É claro... como um prolongamento da...

TM - E como estava a equipe dele... em termos de pessoal?

JM - Ele tem pouca... tem pessoal. Mas ainda... o pessoal dele... ele agora está tentando colocar... Porque como nós tínhamos o controle aqui... quase todo... falta, falta muita gente, muitos dados e muita experiência do pessoal de lá. E ele agora está tentando formar a equipe dele. Ele está convocando pessoas, e está... começando. E nessa fase a gente tá... Quer dizer... por exemplo... planejamento: ele tem um planejamento bom lá... ele já tem experiência... Então nossa questão de planejamento seria... ir à Brasília e...

TM - Assessorar...

JM - ... assessorar, e organizar para ele ... Como qualquer outra área... pessoal de treinamento... Ele está planejando treinamento para ele.

TM - E o ministério... (?)

JM - Olha... o que aconteceu foi o seguinte: houve uma, uma... O Alceni, antes... pouco antes de sair... ele tentou provar que... queria provar... que o ministério... que a Campanha... da Tuberculose, não funcionava no nosso sistema. Então foi sugerido, e ele aceitou, fazer uma... uma auditoria internacional pra dar o parecer sobre o programa. Bom, quando estava os entendimentos sobre isso... ele foi... ele saiu. Agora nós compramos.

TM - Auditoria técnica?

JM - Auditoria técnica. Então, nós compramos a idéia; interessante para nós mesmos. Inclusive para a orientação... Nós achamos que o programa é bom. Seria ótimo que alguém da auditoria internacional, realmente visse... e provasse que era bom. E inclusive, se houvesse algum tipo de mudança a ser feita, a gente sugeria... para gente fazer. Porque nós estamos trabalhando certo. Quer dizer, o que ele pensou que fosse para desmoralizar a gente, ou para provar que a gente não era bom, nós revertermos a coisa... e incentivamos a realização pro Adib Jatene... pro Jatene, para provar que é bom. E... o que não estiver bom, mudar. Mudar de acordo essas, essas... Por isso foi feito... veio lá, da organização Mundial de Saúde... veio escrito... lá da União Internacional (?) Veio técnicos da OPAS, eles estiveram aqui ... estiveram uma fase no Rio outra em Brasília e houve então a avaliação ...(?)

TM - Essa avaliação ...(?)

JM - (?)... Não. Essa muito antes...muito tempo. Foi internacional... que foi feita a uns dois meses atrás. Que produziu um documento... um documento sobre... (?) na tuberculose... E, que nós utilizamos... como roteiro de orientação, para ditar a nossa conduta a partir daí. E isso aí... nós aproveitamos isso, e discutimos nesses encontros regionais, os pontos é... práticos ... Quer dizer o que pretendia ser... um fato negativo, a gente transformou, num fato positivo. Eu acho que... Eu só gostaria que isso fosse antes... para ele saber...O Jatene (?) conhece bem a... o nosso programa ... ele é que implantou em São Paulo...Conhece... um programa ...

TM - Então essa avaliação hoje é positiva?

JM - Eu acho, eu acho que o programa de tuberculose evoluiu muito. Eu acho que chegou a um... A técnica... (?). Agora ele só pode melhorar a partir de agora... melhorando a estrutura de saúde... como um todo. Porque ele está dentro de uma estrutura de saúde. E enquanto essa estrutura de saúde... como um todo não melhorar... Não vai melhorar, a não ser que você faça uma ação vertical. E seria complicado dentro do Rio de Janeiro. Enquanto não, não... melhorar a estrutura de saúde, dentro do Rio de Janeiro a tuberculose, vai ser sempre ruim. Porque ela está inserida dentro da... Naqueles estados em que o esquema de saúde é melhor, o programa não importa... Quer dizer, então a partir de agora a gente só pode melhorar, melhorando a estrutura de saúde num todo. Quanto ao programa nós estamos com uma... medicação, que cura acima de 95% dos esquemas tratamento...

TM - É, a questão não é nem técnica.

JM - Não, é nem técnica.

TM - É política?



JM - É uma questão política... É um programa de política de saúde. Quer dizer, ele dá priorização... que dê a tuberculose dentro do Ministério da Saúde. Quer dizer, não adianta nada você ter um bom serviço operando, se o Ministério da Saúde, a CEME não compra remédio, não distribui o remédio... (?) não adianta você ter... uma boa estrutura de saúde, você ter um bom programa, um programa bem feito, um programa executável, com todas as características de um bom programa- que é um programa que causa impacto com todas as condições pra até controlar tuberculose - se você não tem... se os estados não tem estrutura viável, se o Sistema Nacional de Saúde ainda não está organizado. Esse sistema único de saúde dos nossos sonhos... de muitos anos. Porque nós começamos antes deles... a tuberculose por enquanto começou... toda a filosofia de trabalho, muito antes. E em termos de interação, centralização, de integração, ...a universalização da clientela... Todos esses princípios, que hoje... (?)... nós adquirimos aqui... (?). Quer dizer, apenas a gente não consegue mesmo... no próprio... (?) Temos que melhorar esse sistema de saúde. Enquanto não melhorar o sistema de saúde, não há nenhuma possibilidade do programa melhorar. E nós uma situação muito grave... porque estamos diante de outros fatores... (?) negativamente muito mais importante que a tuberculose... que é a Aids e que a... é a situação sócio-econômica... a situação econômica do país que faz cair... Quer dizer, são os dois fatores condicionantes do agravamento do problema de tuberculose, que se esquece do próprio sistema. A não ser que sejam tomados as medidas de imediato. De você levantar, pegar... Agora o problema... é decisão política ou estratégia de decisão política. Me parece que antes isso... Mas é colocar em prática essa decisão...(?)

DR - E a verba? O orçamento original da tuberculose... (?)

JM - É muito grande, é grande. O grande problema e operacionalizar isso. Porque você tem a verba..., mas essa verba... Quer dizer, como todo orçamento do Brasil, está... subdirecionada... Agora depende... quer dizer, depende... muito mais dinheiro pra tuberculose do que necessita. O é problema de não cortar esse dinheiro. Ou desviar ele para outra prioridade. O problema da prioridade política, de ser entendido como uma prioridade política. Por exemplo, a tuberculose tem todas as características... para ser programa prioritário. E as características no conceito de planejamento... (?). Então, é uma doença absolutamente vulnerável, porque cura facilmente... (?) você tem toda uma tecnologia sofisticada que pode ser utilizada. A outra característica... é a importância social da doença. É uma doença que tem uma importância social, tem muito de preconceito, tem inclusive... A outra, a... a pode ser integrada, integrada dentro de um sistema de saúde vigente. Ela tem todas as condições... ela pode ser aplicada em qualquer nível de unidades... Ela pode ser adaptada a qualquer sistema de saúde. Porque ela tem uma... técnica, tecnologia muito... E a outra... que é a importante; a magnitude. Ela é, ainda é um grande problema de saúde pública e um programa com tendência a se agravar. Então ela tem todas as condições... pra sensibilizar as pessoas pra que... pra colocá-la como uma prioridade. E é isso que a gente tentou vender... Tenho a impressão que vendeu pro Ministério da Saúde. E se ele comprar seria ótimo... Porque o estado na minha opinião... ele sofre muito influências do que é ... federal. Então, se é propriedade federal acaba assumindo como prioridade. Eu acho que único problema, no momento, é esse jogo... É conseguir ser considerado uma prioridade dentro dessa... dessa... (?)... tem um resultado fácil...

TM - Tem tudo pra dar certo?

JM - Tem tudo pra dar certo... [interrupção da fita]

### **Fita 6 – Lado A**

TM - Entrevista com o Dr. José Numes de Miranda, dia 9 de julho de 1992. Como a gente estava dizendo, a medicação... sempre se coloca que a medicação da tuberculose é muito cara...

JM - Realmente é o esquema mais caro que existe, mas não é... Mas se você for medir custo-benefício ...entendeu?

TM - Sim, claro.

JM - Segundo, que em comparação às outras doenças... as outras doenças, são muito caras, são mais caras porque precisam de muito mais estrutura, não tem uma tecnologia de aplicação tão barata quanto a tuberculose, você com um microscópio...

TM - Diagnostica...

JM - Você diagnostica. Quer dizer, você não tem as necessidades de uma tecnologia avançada. Por exemplo o câncer. É outra que é importante, ela é uma doença vulnerável, você consegue curar fácil. A Aids por exemplo é uma doença que tem todos os fatores para ser prioridade, mas não tem esse fator, não dá para curar... Quer dizer, a vulnerabilidade do doente do câncer ou da Aids... são menores do que a vulnerabilidade da tuberculose. Quer dizer, então eu acho que o preço do remédio é o que menos influi em função do custo-benefício, em função dos outros fatores. Porque não é só remédio, não é só remédio. Agora quando você tem por exemplo com Aids remédios caríssimos, com custo-benefício baixo. Agora, a maior preocupação nossa nesse momento, e que tem que ser conscientizado é que a tuberculose é uma doença que está na porta para aumentar. Você não sabe o que vai acontecer com a tuberculose, com o desenvolvimento da Aids até o fim do século. Enquanto a previsão que se pensa da Aids até o fim do século... com a previsão da tuberculose vai sempre... vai crescer. Vai ser pior do que o da Aids, em termos nacionais. Porque... pior que a Aids. Então o que deixa a gente pesaroso é saber que você sabe todas as estruturas, conhece as estruturas, mas a burocracia, a administração, e o momento que a gente está vivendo... momentos políticos difíceis... corrupções, etc., impede de você fazer a coisa que, tecnicamente, seria fácil... no entanto...

TM - E esses... Todos esses anos de programa é... o senhor sentiu alguma... algum momento complicado... em relação a isso, ou foi sempre muito bem receptivo? Quer dizer...

JM - Não, sempre fui muito bem recebido... Inclusive porque o programa de tuberculose sempre foi fácil. Dizem... antes de eu assumir... como modelo de programa, modelo de

programa que deu certo. E sempre foi um exemplo, um exemplo. E quando querem apresentar um programa que dá tão certo: era a tuberculose... era o carro-chefe. E por que? Porque ele tinha todas as condições, quer dizer, ele fez facilmente tudo, que você hoje está querendo fazer em termos de saúde geral, ele fez pessoalmente, individualmente... Individualmente conseguiu essa... todos esses quesitos de ser representante. Essa coisa toda que passou a integrar o sistema de saúde. Há quanto tempo... Pra você ter uma idéia, nós tínhamos 10% dos municípios com a doença em 73 com esse tipo de programa, quer dizer, que desenvolvia com a unidade de saúde, que desenvolvia o tratamento da tuberculose. Quer dizer, só se tratava no Brasil no começo de tuberculose em 10% dos municípios, e em 1970 eram 90% dos municípios tratando de tuberculose. Quer dizer, então qualquer tipo de unidade tratava de tuberculose. Quer dizer, nós não... não descobrimos, pelo menos não pensávamos em descobrir, 50% dos doentes. Nós estamos com cerca de 80% dos doentes descobertos. Então curamos... quer dizer, mais de 80% em algumas áreas. Agora caiu, o programa caiu um pouco. É um programa que foi bem aceito, tanto é que você vê no INAMPS, todo o programa do INAMPS nos anos 80, aceitou perfeitamente a integração da tuberculose em saúde, repassou todos os seus recursos da tuberculose, que eram muito grandes, para a área da tuberculose, para a Secretaria de Saúde. E a Secretaria de Saúde passou a ser... Então essa estadualização e municipalização começou com a tuberculose, muito antes de se falar nisso. Outro aspecto que... Por exemplo, a desativação dos leitos... Nós tínhamos cinco mil leitos para tuberculose em 1972, em 1980... tínhamos 2.000, quer dizer... E agora quando se fala: precários, os medicamentos precários, tinham a exata aplicação de um tratamento, de um tratamento caro, foi o que possibilitou, para você diminuir o número de internações. Então, o tratamento de tuberculose como um todo, ficou mais barato, apesar de utilizar medicação muito mais cara... o mais caro sistema. Há poucos anos atrás o Ministério da Saúde, em 19... Antes da aplicação do sistema adotado gastava-se em tuberculose no Brasil cerca de 100 milhões de dólares. Passou-se a gastar menos de 60 milhões de dólares, com esse mesmo esquema. E esse esquema (?). Então houve uma economia... O que houve na realidade foi uma racionalização dos recursos, porque até então no Brasil a racionalização dos recursos, racionalização (?), queria dizer racionalizar pobreza. Nós não racionalizamos pobreza... Passamos a usar remédios caros, remédios caros, mas racionalizando a participação. E isso... com acompanhamento, supervisão e com coordenação e organização do programa, quer dizer, o programa que passou a ser bem administrado.

TM - Como o senhor está vendo hoje na última semana, que os jornais têm veiculado muito a situação real da tuberculose? Porque geralmente ela é abafada, quando chega à imprensa a tuberculose, é colocada em off por muita gente como uma certa pneumonia. E há algumas semanas eles estão... quase que quotidianamente eu vejo isso circular na imprensa. O que está acontecendo ...? Tem alguém alimentando essa imprensa.

JM - Há um interesse. Pelo menos, há um interesse nosso que isso aconteça...

TM - Sem dúvida.

JM - ... há um interesse. Eu não sei se... até onde está vendo dessa forma, eu não sei se também chegou a um ponto tal, que não dá mais pra...

TM - Segurar...

JM - ... pra segurar, quer dizer, eu calculo, quer dizer... principalmente no Rio de Janeiro... eu calculo que a situação deve ser dramática. Dramática pra quem está num posto de saúde, pra quem está na Secretaria de Saúde não se agüenta mais a pressão. Quer dizer, a pressão tem sido tremenda. Então só há uma forma: botar a boca no mundo, quer dizer, eu não acredito que seja uma coisa organizada, embora eu ache que deva se organizar, pessoalmente eu acho que deve organizar, se orquestrar isso. Mas eu acho que chegou num ponto que não há mais condição, quer dizer, vocês colocam que o programa de tuberculose no estado...do Rio de Janeiro, não há outra saída, não vai ficar bom... Tem que pressionar, pressionar, pressionar e usar de todos os recursos que pode pra pressionar. Isso está extravasando para as sociedades médicas, sociedade de fisiologia e acaba transbordando sem... sem um objetivo...Tomara que tenha....

TM - Sem objetivo.

JM - ... alguém que possa definir isso. Quer dizer, é um escândalo a gente ter um programa de tuberculose no Brasil... Sem olhar a CEME, ... Ter o monopólio de tratamento de medicamentos e não comprar medicamentos por exemplo. Por exemplo, se você não pode comprar... Nem rico, você não pode comprar em lugar nenhum. O único que pode, que tem direitos de fornecer não compra, não tem. Por que? Por que está comprando Toyota?

TM - É uma ditadura da medicina de certa forma?

JM - Não, não é. É uma ditadura burocrática, é uma burocracia.

TM - É, mas acaba sendo uma ditadura, porque como não houve discussão acaba sendo uma ditadura da medicina. O sujeito pode estar tuberculose, tem condição de adquirir medicação e não pode. Porque o ponto de vista é lógico, é uma política lógica o Estado adquirir medicação.

JM - Eu sei, eu acho que é dever do Estado... e eu acho que... a gente defende deva ser uma distribuição gratuita. Porque além de... além de outros... Para poder manter o tratamento de ponta. E como é um tratamento caro, se você não distribuir gratuitamente, aparece um milhão de picaretas aí, de picaretagem. E aí vai ter estados que tem dinheiro compra, o estado que não tem não compra. Tem o tratamento de primeira e de segunda. Eu acho que é fundamental que o ... governo federal continue oferecendo. Agora é um absurdo ter sido deixado num segundo plano para se comprar Toyotas...

TM - Bicicletas...

JM - ... bicicletas. Quer dizer, tudo isso aí é uma contingência que eu acho que é passageira, e eu espero que seja passageira... Me parece que ... o Jatene... é um homem sério, e ele estava empenhado, está se virando. Mas é difícil você vencer a máquina...

TM - Professor, uma coisa que ficou faltando no seu depoimento, porque a gente passou muito rápido, como é que foi essa mudança da rua do Resende para Curicica? Quer dizer, ela aconteceu quando? No início do governo Collor, quando anunciou o término da Campanha? Como é que foi isso?

JM - Não, essa mudança ela foi muito simples, essa mudança foi o seguinte: primeiro houve ... tentativa... quer dizer, a primeira em 1981, com a determinação ministerial da ida de todo o Ministério da Saúde, de toda a Divisão para Brasília. Então, foram pra Brasília. Bem, aí como era muito difícil você transferir todo mundo pra Brasília principalmente porque Brasília tem uma característica (?) na base da dificuldade. É muito difícil você levar gente boa pra Brasília, em função da instabilidade, de pagamento... E mesmo quem tem condições, um padrão alto, de demanda (?), não aceitava o cargo (?) em Brasília... se dentro de 6 meses pode sair. Então há uma certa dificuldade em levar as pessoas para lá. Como traçou uma estratégia na época, da gente criar um centro de referência, um centro de estudos, um centro de referência, vamos dizer, que por ser aqui no Rio de Janeiro a gente pudesse manter um pessoal de alto nível envolvido no problema da tuberculose pelo menos - não administrativamente -, mas pelo menos no ponto de vista técnico-científico, trabalhando e atuando, fazendo um estudo de saúde, um estudo de tuberculose. Pra não deixa morrer, não deixar na memória todo aquele conhecimento acumulado. Quer dizer, aqui... Então o Centro seria o depositário de todo o conhecimento acumulado nesses anos todos, e desenvolvido desde antes da Campanha, desde... a criação do Serviço Nacional de Tuberculose (?) seria o depositário. Então se criou esse Centro. Inclusive pra desenvolvimento de maior técnica em termos de laboratório... [interrupção da fita]

DR - A gente estava falando sobre a criação do Centro de Referência.

JM - Como eu estava falando, em 1981 com a decisão de se transferir para Brasília a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, e a dificuldade de se levar para Brasília todo mundo que detivesse conhecimento da tuberculose, o medo das próprias condições de Brasília de transitoriedade de cargos ou o que seja, então, a gente criou a estratégia de criar um centro de referência, ou um instituto, qualquer coisa... um órgão assim, que fosse um órgão técnico de estudos, para que fosse depositário de todo o conhecimento acumulado de tuberculose desses anos todos - até mesmo antes da Campanha e depois da Campanha - e das pessoas que viveram e a história da tuberculose. Por exemplo, a biblioteca nossa é a maior biblioteca especializada do país, em termos de fisiologia. Quer dizer, teria que ter um estudo qualquer. Porque... teria que ter um destino qualquer. O que aconteceu com (?), destruíram aquele órgão do Rio de Janeiro, que hoje não tem memória (?) tem pouca memória. Então, aqui a gente criou esse Centro ... a gente criou... E também visando não só o passado, mas também o futuro... para um local de estudos, para desenvolvimento de tecnologia nova, em termos de mão-de-obra, setor de pesquisa, setor de ensino, setor... vários setores. Bem isso foi... Como ficou aqui o Centro de Referência, e lá na cidade ficou o lugar, a sede da Campanha. Depois para facilitar o entrosamento, o superintendente da Campanha passou também a dar expediente aqui. Foi ideal porque ele estava muito isolado lá, o centro de desenvolvimento... A oficina aqui e o escritório lá. Então, ele criou aqui também paralelamente, um escritório da superintendência. Mas aí para não manter duas estruturas, passou-se a fazer... Porque seria o dobro do pessoal, muito mais caro... que fosse

feita a mesma estrutura, o centro de referência era também a superintendência. Quer dizer, as pessoas, os personagens eram os mesmos, os mesmos atores desenvolvendo papel, tanto nacional como dentro do Centro. Mas cada vez aqui, absorvia mais o pessoal aqui do que lá, então foi feito exatamente consensual. Mas os órgãos de contabilidade, da administração, ficavam na rua do Resende... Depois veio com essas mudanças aí do Collor etc... o que culminou com a extinção da Campanha. Quer dizer, a rua do Resende foi desativada. Agora é Campanha. Então o Centro passou a ser só Centro... ele que tinha sido as duas coisas, passou a ser só centro. Quer dizer, deu pra entender a coisa?

TM - Deu.

JM - Passou a ser só Centro. Ainda bem que nós criamos isso, porque se na época não tivesse criado, isso acabava o Resende e não ficava mais nada. É, não ficaria mais nada.

TM - É verdade. Eu queria que o senhor falasse um pouco... A gente até falou do Nutels aqui. Mas eu queria que você falasse um pouco do Nutels até a morte dele.

JM - Olha, o Noel foi uma das figuras mais interessantes... dos tipos humanos mais interessantes que eu conheci. Opinião pessoal minha. Eu tenho a impressão que realmente ele tinha... dessas pessoas privilegiadas (?) e que ele... muito irreverente, muito... muito bem relacionado (?) E ele quando foi lá pra Manguinhos... quando foi lá pra (?) ele convivia muito com intelectuais. E a partir daí ele se apaixonou pela questão indígena que passou a ser uma das coisas mais importante dele, e por isso ele veio fazer o curso de tuberculose. Agora, com uma visão muito grande, muito ampla. A grande vantagem entre nós é que ele tinha uma visão ampla, inclusive, para discutir as culturas. E idealizava as coisas... ele via na frente. E isso ele conseguia...ele conseguiu transmitir pras pessoas. Era um tipo curioso, todo irreverente. Quando ele... por exemplo, ele entrava por todas as portas, ele fazia um gênero assim de que dava certo, dava certo. Ele sempre se comparava ao (?). "Se nós dois formos a um quartel o primeiro cabo que perguntar pelo seu nome, porque ele vai te parar, e eu digo: "Vou ao Brigadeiro". Você pode contar!" Eu não vou nem entrar. Por exemplo uma vez... Você quer ver nós estávamos em Fortaleza, nós entramos... ele foi entrando... e eu estava atrás, e todos meio assim sem saber quem era e quem não era. Uma figura assim meio estranha, entrando lá por dentro. Até que ele chegou lá na sala do brigadeiro, olhou pro brigadeiro disse: "Olha, o senhor só não é o homem mais feio que eu já vi na minha vida, porque eu conheci o Rodrigo na rua do Resende". (risos) Quer dizer, o cara (?) isso aí era a entrada dele. Então ele era muito irreverente, mas todo mundo acabava gostando dele. E ele tinha assim ... uma facilidade muito grande de comunicação e... Agora, ele adia isso e colocava toda essa irreverência a serviço de um ideário muito grande, muito rico e muito amplo. Ele utilizava essa cultura... ele sabia utilizar essa cultura. Então, ele era uma pessoa conceituada no meio intelectual, se você ver aquele (?)

TM - (?)

JM - (?) Ele era uma pessoa educadíssima, por exemplo eu o conheci na casa... eu freqüentava muito a casa do Noel Nutels e conheci na casa dele ... o falecido... Agildo Barata. Do Agildo Barata? Não, o pai dele... Agildo Barata, o pai do Agildo Ribeiro...

Carlos Lacerda, os maiores contrastes que você podia imaginar eu conheci na casa dele, porque na casa dele todo mundo freqüentava...

TM - Ele era casado?

JM - Ele era casado. Então, ele tinha essa capacidade de comunicação... e tinha uma visão, na minha opinião, tinha uma visão muito grande de tudo... uma perspectiva futura... as idéias dele realmente foram idéias pioneiras, infelizmente... quer dizer, pra época, porque você tem que avaliar as pessoas na época, hoje estaria ultrapassado na tecnologia que ele utilizava, nas estratégias que ele errou. Mas a idéia era uma idéia realmente interessante. Ele durante todo o tempo e eu acho que a gente de certa forma, a gente se completou um pouco porque ele... era a pessoa que... era um grande coração, a pessoa que conseguia as coisas e eu organizava as coisas, porque ele não era organizado. Eu organizava as coisas pra ele. Mas então... tecnicamente a gente discutia muito. A gente conseguiu fazer uma dupla. E pra mim foi muito rico, a acho que pra ele também foi, de alguma forma. Tanto é que a grande mágoa para mim é que ele teve (?) e eu não tenho (?) (risos) não tenho...

TM - Não conseguiu organizar.

JM - ... Quer dizer, eu acho que teria ter, Eu tenho a impressão que a contribuição do Noel foi muito grande. Porque o Noel não concorria comigo. É difícil a gente descrever o tipo do Noel, mas realmente, eu acho que é de muito valor.

TM - E ele morreu quando?

JM - Ele morreu em 1973..., ele morreu em 73. Até 1973 o Noel conseguiu... ele conseguia tudo que queria e fazia e tal. Tudo ele conseguia... e pra mim depois de 1973... (?) tive uma dificuldade tremenda porque o Noel não precisava provar nada. E eu pra conseguir as coisas tinha que fazer e provar e era fogo.... O Noel não precisa nem provar, porque todo mundo acreditava... Muito conhecido, meio folclórico, meio ... Então, ele era conhecido, respeitado, e eu era o ilustre desconhecido. E ele também fazia questão de ser conhecido... e ele gostava muito mais da execução... e a execução era (?)

TM - Ele evitava...

JM - É.

TM - (?)

JM - E de maneira que a gente conseguia fazer, quando eu tive muita dificuldade de continuar o serviço, principalmente porque foi numa época em que começou a haver as mudanças, as mudanças...

TM - Ele morreu logo depois?

JM - ...de 73, ele morreu depois.

TM - Sim, pois é (?) inclusive a gente está em dúvida 1960 fim da década de 60 pra 70...

JM - Foi.

TM - ... o mundo era...

JM - Foi...

TM - ... o homem civilizado morre... no país

JM - Era o vilão do país.

TM - O vilão.

JM - ... é passou a ser vilão no desenvolvimento nacional... quer dizer, o índio passou a ser o culpado pelo nosso subdesenvolvimento...

TM - É. Como é que ficou o trabalho dele (?) diante dessa orientação mais rígida... de que o índio era o vilão?

JM - Pois é... o Noel é como... Durante todo o período de ditadura [interrupção da fita]

#### FINAL DO LADO A - INÍCIO DO LADO B

JM - ... Mas em relação à Força Aérea, em relação aos militares... Porque a FUNAI passou a ser dirigida só pelos militares. E nós éramos apenas tolerados porque prestávamos serviço.

TM - E ele? Como é que ele se sentia toda a ideologia dele? Como é que ele colocava isso (?)

JM - Olha, a colocação dele era muito amargurada com isso. Porque a situação dele era muito amargurada, tanto é que no final da vida dele... Inclusive, eles tinham até um certo medo de... Por exemplo: os jornais foram proibidos de dar entrevistas dele, quando ele já estava na fase final. Com medo dele sair atirando pra todo lado, porque ele ia morrer mesmo...

TM - Com medo de que?

JM - Com medo dele sair atirando pra todos os lados e botar fogo no...

DR - Ele é que tinha medo?

JM - Não, o governo. O governo proibiu a imprensa de entrevistá-lo...



TM - De dar depoimento?

JM - Porque... com medo exatamente dele colocar pra fora todas as amarguras, e contar a história, a versão dele, dos fatos da história. E, realmente ele ... viveu muito amargurado, como tudo mundo viveu naquela época, como vocês sabem. Viveu muito sobre controle... muito sobre controle... Não digo que ele chegou a ser vigiado, pelo menos ele não tinha tanta liberdade... e sempre se transmitia uma esperança de que algum dia mudasse. E com o tempo mudou. Ele mesmo não viveu pro tempo que mudasse.

TM - Ele morreu com quantos anos?

JM - Ele morreu com 59, ele morreu com 59 anos. Ele não viveu... Então ele morreu até um pouco amargurado... porque teve que se submeter a todas as exigências que faziam. Agora, esse é um detalhe (?) dentro das limitações que colocassem, ele sempre colocou... e enfrentava qualquer tipo de coisa, ele colocava sempre - e queria ser ouvido para sempre -, mesmo para os militares que os nossos problemas eram técnicos, por exemplo, não assumia posição política nenhuma, e a gente procurou sempre tentou descaracterizar o nosso serviço como serviço político, como serviço político, que tivesse algum tipo de caráter político. E eu acho que descrever o Noel é muito difícil. Acho que precisaria muito tempo pra você dizer tudo, e principalmente do ponto de vista sentimental, do ponto de vista emocional. O Noel foi pra mim uma grande pessoa, um grande amigo, e uma das coisas piores que eu sinto é que a gente... É claro que com ele seria muito mais fácil, a gente adaptar o nosso serviço às mudanças. Agora... Está entendendo, eu tenho a impressão que a gente não combina... não mudou, não mudou. Eu não sei se por incompetência minha, ou se ele seria capaz de fazer esse tipo de mudança. Porque a gente lutou como pôde. Eu não sei se ele teria mais armas, ou mais capacidade para usar as armas. Pra fazer esse tipo de adaptação... para mim ele fez uma falta muito grande, eu acho que para o mundo ele fez uma falta muito grande. O Noel fez uma falta muito grande. Era uma figura que era importante que continuasse viva, e eu acho que... falando sinceramente, eu tenho a impressão que talvez o índio estivesse em situação melhor com o Noel. Eu me lembro que no dia que ele morreu Carlos Drummond de Andrade fez um poema muito bonito em relação a ele... Mas no fundo, no fundo ele era a melhoria. E era o momento (?) e eu acho que é uma pessoa de muito peso, porque na minha opinião, apesar de ser médico, ele como defensor da causa indígena foi muito importante, e seria muito importante hoje. Porque o Noel era um intelectual de peso, não só técnico, mas também intelectual de peso. E só lamento que não seja ele que tenha que fazer pra vocês essas declarações porque honestamente... uma das razões, de eu... depois de não aceitar, voltar a aceitar, e que eu não exclui o Noel dessa história da tuberculose que é importante, tocar [interrupção da fita]<sup>20\*</sup>

---

<sup>20</sup>

A fita n° não foi totalmente gravada

Data: 01/09/1992

### Fita 7 – Lado A

TM - Entrevista com o doutor José Nunes de Miranda, realizada pela Casa de Oswaldo Cruz, fita número 7, em primeiro de setembro de 1992, entrevistado por Tânia Maria Dias Fernandes. Bem, doutor Miranda, nós vamos assim, continuando a entrevista que nós já o ocupamos aí, mais ou menos umas seis horas, mas vamos continuar... Eu queria que você falasse um pouco pra gente sobre a Campanha desde a... A gente falou um pouco dela e, no início, em que você começou a trabalhar, na década de 50, trabalhamos com ela, com a questão do índio, não é? Eu queria que você falasse um pouco da Campanha depois do período de 64, no período pós 64, né? Até quando nós tivemos em 66 a lei orgânica das Campanhas... Quer dizer, a idéia que já vinha, desde a inauguração da Campanha da tuberculose, de se expandir a idéia das campanhas, para outros setores como saúde mental, câncer, etc. Eu queria que você falasse um pouco, como é que foi esse processo de expansão, e como é que a tuberculose participou desse processo, na década de 60?

JM - Bem, na década de 60 eu não estava assim, muito diretamente... no início da década de 60, eu não estava muito diretamente ligado à Campanha, porque foi exatamente quando eu estava nas Unidades Sanitárias Aéreas. E lá eu estava viajando muito naquela época... Então eu parava pouco aqui no Rio de Janeiro. Eu estava mais voltado para o trabalho no interior, para trabalho de campo.

TM - Isso antes de 64?

JM - Quer dizer, antes de 64... durante 64, e depois de 64. Quer dizer, até 19... e 68... praticamente 68... Até 1973, eu estava muito mais ligado ao trabalho de campo, porque era quando o Noel ficava aqui no Rio. O Noel ficava aqui no Rio, na parte administrativa e eu ficava no campo. Então, foi a época em que eu viajei muito e desenvolvi essas atividades fora daqui. Então, não participei muito desse período... da evolução da Campanha nesse período; porque as minhas passagens pelo Rio eram... E foi um período muito fértil. Sei que foi um período muito fértil. Porque foi o período exatamente em que começou a implantação do esquema... dos esquemas de... estandarizado, né? A estandarização dos esquemas de tratamento, e a Comissão Técnica passou a fazer um trabalho muito intenso... muito intenso em relação ao desenvolvimento, a interiorização... mais de... Foi uma época mais de normatização técnica, se fixou as normas técnicas da Campanha.

TM - Essas normas técnicas elas estavam direcionadas também para o trabalho do índio? Quer dizer, ele estava incluído nessa normatização?

JM - Não, o trabalho do índio foi um trabalho que seguia paralelo, e às vezes passava à frente. E muitas das idéias do desenvolvimento... das idéias que estavam em andamento dentro do Serviço... dentro da Campanha, nós utilizávamos a área indígena e já empregávamos na área indígena. Que era mais fácil, era menor, mais fácil de manusear...

Por exemplo: a vacinação BCG, a vacinação BCG começou em 1975, 73, no Brasil, a BCG intradérmica. No índio nós fomos os primeiros a fazer.

TM - Em 73 também?

JM - Antes de 73, nós primeiro experimentamos uma amostra trazida de Mourau, do Instituto Pasteur de Paris... Foi a primeira experiência. Que aliás, foi uma experiência que não deu certo, porque nós não tínhamos o *know-how*, mas depois...

TM - Não deu certo tecnicamente? Esse *know-how* era... de que? De conservação, de aplicação?

JM - De conservação...de maneira de aplicação... Porque nós não tínhamos ainda, uma experiência na aplicação. Então aconteceu um fato curioso até. O Noel trouxe de Paris, na bagagem dele, e nós fomos direto para o Xingu para implantar. Nós só tínhamos *know-how* de PPD, e que a aplicação seria mais ou menos igual do PPD. Então, não tomamos aqueles cuidados... não tínhamos conhecimento dos cuidados técnicos, que exigiam o BCG. Então fizemos na beira do rio, com sol, uma beleza, está tudo ótimo, e formavam cicatrizes lindas, muito bonitas. E a gente... vacinou todo mundo. Quando nós fomos fazer o teste tuberculínico três meses depois: nada, ninguém, virou de ninguém, virada tuberculínica. não houve inclusive no local de aplicação... a gente fazia no lugar do PPD, e aconteceu outra coisa curiosa. A gente... isso é falta de experiência, nós mandamos testar a vacina, depois de utilizada testar a vacina, para ver se ela tinha validade ainda. Mas pegamos um vidro que não tinha ido para o Xingu, um vidro que tinha ficado no Rio de Janeiro, e deu ótimo.

TM - Mas o que aconteceu? São os índios... os índios estão com defeito? (risos)

JM - É alguém está com defeito. Bem então, nós fizemos... Mas foi a primeira experiência, a primeira vez que se aplicou. Depois, mais tarde depois, a gente já fez essa vacinação BCG, e... já fez a vacinação... fizemos isso foi em 68 mais ou menos, já fizemos, já dentro de todos os requisitos técnicos, treinamos o pessoal, fizemos o curso todo... Mas foi a primeira vacinação BCG feita no Brasil, intradérmica foi no índio... feita por nós. Fizemos esquemas encurtados. Quando estavam nas experiências dos esquemas encurtados... A gente já aplicava também já no índio. Começava a aplicar o sistema encurtado no índio, o sistema encurtado.

TM - Mas por que? Vocês já tinham uma certa expectativa de que esse esquema fosse dar certo? Uma certa experiência, ou o que levava a contestar?

JM - Não, o problema era o seguinte; nós já tínhamos o respaldo técnico por todo. Agora, a implantação como norma, em termos nacionais, era muito difícil, mas a operacionalização disso é difícil, porque envolvia o país como um todo, e muitas equipes, a Secretaria de Saúde... Quer dizer, o treinamento do pessoal... Então no nosso caso, como era um serviço vertical, direto, por equipe daqui, era mais fácil da gente aplicar. A gente começava a trabalhar com esses conhecimentos e empregar. E serviam de respaldo,

inclusive depois para... aplicação no Brasil como um todo, no Brasil como um todo. Então essa época, foi uma época muito intensa dentro dessa área de atuação nossa, até 1964 em todo o Brasil. Foi quando nós chegamos a formar junto com a FAB, o Correio Aéreo Sanitário, ligado ao Correio Aéreo Nacional, exclusivamente o Correio da Saúde, etc., E inclusive nessa época nós estávamos durante a Revolução, na época da Revolução, nós estávamos sob... Na época que precedeu a Revolução de 68 <sup>21(\*)</sup> nós estávamos sob suspeita. Nós estávamos catalogados como... serviço de saúde... estávamos fazendo um serviço de saúde... treinando um serviço de saúde de guerrilha (risos). Quando nós estávamos trabalhando, nessa época, nós estávamos trabalhando com o Arraes <sup>22(\*1)</sup>, quando era governador de ....

TM - Pernambuco...

JM - De Pernambuco. E tínhamos uma equipe, no interior do estado, trabalhando com o pessoal do Arraes e com a colaboração do pessoal do Arraes fazendo abreugrafia em todo mundo, vacinação...E alguém lá do serviço secreto, não sei da onde, e colocou que aquilo era um hospital de campanha... de guerrilhas. E no dia da Revolução, nosso pessoal ia até chegando em uma cidade do interior, o quando nosso material foi todo apreendido, nosso pessoal preso. Eles chegaram de caminhão, todos sujos, andando naquelas estradas de pó, por lá... E inclusive aconteceu um fato curioso; é que tinha dois, irmãos paraibanos, de tipos físicos completamente diferentes; tinha um moreno baixo de bigode, e um louro alto, que eram irmãos. E para convencer que os dois irmãos... dificuldade danada(risos) porque achava que a gente estava querendo...

TM - Enrolar.

JM - ... despistar, e etc... Tanto é que o nosso médico que foi preso, depois foi tentar explicar, lá na junta militar, lá onde ele foi preso, e ele pediu para verificar o material que foi apreendido; era vermífugo, remédio para tuberculose, e extração de dente... Como é que aquilo podia fazer uma guerra... com aquilo, né? Quer dizer, era material de campanha... não tinha nada que pudesse ser... A guerra era contra vermes... verminose, etc... E eu estava presente nesse dia, estava... estava em Manaus atendendo ao exército. No dia 31 de dezembro <sup>23(\*2)</sup>, eu estava em Manaus atendendo ao exército, com outra equipe... fazendo exames dos recrutas. Aí nós chegamos na véspera, chegamos na véspera, de amanhã fomos, lá... Instalamos o serviço dentro do quartel, sem saber de coisa nenhuma. Começamos... falamos com o general, e começamos a atender, 300, 400 pessoas pela manhã. E nós fazíamos o seguinte: ao meio-dia a gente revelava o filme, lia o filme, e se houvesse alguma abreu para...

TM - Algum suspeito...

---

21 \*) O entrevistado estava querendo se referir ao ano de 1964.

22 \*) Miguel Arraes de Alencar: Governador de Pernambuco 1963-1964, cassado pelo golpe de 1964, deputado federal por PE em 1983.

23 \*) O entrevistado referia-se a 31 de março.

JM - ... para esclarecer, a gente já levava à tarde e mandava chamar a pessoa. Quando nós voltamos à tarde, depois do almoço, sentimos alguma coisa de diferente: "Queremos falar com o general", o general estava preso...(risos). Eu nunca tinha visto um general preso na minha vida. Olhei que alguma coisa devia estar errada ali (risos). E até o sargento: "Olha, acontece o seguinte; o general está preso, está incomunicável, nós assumimos o comando". "É, tudo bem, está bem"; peguei o material, peguei todo mundo e fui embora. Larguei, deixei o quartel antes que ficasse tudo preso lá dentro no quartel. E a equipe, do avião da FAB, que foi conosco, também foi toda ela presa naquele dia. Então, isso aí foi... estou divagando um pouco... para arrumar as idéias aqui.

TM - Pode divagar...

JM - Mas houve uma modificação profunda no nosso trabalho a partir daí. Porque até então, o nosso trabalho que era feito com ... com o SPI <sup>24(\*3)</sup> ... O SPI também entrou em crise, acabaram o SPI, eles extinguiram o SPI, e criaram uma comissão para formar a FUNAI <sup>25(\*4)</sup>, a FUNAI... E nessa criação da FUNAI... inclusive nós fomos consultados na época, o Noel e eu, fizemos parte das reuniões para formação da FUNAI, dando nossas idéias à respeito da saúde. E até que em 1968 foi criado, o Serviço Médico da FUNAI. Quer dizer, foi criado a FUNAI e criado o serviço médico da FUNAI. Foi feito nos moldes dos nossos... dos nossos serviços. Foi feito na base de equipes volantes... Nosso, know-how foi utilizado. O Noel passou a fazer parte do conselho deliberativo da FUNAI, e eu também era suplente dele na... era um conselho deliberativo...

TM - Aí você ficou na Campanha? Você voltou para a Campanha...

JM - Fiquei na Campanha.

TM - ... e na FUNAI...

JM - E na FUNAI...

TM - ... fazendo parte desse conselho.

JM - Fazendo parte do conselho. Bem, mas a partir daí, as nossas atividades que até então eram sobre saúde com um todo, vacinação... Nós abolimos todas as atividades, passamos para a FUNAI o serviço de saúde, e ficamos apenas, exclusivamente, com a tuberculose, apenas atendendo a parte de tuberculose. Aquele que era o atendimento, a unidade sanitária aérea, realmente uma unidade com atendimento de vacinação, toda vacinação, de inquérito, de malária, bomba, e... todos, todos os serviços, nós passamos a ser exclusivamente, serviço de...

TM - Da tuberculose.

---

24 <sup>\*3)</sup> SPI - Serviço de Proteção ao Índio: criado em 1910, sob a liderança do General Rondon.

25 <sup>\*4)</sup> FUNAI - Fundação Nacional do Índio: criada a 5 de dezembro de 1967.

JM - ... da tuberculose. Mas esse... esses serviços de ... Então nós só voltamos realmente, a atuar, a partir de 1973, com a morte de Noel porque eu tive que sair das viagens e assumir... foi quando eu assumi a unidade no local, em vez do Noel, substituindo o Noel aqui...

TM - No Rio, e na rua do Resende?

JM - No Rio, na rua do Resende. Foi quando eu tive assim uma participação mais direta na formação da Campanha. Eu fiquei encarregado do serviço, que era... no setor que era coordenação de atividades supletivas, que toma conta das unidades de administração direta, que eram os hospitais da Campanha. Inclusive as unidades de atendimento especial também faziam parte, os dispensários escolas, todos os hospitais. Foi nessa época, que eu voltei, na realidade, mais voltado para o trabalho dentro da Campanha.

TM - Dentro da Campanha.

JM - Com o professor... já começou a falhar a idéia (risos) -Com o Santos Neves... foi o Santos Neves e...

TM - Santos Neves.

JM - ... foi na época do Santos Neves, e... Nós passamos a fazer parte da equipe do Santos Neves, e... organizamos esse serviço de coordenação de atividade supletiva, sem abandonar também a parte da unidade de atendimento especial, que na época só se atendia o índio.

TM - E era a mesma equipe que te acompanhava antes, quando você viajava, enquanto você assumiu o lugar do Noel Nutes? Essa mesma equipe se manteve...

JM - Se manteve, se manteve a equipe. E a partir daí... a partir daí, nós ainda nos mantivemos até o ano de 1980, com as mesmas atividades programadas. Fazíamos parte da estrutura do Ministério da Saúde. Quando em 1980, essa reforma administrativa, que encerrou como eu já te disse antes, acabou com as unidades de atendimento especial. Mas apesar disso, nós continuamos atuando ainda alguns anos depois.

TM - Mas o trabalho do índio quando... Em fim da década de 70, o DNT <sup>26(\*5)</sup> transformou em DNPS<sup>27(\*6)</sup>, o trabalho do índio ainda ficou um pouco no DNPS?

JM - Ficou, ficou, ficou até 1980.

TM - Até 80 no DNPS?

JM - Até 80 foi... quando ... Aí eu acumulava, eu acumulava... quando o DNT se transformou no DNPS, se transformou em DNPS, nós ficamos como, como chefe do

---

26 \*5) DNT - Divisão Nacional de Tuberculose.

27 \*6) DNPS - Divisão Nacional Pneumologia Sanitária.

serviço de avaliação da DNPS, e responsável pela unidade de atendimento especial. Quer dizer, nós acumulávamos...

TM - Sendo que o atendimento especial passou a ser direcionado apenas para tuberculose?

JM - Apenas para tuberculose em área indígena.

TM - Outros serviços assumiram o resto do trabalho de saúde em área indígena?

JM - Eu acho que foi um serviço médico da FUNAI.

TM - Da FUNAI, perfeito.

JM - Que tinha sido criado em 68.

TM - Isso, isso mesmo.

JM - E nós trabalhávamos em, em colaboração com eles. Nós tínhamos um convênio. Então, a parte de tuberculose era nossa, nós fazíamos tratamento de pessoal. E na realidade, nós continuamos a ser um carro chefe, do atendimento para... de todos. Porque a FUNAI tinha dificuldade, ainda estava nova, não tinha *know-how* e a gente continuou fornecendo o nosso *know-how* e puxando como um carro-chefe... A tuberculose, durante muitos anos, continuou como o carro-chefe do serviço médico da FUNAI, até a sua extinção.

TM - E olha só, Miranda, a partir de... Então, eu posso entender que a partir da década de 80, você estaria mais voltado para a Campanha, aqui no Rio?

JM - Sim, a partir de 80... aí praticamente...

TM - Ficou com a Campanha?

JM - Fiquei com a Campanha.

TM - Tá porque eu queria ver o seguinte: na década de 70 já começou a ser uma série de discussões... começaram uma série de discussões, encaminhando-se para o Sistema Único de Saúde, né? Aí tivemos o Prev-Saúde, até chegar nas Ações Integradas, e os SUS, hoje. O SUDS e o SUS. E aí, eu queria que você me desse a sua interpretação desse processo. Quer dizer, desde o Prev-Saúde, né? Que foi em 79, com todas aquelas versões, de... ações comunitárias, participação comunitária, planificação, toda uma linguagem daquele período, né? Encaramos um 80 com a crise da Previdência. Aliás, o Prev-Saúde vem um pouco responder a essas crises, né? As propostas, né? Quer dizer, como é que a Campanha se posicionou? Como é que você via esse processo de municipalização, né? Caminho para a municipalização?

JM - Eu acho o seguinte: nós praticamente desde 1975, nós nos antecipamos a toda esta filosofia que veio descambar na municipalização. Essa descentralização, a globalização dos

programas, e tudo isso... Nós acompanhamos desde 70... que há esse processo. A tuberculose foi uma campanha que foi pioneira nesse processo... Começou a implantar um programa nacional... um Programa Nacional de Controle da Tuberculose, em que... com a Divisão, já passando a responsabilidade executiva para as secretarias de saúde... desde 75, e as secretarias de saúde centralizando toda a atividade de tuberculose no estado. Aí, com o convênio com o INAMPS... desde 72 se começou esse processo... esse processo... Primeiro foi Santa Catarina, foi o Espírito Santo: depois o Rio Grande do Sul, depois o Piauí... Foi se globalizando os programas de tuberculose, que eram... Tinham programas de tuberculose da Previdência, e o programa de tuberculose da Secretaria de Saúde. Tinha o programa do rico e o programa do pobre. Quer dizer, a Secretaria de Saúde com todas as dificuldades e a gente ajudando a Secretaria de Saúde. Ao lado do INAMPS com toda uma estrutura, gastando com muito dinheiro.

TM - Pois é, esse gastando muito dinheiro... Na realidade a Previdência Social ela trazia - até porque tinha seus convênios com a rede privada, né? - uma expectativa e uma certa, briga para que se privatizasse todas as áreas de saúde, né? Na década de 70 para a de 80, foi a discussão da privatização?

JM - Exato.

TM - Quer dizer... Eu queria que você falasse, aprofundasse um pouco essa questão sobre a privatização?

JM - Nós estávamos caminhando contra isso...

TM - Pois é, exato.

JM - Desde esse primeiro convênio, era que as ações... todas as ações de controle de tuberculose do estado fossem centralizada na Secretaria de Saúde, primeiro. Que o programa fosse globalizado. Quer dizer, o INAMPS deixou de atender tuberculose; através de convênio com a Secretaria de Saúde, ele passou a atender... Só a Secretaria de Saúde atendia. Esse processo começou em 72 e se completou em 80. Foi quando todos os estados passaram a ter esse convênio. Agora, esse processo se iniciou com esses convênios e foi se aprofundando. Quer dizer, cada vez mais o nível central... o nível central, a Divisão, a Campanha, sendo de coordenação e de órgão de...

TM - Sim, mas como era a discussão com esses grupos privatizantes?

JM - A discussão com esses grupos privatizantes, começou em torno da internação. Quer dizer, já desde... começou desde Madras ou Madrás, a experiência de Madras que provou que o tratamento ambulatorial, era semelhante... tinha resultados semelhantes, ou melhores que o tratamento sanatorial... Foi a primeira experiência que a OMS fez... e fixando esses princípios. Isso foi na década já de 50, 56 ... Mas as coisas custam a chegar até a gente. E... quando a gente começou a querer esta implantação, aí houve uma reação dos hospitais particulares, dos hospitais conveniados com o INAMPS, que viviam disso. Havia uma verdadeira indústria de internação em tuberculose, e esse... O que estava... já tinha o



respaldo técnico das vantagens do tratamento ambulatorial, ele não conseguia vencer essas barreiras, e se fizesse de uma vez, era muito difícil. Então foi feito por estágio, aos poucos. Começou com o Espírito Santo, fez o primeiro um convênio, mostrou na prática... Depois o Rio Grande do Sul, o Piauí... Foi aos poucos mostrando... até que mais ou menos no final da década a gente, a gente...

TM - Década de 80, 70...

JM - Década de 70. A gente conseguiu provar que como o dinheiro que se gastava... que o INAMPS gastava com tuberculose. Se podia dar um melhor tratamento ambulatorial, um melhor tratamento ambulatorial. Porque tinha chegado a um impasse, em 75, tinha chegado a um ciclo vicioso. Em 75 com Santos Neves, tinha chegado a um impasse. Você não podia aumentar a rede dispensarial, porque não tinha dinheiro. O dinheiro estava... 80% do que se gastava, em tuberculose, era em internação; E não podia dispor de acabar com a internação porque o dinheiro... Não tinha a rede...

TM - Para substituir?

JM - Para substituir, foi quando entrou, no IIº Plano Nacional de Desenvolvimento, a proposta do Santos Neves, de entrar como meta prioritária do IIº Plano Nacional de Desenvolvimento... E que conseguiu recursos extras, para serem empregados na... só no tratamento ambulatorial, no desenvolvimento do tratamento ambulatorial. Foi quando nós implantamos... aumentar a rede. E aumentar a rede através da implantação do programa de tuberculose nas unidades gerais de saúde. Que já não havia... já tinha o conhecimento de que não havia necessidade de órgãos especializados, e que se podia fazer. Foi quando se implantou esse tratamento ambulatorial. E que o Brasil, que tinha 25 mil leitos para tuberculosos, chegou no final da década... chegou na década de 70, com menos de 5 mil. Quer dizer, houve uma redução tremenda. O último estado que demorou, a entrar, foi a dificuldade aí ...

TM - Rio de Janeiro?

JM - Foi São Paulo. Exatamente porque é onde que havia maior número de interesses entorno da internação hospitalar.

TM - Os sanatórios das instâncias climáticas de Campos do Jordão, e São José tiveram um papel forte nessa?

JM - Ah, foi uma guerra de... Até hoje o <sup>28(\*7)</sup> Jatene... o Jatene lembra a gente do problema que ele teve que enfrentar em São Paulo.

TM - O Jatene era secretário, nessa época?

JM - Era secretário de saúde de São Paulo. Para enfrentar essa briga... Ele não conseguiu de vez não... teve que fazer, dividindo aos poucos, foi diminuindo e ... mesmo porque causaria um problema social grave. Você de repente tinha dois mil, três mil leitos em uma cidade, você fechar os leitos todos. Porque, infelizmente, os leitos de Campos do Jordão, dificilmente eles poderiam ser, ser empregados em outras coisas.

### **Fita 7 – Lado B**

JM - ... leitos sanatoriais. Pra você transformar em clínica... não tinha clientela suficiente ali. Podia ser... fazer um asilo de...

TM - ... idosos.

JM - ... idosos. Mas aí... a pneumonia acabava com a população toda. Quer dizer, não era um local... Por outro lado, para a saúde mental também seria uma outra coisa que também estava dentro da sua campanha de diminuir as internações... Então foi se aos poucos... foi se mantendo o convênio e diminuiu. Mas foi uma pressão tremenda, principalmente, daqueles órgãos beneficentes, não tanto do privado...

TM - Isso em São Paulo?

JM - Isso em São Paulo. Não tanto do privado, porque o privado até que se conformava e... não tinha força. Mas a força maior eram dos Sanatorinhos, de Campos de Jordão... essas ligas que eram beneficentes, que as pessoas se beneficiavam, é claro, tinha toda sua estrutura e viviam dessas subvenções. Quer dizer, queriam brigar para continuar ajudar um negócio que não precisava mais...

TM - Tá. Eles ficaram brigando até quando? Quer dizer, quando nesse paulatino do Jatene, até quando se conseguiu acabar?

JM - Olha, não se conseguiu até muito pouco tempo, e há sempre tendência a voltar. Porque sempre tem... Porque São Paulo foi reduzindo e chegou a um ponto tal que realmente, eu acho que nós avançamos demais... Então chegou um momento em que a gente não previa aquilo que era uma internação por motivo social. Porque o nosso argumento...

TM - ... era técnico

JM - ... na época era o seguinte, era técnico, dizendo o seguinte: que nós não íamos resolver o problema social através do dinheiro da tuberculose. Quer dizer, que não adiantava nada você internar a pessoa dois, três, quatro meses, e ela ia sair de lá e ainda continuava com seus problemas sociais, de qualquer maneira.

TM - Hoje você questiona essa atitude?

JM - Aí começaram a questionar. A gente questionava isso. E não colocava na norma a internação por motivos sociais. Mas na realidade, hoje a gente vê que existe algum tipo de... alguns problemas sociais, que você não pode se definir... se decidir, que tinha que ter alguma coisa no local, e alguma coisa para colocar nesse vazio. Por exemplo; a empregada doméstica que veio para São Paulo, a patroa manda embora -- porque é tuberculosa -- a patroa manda embora; quer dizer, quando ela vai tratar em ambulatório, como? Então, aí em São Paulo, depois de muita luta, ele partiu para uma outra espécie, um hospital mais ou menos tipo albergue. Quer dizer, um hospital com baixa, especialização, que seria assim mais ou menos para residência, para tomar remédio...

TM - Para tomar remédio.

JM - ... para fazer frente a esses casos sociais. É o que eles têm agora em São Paulo, eles já estão criando alguns. Que isso...

TM - Ah, eles voltaram a criar esse tipo de estrutura?

JM - Não, mas dentro do estado.

TM - Sim.

JM - O estado passou a adaptar alguns hospitais dele para isso. Quer dizer, hoje, em São Paulo, tem hospitais que eles chamam de baixa resolutividade...

TM - ... resolutividade.

JM - ... apenas para esse tipo de caso. Quer dizer, que não são hospitais...

TM - Aí não seria só tuberculose? Seriam outros casos?

JM - Não, por enquanto eu acho que é só tuberculose que eles estão tratando... que eles estão tratando. Porque foi a nossa pressão, eles fazendo pressão, toda vida fazendo pressão... na realidade era uma necessidade deles porque São Paulo... o caso de São Paulo é um caso muito especial. Que vem gente de todo jeito, do Brasil inteiro. Vai tentar a vida em São Paulo... operário de obra, mora no barracão de obra, fica tuberculoso, é despedido, ele não pode continuar, para onde ele vai? Realmente havia um contingente social, que havia necessidade. Mas voltando a coisa... Mas, por outro lado, dentro do INAMPS, a pressão era em cima do INAMPS, e o INAMPS sofria pressões terríveis para não acabar com esses convênios... e não acabar com isso. E que inclusive tinham interesses dentro do INAMPS para que não acontecesse. Mas aí foi... (barulho ao fundo) em circunstância especial, foi... O Ministro da Saúde foi o Jair Soares, que era do Rio Grande do Sul, e conhecia o trabalho do Rio Grande do Sul. Aí ele resolveu implantar por decreto... Quer dizer, no Brasil todo e de qualquer maneira... Então nós saímos aí pelo Brasil... o Otis, e eu... Na base de: "Tem que fazer convênio", o coordenador do INAMPS que não quisesse fazer o convênio seria demitido. Foi ordem superior. Foi exatamente...

TM - Convênios estaduais?

JM - Convênios com os estados, só com os estados. Quer dizer, e deixar de tratar da tuberculose e passar os doentes para os estados. Foi quando se conseguiu... só quando entrou o Jair... Quer dizer, uma decisão política... uma decisão política, em nível de ministro. Numa época de regime de exceção...

TM - Pois é.

JM - ... foi o que permitiu.

TM - E por que você acha que foi o ministro... Qual era nessa época o ministro?

JM - Jair Soares.

TM - Jair Soares. Por que ele assumiu essa postura?

JM - Porque ele conhecia, ele era secretário de Saúde do Rio Grande do Sul; ele implantou no Rio Grande do Sul, e viu os resultados.

TM - Nessa época era o Waldir Arco Verde que estava na Previdência, não?

JM - Não.

TM - Não. O Waldir foi do Ministério da Saúde.

JM - É.

TM - Isso.

JM - É o Waldir era do Ministério da Saúde e ele era da Previdência.

TM - Ele era da Previdência.

JM - Foi quando ele fez e... se formou aquele em nível central, se formou um órgão e um conselho com a Previdência e o Estado. Mas esse convênio que era em alguns estados, foi feito pelo Brasil todo... foi feito pelo Brasil todo tendo o INAMPS como financiador, a Divisão da Campanha como fiscalizador...

TM - Normatizador...

JM - ...coordenador técnico, e a Secretaria de Saúde como executam. Foi como ficou organizado em todo Brasil o programa. E baseado nisso a gente fez os núcleos macro-regionais que representavam os dois ministérios... que representava os dois ministérios. Esse núcleo macro-regionais, eles prestavam conta para o INAMPS. Para o INAMPS... e para nós

TM - Esses núcleos macro-regionais eram o que? Eles dividiam o Brasil em regiões?

JM - Dividiam o Brasil em regiões. Tinha região norte, tinha o núcleo macro-regional norte; o núcleo macro-regional do Nordeste... Quer dizer, utilizando para isso as estruturas do Ministério da Saúde. Então o sanatório Barros Barreto, se formou no núcleo macro-regional norte, no...

TM - ... nordeste.

JM - No Nordeste, Maracanaus, o Hospital do Maracanaus; aqui no Rio, a rua do Resende, que era Sudeste; o Sul com a secretaria de Saúde o SESP<sup>29(\*8)</sup> do sul...

TM - No Rio Grande do Sul.

JM - É. Em Brasília com o Centro Oeste. Eram os cinco núcleos macro-regionais, que eram os responsáveis pelo programa de tuberculose.

TM - Foi nesse momento também que apareceu... Se conseguiu a padronização de medicamentos, né?

JM - Foi nesse momento... Não, a padronização dos medicamentos veio desde década de 60... da década de 60 com aqueles primeiros esquemas standard que era...

TM - Sim, mas o convencimento... Quer dizer, o movimento foi gradual né?

JM - Sim...Não... Mas, nessa época?

TM - A conquista da padronização ela é...

JM - Foi em nível nacional. Porque essa padronização que nós tínhamos, aquele esquema standard, funcionou no Brasil, todo como o melhor esquema durante muitos anos. É aquele esquema tríplice: hidrazida, estreptomina e PAS. Depois começaram a aparecer drogas como a rifampicina, e esses tipos de drogas... Aí começou a haver uma diferenciação. Porque o INAMPS, que tinha recursos, passou já a utilizar... passou já a utilizar a rifampicina... esquemas com rifampicina, esquemas com... Então os estados mais ricos, também passaram a adotar. Mas aí foi quando o Noel, com esse convênio e a redução dos gastos com a internação, que permitiram a gente padronizar o esquema único, o esquema encurtado... implantar - foi em 1979 - o esquema encurtado, com a rifampicina, hidrazida e pirazinamida...

TM - Encurtado para seis meses, nessa época?

<sup>29</sup>

\*8) FSESP - Fundação de Serviço Especiais de Saúde Pública.

JM - Seis meses... já para seis meses. Foi quando nós conseguimos implantar esse esquema, padronizando para todo o Brasil. Aí, nessa época, que já tinha sido criada a CEME... foi um dos marcos, que permitiu que a gente fornecer os medicamentos. Porque não adiantaria nada a gente implantar um esquema caro como esse, se não fornecesse a medicação. Os estados... continuaria a mesma coisa, os estados ricos teriam um programa de rico, e os estados pobres, um programa de pobre. Foi quando se conseguiu uniformizar o programa. E nunca foi discutido porque realmente é o melhor esquema que existe, e o esquema mais caro. Quer dizer, ninguém teria condições de ter um esquema mais caro do que este. Foi na década... em 79 com o Almir Gabriel <sup>30(\*9)</sup> - ainda era o Almir Gabriel - e mais que na realidade, foi mesmo a partir da década de 80, já com o Germano, é que foi estendida a todo o Brasil. E a partir de então, é o esquema... estandarizado.

TM - Eu queria saber o seguinte também. Ainda da década de 80, né? Foi criado o Centro de Referência Hélio Fraga né? Aí você na outra entrevista começou a nos falar do centro de referência, mas hoje. Eu queria que você falasse por que ele foi criado?

JM - Bem, o problema... o problema todo é o seguinte: é que a gente já previa, já via que... já estava se caminhando para a municipalização, por um processo dos sistemas Único de Saúde. E já não cabia mais um programa de tuberculose, naquele estilo que a gente utilizava, de uma coordenação nacional, com financiamento nacional de programa... Quer dizer, começou com as ações integradas. Com as ações integradas, já não se via mais a possibilidade de programas verticais que teriam que ser integradas como um todo, com todas as suas fases; na fase de planejamento, na fase de execução... Mas era necessário que se mantivesse um núcleo central, normativo, e um núcleo que, gerasse conhecimento e tecnologia. Quer dizer, e treinamento de pessoal, tecnologia... Então, com isso, se teve a idéia de se formar... que seria um Centro de Excelência. Porque Centro de Referência, na realidade, não é um nome muito apropriado, porque é muito confundido com referência clínica. Quer dizer, como unidade clínica de referência. Quer dizer... que aí seria muito mais uma idéia de instituto de estudos, um instituto nacional. Mas aí um Instituto Nacional de Pneumologia... já existia o ITP<sup>31(\*10)</sup>; já existia o ITP, ligado a universidade. Então, na realidade, era muito mais do estudo. E eu acho, na minha opinião, um grande erro da Campanha... que ela deixou de ser Campanha há muitos anos... e ela acabou com isso... ela tinha deixado de ser Campanha há muitos anos. Porque Campanha você prevê uma coisa passageira, que depois... durante um certo tempo... não podia ser um órgão efetivo. Ela tinha que evoluir para uma outra coisa, e ela nunca evoluiu. Foi quando a gente lembrou que o correto, seria que tivesse um centro de estudos, um centro de desenvolvimento, de tecnologia, de *know-how*... especializado... Que os estados... quando os Municípios... que a fizessem a municipalização tivesse alguém a que pudesse recorrer. Quer dizer, um centro avançado de tecnologia. Aí se estudaria... Por isso que ele foi organizado. Em programação... com uma coordenadoria de programação, coordenadoria de pesquisa e coordenadoria de, de recursos humanos, e o laboratório de referência. Essas coordenadorias, quer dizer, é que dariam suporte técnico e científico para o desenvolvimento dos programas. Por exemplo: na parte do... O nosso programa. Quer

30 <sup>\*9)</sup> Almir J. de Oliveira Gabriel: diretor de Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária em 1978.

31 <sup>\*10)</sup> ITP - Instituto de Tisiologia e Pneumologia.

dizer, não seria coordenação de programa, seria uma assessoria de programação... assessoria de programação... com uma metodologia de programação, uma metodologia de acompanhamento, uma metodologia de toda a evolução... de avaliação... de todas as fases do planejamento, então nós teríamos aqui um setor para assessoramento aos programas estaduais. Quer dizer, sem funções executivas. Como teria de pesquisa para desenvolver cada nova... Algum lugar que alguém pudesse recorrer... Por exemplo, surgiu um medicamento novo ou uma técnica nova, um diagnóstico novo etc..."Bom, isto é bom; não é bom..." Então, ter um local em que você pudesse testar...

TM - Isso seria o centro de referência?

JM - Seria o centro de referência.

TM - E porque você disse que... Quer dizer, inicialmente a idéia não era centro de referência era outra...

JM - Era Centro de Excelência, porque referência se confunde muito com isso que seria referência clínica.

TM - Tá, tá. A referência...

JM - Quer dizer, até hoje ainda existe essa confusão. Porque pensa que como é centro de referência... é para tratar aqueles casos mais...

TM - Mais complexos?

JM - ... mais complicados, mais complexos etc. Quando na realidade é um centro de desenvolvimento tecnológico. Era um centro de desenvolvimento tecnológico, dirigido para a pneumologia. Porque nós tínhamos... A Campanha tinha um, núcleo de pessoal que detinha o conhecimento. Tinha uma biblioteca que era a única biblioteca e a maior biblioteca especializada... que a gente tinha de preservar. A gente tinha que ter um lugar para preservar isto, que era um conhecimento de tuberculose. O que não aconteceu com a hanseníase. Porque a hanseníase tinha o instituto deles aqui, o centro de hanseníase. Acabaram... mandaram a biblioteca para Manguinhos e acabou se destruindo... se destruindo. Entregaram os técnicos todos para os estados... E acabou que atrasou muito...durante muitos anos a hanseníase, ela atrasou. E agora que ela está ressurgindo, formando novos quadros, formando... Porque não tinha estudo, não tinha um lugar, um local que mantivesse o conhecimento. E um o local que pudesse desenvolver tecnologia, e testar tecnologia nova etc. Por exemplo, agora; tuberculose e Aids, você tem que estar estudando, tem que estudar, tem que dar respostas ao programa.

TM - Tá.

JM - ... Então, a nossa função... Quer dizer, aqui foi o que a Campanha teria que ter feito há mais tempo, quer dizer, sair da execução, para ficar como órgão de vanguarda, de apoio técnico-científico... de desenvolvimento técnico-científico.

TM - Sim. E esses funcionários que vieram para o Centro de Referência, vieram de onde? Ou foram contratados só para o Centro de Referência? Como foi esse processo dos recursos humanos?

JM - Esse processo... Os funcionários aqui basicamente, eram funcionários de um nível central da Campanha. Eram um nível central da Campanha... com superintendente... que tinham a sua estrutura central... Então, aqui a gente ficou durante um tempo... a gente ficou aqui durante um tempo, com... funcionando aqui um centro de referência, quando você criava um centro de referência funcionando junto a superintendência da Campanha.

TM - Tá.

JM - E o superintendente da Campanha era o diretor do centro e etc.

TM - E era diretor da Divisão?

JM - E era diretor da Divisão. Então, de maneira que, quando terminou a Campanha, não houve muita solução para nada, porque nós já tínhamos alguma coisa para colocar no lugar. Apenas é que quando se acabou a Campanha, não se previu que esse centro - que era da Campanha - tinha que ter um destino. Então eles passaram o programa... o que era Divisão, passaram para a Fundação<sup>32(\*11)</sup>.

TM - Tá.

JM - A Divisão ia para a Fundação. E nós como éramos um órgão da Campanha, ficamos no ar.

TM - Dois anos?

JM - Dois anos no ar, porque não, não... Esqueceram de nos recolocar em algum lugar. E a gente até hoje ainda não está muito bem definido. Mas na realidade a gente foi fazendo um plano por etapas. Quer dizer, o pessoal que passou para a Campanha, não passou para a Fundação... Quer dizer, isso aqui, esse...

TM - O pessoal está ligado à Fundação, não está ligado...

JM - É todo da Fundação.

TM - Tá.

JM - O pessoal todo é da Fundação.

TM - Tá, lotados no Centro de Referência?

---

<sup>32</sup> \*11) O entrevistado refere-se a Fundação Nacional de Saúde.



JM - Lotados... não, ainda não tinha lotação...

TM - Sim, sim.

JM - ... porque não tinha o Centro... Não tinha o Centro de Referência. Estava lotado em Curicica, quer dizer, então aí... o... O material permanente, a gente conseguiu que a Fundação ficasse com ele. Mas ainda não existe... Nós ainda íamos colocar dentro da Fundação, o órgão, a estrutura, dentro do organograma da estrutura da Fundação, o Centro de Referência. Mas na última hora, não sei porque, foi vetado. Então, ainda está se aguardando a nova estruturação da Fundação, para que ele entre oficialmente como órgão. Embora hoje ele já seja uma unidade gestora. Quer dizer, a gente está passando...

TM - Unidade gestora é uma autarquia, seria isso, não?

JM - Não, unidade gestora é o seguinte: como é um meio, e com o pessoal da Campanha, embora ele não esteja na estrutura, o diretor daqui... Quer dizer, o Germano, ele é hoje, ele é o gestor de recursos da Fundação destinados ao Centro. Mas o Centro ainda não existe... Quer dizer dentro da estrutura do organograma.

TM - ... organograma. Existia uma estrutura financeira orçamentária.

JM - Financeira orçamentária.

TM - Tá. E com as outras Campanhas? Campanha do câncer, por exemplo?

JM - A campanha do câncer... Eu tenho a impressão que a Campanha do câncer, ela virou... Se fez o Instituto do Câncer.

TM - O Instituto já existia, né? Então, ele fez a mesma estratégia, jogou a Campanha para dentro do Instituto.

JM - Jogou a campanha para dentro do Instituto.

TM - Tá, mas houve uma discussão entre vocês, campanhistas... originais da Campanha, no meio dessa crise toda ou não?

JM - Houve sempre... A gente sempre se uniu... A gente sempre procurou se unir. Mas o que acontece é o seguinte: eram Campanhas diferentes, por exemplo, a saúde mental... Eram três Campanhas: saúde mental, câncer e tuberculose. Com característica inteiramente diferentes. O câncer já com um desenvolvimento muito grande. Porque já tinha seus institutos, já tinha sua estrutura, e já tinha convênios com o exterior... Quer dizer, tinha uma estrutura muito mais sólida do que a nossa, porque nós ainda estávamos começando a fazer o Centro de Referência... Ele ainda não... estava ainda em formação. E a saúde mental, não sei nem o que aconteceu, com a Campanha da saúde mental. Não sei nem se acabou,

se não acabou, no que se transformou. Eu sei que os hospitais deles passaram para o Ministério... continua no Ministério da Saúde, não estão na Fundação. E ele continua com o programa do Ministério da Saúde, num outro setor. Não é da Fundação porque não é uma endemia.

TM - Ah, tá.

JM - Não é uma endemia. Então são situações diferentes, são situações diferentes. Lá, é de assistência, lá é de assistência... O Câncer com tinha suas características próprias, já como Instituto. E nós que estávamos nessa fase de transição.

TM - É. Aí na gestão, aí nessa reestruturação desse governo atual, né? Com esses escândalos todos mais recentes... Mas no início... dos escândalos do Alcenyr<sup>33(\*12)</sup> Guerra, esses... essas compras ilícitas... esses de guarda-chuvas, e as bicicletas, né? Elas tiveram alguma repercussão para saúde... para tuberculose? Quer dizer, houve algum momento de tentativa de também passar algum movimento desse ilícito com relação aos insumos da tuberculose?

JM - Não. O que aconteceu com a tuberculose era o seguinte: eles ignoraram, passaram quase dois anos, ignorando a existência "Vocês esperam." Quer dizer, nós ficamos num... desvio, sem solução pra gente, até que... eles demitiram os diretores, os superintendentes todos. Não nomearam ninguém para o lugar. Eu, por acaso, era substituto eventual do Germano...

TM - E ficou sendo.

JM - ... passei a responder, sem nenhum ato para responder. Apenas baseado no fato de que eu já era. Como nós tínhamos convênio com o INAMPS... como nós tínhamos convênio com o INAMPS, o nosso dinheiro vinha do INAMPS, não vinha do Ministério da Saúde... não teve... não tinha problemas... muitos problemas para a gente continuar funcionando, mas o dinheiro era praticamente para pagar pessoal. Então, ficamos nessa expectativa, e a gente não podia... E eles querendo demitir todo mundo... Quer dizer, a idéia era acabar a Campanha e demitir todo mundo. Mas eles não conseguiram... eles não conseguiram... demitir todo mundo. Inclusive, porque grande parte do pessoal dos hospitais, praticamente estavam fazendo parte da Campanha... com o pessoal de Campanha que estava trabalhando nos hospitais. Então, não podia... Eles tentaram uma porção de vezes... mas não tinha jeito. Senão, acabam os hospitais. Quer dizer, fechavam os hospitais. Eles tinham que dar uma solução para o pessoal... para continuidade do atendimento nos hospitais. Então, o Centro de Referência... eles não tinham, nem conhecimento deles, né? Eles não tomaram conhecimento da existência. Nós passamos quase dois anos...

TM - Você acha que se eles tivessem tomado conhecimento da existência desse Centro de Referência, eles teriam feito um movimento de acabar com o Centro de Referência? Quer dizer, foi uma distração?

---

33 \*12) Alcenyr Ângelo Guerra: Ministro da Saúde de Março 1990 a janeiro de 1992.

JM - Não... Eles estavam querendo acabar com a Campanha, e junto com a Campanha eles não tinham noção da dimensão do Centro. Eu passei quase dois anos tentando falar com alguém, discutir o Centro, não consegui. Porque não tinha interlocutor, nós ficamos... As Campanhas ficaram ligadas ao... ao doutor Átila, Ricardo Átila, que nos recebeu e a única coisa que ele fez foi: "Vocês aguardam que depois vai chegar..."

TM - A vez...

JM - ... a vez. Aí nesse chegar a vez, nunca que chega a vez. Aí passaram a Divisão, que era da estrutura de lá... eles tinham que dar solução passaram para Fundação. E a Campanha ficou em suspenso [interrupção da fita]

### **Fita 8 – Lado A**

TM - Entrevista com o doutor Nunes Miranda, fita número 8.

JM - Mas Então nós passamos esse período... Nós fomos chamados a Brasília... Acabou que foi a única vez que nós fomos chamados a Brasília, era para apresentar a lista para demitir pessoas. Foi a única vez que nós fomos chamados oficialmente. Na outra vez, nós íamos... por nossa conta mesmo, ia lá para arranjar dinheiro, pelo menos pagar o pessoal, e continuar mantendo o pessoal, e funcionando, o mínimo de estrutura para funcionar... Com a verba que era do INAMPS, a verba que vinha através do INAMPS. Porque do Ministério da Saúde eles não dispunham. Nós conseguimos... Depois conversando com o pessoal da Fundação; o Arco Verde da Fundação etc. E nós convencemos que tinha que ser colocado dentro da estrutura. Foi feito dentro do projeto, foi colocado sempre dentro do projeto... Mas quando chegou em algum lugar, dizem eles, que foi com o Alceny, eu não sei, não posso afirmar... Em algum lugar sumiu de novo, não chegou no processo... No final, na proposta final, já não estava mais aquilo que nós tínhamos conseguido colocar.

JM - ... Então, foi uma luta, pela sobrevivência do Centro. E a gente numa expectativa, que não... Por exemplo não tínhamos mais funções... e daí acabaram a Campanha. Bom isso foi enquanto era superintendente. De repente acabaram a campanha... Quer dizer, acabou que a única autoridade que ainda tinha aqui era eu como na qualidade de...

TM - ... substituto?

JM - Substituto do Germano. Aí eles nomearam um superintendente... Aí eu passei a...

TM - Quem? Nomearam quem?

TM - Um paranaense que felizmente eu esqueci o nome(risos). Nem faço questão de lembrar.

TM - Mas ele chegou a assumir essa superintendência?

JM - Não... de todas as Campanhas. Não foi exclusivamente...

TM - Ah, tá.

JM - Nunca veio... veio aqui uma vez... Veio para extinguir. Veio para acabar com as campanhas. Como ele sabia que se fosse com aqueles... Aí que eu fui entender, que eles não tinham nomeado ninguém, para não ter problema depois ter dificuldade. Então, eles destituíram, me destituíram e todos os da Campanha, e botaram um para todas as campanhas, que esse sozinho para todas as Campanhas teve um prazo de liquidação das campanhas. Quer dizer, ele foi de março para liquidar as campanhas até maio. Ele já entrou com esse objetivo.

TM - Tá.

JM - Então, não queria saber, a única função dele... já veio especificamente, para acabar com as Campanhas. Então, tinha... não queria discutir. Se era bom, ou se era ruim, se devia, ou se não devia, já veio com a ordem pronta para acabar com as Campanhas. Foi quando a gente conseguiu que o pessoal passasse para as fundações, para a Fundação. Porque a Pneumologia Sanitária estava na fundação... Então nós passamos para lá... através disso.

TM - E agora... Quer dizer, agora saiu o Centro de Referência, meio confuso... Mas a perspectiva é trazer esse pessoal para Centro de Referência? Ou eles vão ficar lotados na própria Divisão? Que não é mais Divisão, chama como?

JM - Não, na realidade eles lá... é que são os órgãos oficiais, normativos e que são as coordenadoras nacionais do programa.

TM - Pois é.

JM - Que é em Brasília.

TM - Certo.

JM - Quer dizer, nós vamos funcionar apenas como um órgão de apoio técnico. Quer dizer, nós vamos funcionar como um órgão de apoio técnico-científico, apenas para... Por exemplo, eles querem fazer cursos... fazer cursos, fazer pesquisas... O que eles quiserem, nós vamos atuar apenas... não dentro da linha... A proposta é essa, que o programa continue entrosado com os outros programas, dentro do Ministério da Saúde. Nós pertencemos... dentro da Fundação. E nós pertencemos dentro da Fundação nas mesmas condições, por exemplo; do Hospital de Belém. Quer dizer, o hospital de Belém, aquele laboratório de Belém... Que é o laboratório de apoio. Então, não temos nada a ver com a ... não teríamos nada a ver com a rotina, apenas era um órgão de apoio.

TM - E o quê que você está achando, quer dizer, da gestão atual como o Jatene? Como é que você está vendo isso aí?

JM - Olha, eu acho que o Jatene, ele é outro... outro tipo de gente. Não é daquele grupo que tinha antes... É um homem bastante equilibrado, nós... propusemos a ele que fosse feita uma avaliação internacional do programa, e ele aceitou essa avaliação. Vieram técnicos da OPAS, da ONU, e outros técnicos nacionais. Fizeram a avaliação do programa e ele recebeu essa avaliação, concordou e está dando todo apoio que ele possa dar, dentro das, das circunstâncias. Porque está muito difícil para ele... Mas ele já conhece desde... do tempo que ele era secretário de saúde. E respeita muito o programa de controle da tuberculose. Ele já conhece a seriedade do trabalho em que é feito o programa de tuberculose. Então, com ele a gente tem certeza de que, de que não precisamos ficar vendendo uma tuberculose para ele. Ele já conhece, já sabe. E eu tenho a impressão de que não há dúvida nenhuma, se não fosse as dificuldades que ele está - o país como um todo está - ele já teria desenvolvido mais, ele prometeu todo apoio, e eu acho que... Lamentavelmente parece que ele não vai ficar por muito tempo. Eu pessoalmente eu gostaria que ele ficasse porque... realmente é um dos homens sérios, né? Não estamos mais dentro daquela brincadeira do Alcenyr Guerra... do pessoal do Alcenyr Guerra, e a sua equipe.

TM - Epidemiologicamente como é que você viu essa, gestão aí? Antes da... desse governo? Antes agora do Jatene... tentando modificar?

JM - Olha, na realidade, o que houve... A gente sentiu uma queda... uma queda na produção. Essa queda não é em função só da administração; da administração em termo de que parou tudo, e dentro dessa política de... claramente de sucatear o serviço público, de desmoralizar o serviço público... É claro que isso teve a sua influência. Mas já vinha antes em termos de que... Nós chegamos num grau tal, de evolução do programa, que... nós estávamos num estágio, que nós não podíamos evoluir mais, sem evoluir a rede como um todo. Já que nós estávamos dentro da rede. Então nós tínhamos um programa pronto para a rede. Agora, com todo o pessoal, com toda a estrutura do programa, mas que não funcionava. Só poderia funcionar com rede funcionando. E ele passou a cair junto com a rede, como um todo. A saúde do Brasil, como um todo, é notório nos últimos anos, caiu em função da implantação do Sistema Único de Saúde. É claro, numa fase de transição... e nessa fase de transição, tinha que sofrer algum tipo de queda. Isso repercute sobre o programa... repercutiu sobre o programa. Menos do que a gente... Infelizmente, a gente tem visto pela nossa experiência de andar pelo interior agora, a gente sente que as coisas começam a piorar do nível central para a periferia; até chegar na periferia demora algum tempo... Quer dizer, você não consegue ... Então, aquele que está lá no interior, continua fazendo as coisas. Ele precisa de soluções, porque ele está frente a frente com o doente, com o problema, ele tem que dar soluções. Então, ele dá aquelas que ele aprendeu. E como o programa de tuberculose, era um programa organizado, que tinha um pessoal treinado... Quer dizer, ele foi dando as respostas e fazendo de acordo com o que ele aprendeu. É claro que nesse momento houve mudanças, é preciso reciclagem... Já se está, já está começando a sentir até na beira... Então, agora eu tenho a impressão, de que se não for tomado providências pode chegar a um ponto, que torne perdido todo um trabalho feito. Mas eu ainda acho que estamos numa fase em

que pode ser corrigida. Porque ainda não chegou ao nível de periferia... da ponta da linha. Eu por exemplo, fui ver agora, dez unidades no interior da Bahia. Eles estão trabalhando, direitinho com dificuldades, é claro... Mas tecnicamente, eles estão fazendo mais ou menos bem.

TM - E os medicamentos?

JM - Apesar das dificuldades de medicamentos. Então, eles estão inventando coisas, arrumando, se virando como pode. Ainda dentro daquele espírito de responsabilidade para com o programa. Então, brigam por medicamentos, vão brigar na Secretaria de Saúde, retém, escondem, dizem que não tem, que é para não tirarem deles para passar para outro... Quer dizer, cada um defendendo, dentro daquele espírito, de um bom atendimento. Na minha opinião..., isto está na maior parte do estado. No Rio de Janeiro é um caos, né? Quer dizer, o está um caos, como está um caos a saúde como um todo. É claro, se aqui já chegou na ponta, em tudo; em outros lugares ainda não chegou na ponta. Mas aqui é um caos total. Não se tem mais informação, está aumentando a tuberculose. A mortalidade aumentou muito nesses últimos dois anos... Quer dizer, já sente até influência epidemiológica... esses resultados. O que ainda não chegou a acontecer no Brasil, na média do Brasil como um todo. O Rio como já estava mais... nunca foi muito bom, deteriorou mais depressa, porque as circunstâncias políticas do governo... Peculiares ao Rio de Janeiro... Aqui eu acho que... nada na saúde, é terra arrasada, né? Quer dizer, hoje... É a tuberculose não podia estar fora disso.

TM - E o SUDS, você acha que... foi uma medida positiva?

JM - Eu acho que... Como programa, quer dizer, como sistema, é claro, não há dúvida nenhuma, ninguém, pode ser contra. Quer dizer, o Sistema Único de saúde é uma solução... Não tem sentido nenhum você não ter um único sistema de saúde no país. Agora, eu tenho a impressão, que o grande problema é essa fase de transição. Porque foi uma fase de transição difícil. Eu, na minha visão. Não sou categorizado para falar, mas eu acho o seguinte: foi todo desenhado por um grupo de vanguarda da, da VIII Conferência de Saúde. Um grupo de vanguarda liderado por Arouca, Gabriel<sup>34(\*)</sup> um grupo que tinha ciência. E executado por um outro grupo... com uma ideologia completamente diferente. Então, distorceu aquilo que seria... É claro... mais feito pela esquerda e aplicado pela direita. Seria muito mais assim... dentro de uma visão esquematizada, é isso. Quer dizer, quem foi aplicar, não foi aqueles que idealizaram. E pelo contrário, foram aqueles que eram contra os que idealizaram... eram contra os que idealizaram. Embora, eles tenham feito tudo para passar... Tanto é que na minha opinião, eles em vez de unificar eles "inampisaram" o Ministério da Saúde. Quer dizer, "inampisaram" o Ministério da Saúde, e o que sobrou dessa "inampisação" foi para a Fundação de Saúde. Que passou hoje, na minha visão, não sei... a Fundação Nacional de Saúde hoje, é o que era o Ministério da Saúde antigo. E o Ministério da Saúde hoje, é o que era o INAMPS antigo. Que é um comprador de serviço, e... o outro que é o programador da parte de saúde pública e que faz o programa de saúde...

34

\*) Sérgio Arouca e Almir Gabriel.

TM - Um rico e outro pobre. Continua um rico e outro pobre (risos).

JM - Continua um rico e outro pobre. E agora... E eles não estão muito satisfeitos ainda não. Agora eles querem acabar com a Fundação (risos).

TM - Acabar com o pobre.

JM - Acabar com o pobre (risos). Que é o único que fazia tecnicamente, saúde coletiva, né? Então toda a seção de saúde coletiva, foi... o que se abrigou na... E querem acabar com esse também ... A medicina assistencial ficou toda paga, e a lei em vez de passar as responsabilidades para as secretarias municipais e estaduais de saúde, passou para serviço. Quer dizer, passou a fazer, a mesma política do INAMPS, de compra de serviço. Servindo com isso com todos as ingerências políticas, de corrupção, e de tudo que vem... com tudo que você faz num comércio de compra e venda. Então, continua aquela velha política antiga. Quer dizer, hoje por exemplo os hospitais públicos... os hospitais públicos tem de viver de venda de serviço.... Agora acontece o seguinte: os hospitais particulares. Já tinham um *know-how* de como driblar, e os públicos não têm... não têm. Estão toda a miséria, todas as sucateadas. E eu acho que o que faltou para o Sistema Único de Saúde, é que tinha de dar - não dinheiro para os municípios, e para os estados - dar condições de que eles gerassem dinheiro. Era uma reforma administrativa, uma reforma fiscal... E que dessem condições aos municípios e aos estados, de gerir seus próprios recursos, e não viver no nível central, vendendo serviço público central. E eu acho muito difícil... E outra dificuldade; é que foi só a saúde, quer dizer, então tudo é centralizado. Quer dizer, a pirâmide é assim<sup>35(\*1)</sup>, a saúde está com a pirâmide invertida, está na contramão da, do sistema administrativo nosso... Quer dizer, o fiscal, a educação... tudo isso passou... Então eu acho que ou passa para o município e dá elementos pro município poder financiar e passa a arrecadação para o município. Porque aí ele vai poder gerenciar seus próprios recursos; ou senão centraliza. E passa assumir do nível central como era antes.

TM - É. Como cidadão como é que você está vendo essa situação hoje? Não como profissional de saúde, mas como cidadão brasileiro?

JM - Eu acho que a gente está... Eu tenho medo da gente perder essa grande chance de implantar um bom sistema, de saúde no país. É claro, que sistema único... baseado naquilo que eu acho que é direito de todos e dever do estado. Quer dizer, era uma oportunidade que a gente tinha para isso. É claro que eu acho que você não pode dispor, ou dispersar a medicina privada. Você poder dar o direito a pessoa que desejar, se dar ao luxo de ter medicina privada, ele tem. É um direito que lhe assiste. Mas que lhe dê uma medicina digna. Que ele tenha direito a uma medicina digna e... tudo mundo. Quer dizer, todo mundo como cidadão, todo mundo tem direito, tanto rico como pobre. Quer dizer, não é fazer uma medicina de pobre, para pobre, e o rico... dividia as duas espécies de atendimento... E eu lamento se isso não acontecer. Eu tenho a impressão que nós estamos perdendo essa oportunidade. Porque estão sucateando tanto o serviço público, que vai chegar num ponto que vai ser muito difícil você refazer isso. Eu acho que... é esse o meu medo.

35

\*1) O depoente representa com as mãos um triângulo ilustrando uma pirâmide.

TM - Isso com relação à saúde, mas eu pergunto assim, com relação ao Brasil, né? Com toda essa... a CPI<sup>36(\*2)</sup> aflorando o movimento popular, e o discurso do Collor<sup>37(\*3)</sup> no domingo, por exemplo. Como é que você vê essa situação hoje?

JM - Eu vejo o seguinte: que uma coisa que o povo...o povo estava acomodado... Eu acho que o Collor prestou um grande serviço ao Brasil (risos). Ele despertou uma consciência que ninguém conseguia despertar, do direito de cidadania, do direito de reclamar, de que não é preciso ter corrupção, não é obrigatório ter corrupção, que ninguém deve se conformar com corrupção, com o que quer que seja... Não sei se o Collor é ladrão, se não é ladrão, nem me interessa, nem me interessa se ele for ladrão tem que ser preso, se não é... nem sei se é. Porque... esses detalhes da coisa... o que tem por trás de tudo isso... Mas eu acho que pelo menos uma coisa se assumiu: hoje já se discute, já se vê uma possibilidade de que se o presidente , não corresponder aquilo que a gente deseja, a gente tem elementos, a gente tem meios de mudar o presidente. Quer dizer, acho que isso conscientiza mais... pelo direito que você tem de que ele é o Presidente da República, o serviço público, mas ele trabalha para você. Não é você que tem que trabalhar para ele, para sustentá-lo. Eu acho que já se esboça... embora com muita exploração, muita exploração política em torno disso... Mas a gente nota que inclusive, há uma reação do povo contra esta exploração política que quer se fazer em torno do fato. Está chegando... Tem muito dono do urso... está aparecendo muito dono do urso por aí. Por exemplo, regime eleitoral, não vai ser o mesmo, vai ser uma eleição já diferente... [vozes no fundo, interrupção da fita]

TM - Continue Miranda.

JM - Mas eu acho isso, que a... Nasce um pouco de esperança a mais, de que a gente possa mudar alguma coisa. Acho que só o presidente ter que chegar, na televisão, tentar se explicar, e estar ameaçado de sair ou não, eu acho que já é um fato positivo.

TM - Hum, hum. E o que você achou da entrevista de domingo? Quer dizer, da repercussão da entrevista de domingo?

JM - Eu acho que isso ...

TM - Convenceu?

JM - Não. Eu tenho a impressão que não. Eu tenho a impressão que o Collor... Aquilo é o reflexo da personalidade do Collor. O Collor é aquilo que está ali, ele não podia agir diferente. Quer dizer, não vá torcer... aquilo está dentro do temperamento dele, eu nunca esperei... Ele é de confronto, vai confrontar eu acho que ele está absolutamente convencido de que está certo... Que está certo, que está todo mundo de passo errado, só ele que está de passo certo. Mas ele é assim. Eu não acredito que o Collor pense... Ele acha que tudo isso é normal então está direito. Ele é meio gerencial, ele é gerente, no fim vai dar certo..." Não

---

36 \*2) Trata-se de CPI ... instituída em - para apurar...

37 \*3) Fernando Collor.



se meta que eu sei o que estou fazendo...". Quer dizer, então ele é o gerente... Quis fazer uma empresa, quer modernizar a empresa, e o pessoal... Eu acho, que muito do pessoal que vive em torno dele, também explorou muito essa condição dele. Quer dizer, eu vejo claramente isso, entendeu? Eu não tenho militância política nenhuma, apenas eu analiso a coisa assim no ponto de vista de cidadão que é um direito que eu tenho. Eu acho que... também acho que haja uma porção de gente querendo explorar o fato, com tantos defeitos como ele, que já fizeram no passado, e vão fazer no futuro. Quando se falou no impeachment do Sarney, não chegou nem... cortaram de saída, não chegou nem a se pensar. Fizeram a CPI de corrupção do Sarney... Bom, naquela não deu, nessa já deu um pouquinho mais. Pode até dar impeachment, mas pelo menos já está um passo adiante. Acho que nem tem jeito esse país, a gente...

TM - Agora queria que você falasse assim meio para terminar a entrevista, né? É... de algumas pessoas que nós destacamos... - podem ter outras, você mesmo acrescenta, né? Como pessoas que perpassaram aí a história da tuberculose. Eu vou falar cada uma e gostaria de que você nos colocasse Magarão, Milton Fontes Magarão.

JM - Foi uma beleza de pessoa. O Magarão eu conheci desde de 1942, 43, no hospital São Sebastião, quando eu era interno. Naquela época eu já admirava e durante esses anos todos eu passei a admirar mais. Dentro daquela modéstia dele. Eu acho que foi uma das figuras mais notáveis de toda a história da tuberculose. Acho que o Magarão é... um é ... .. é o técnico que dentro da sua timidez, da sua... Ele tinha muito mais conteúdo, do que até externava. Eu convivi muito com o Magarão, muitos anos... Alguns anos, eu convivi como estudante, e ele foi um dos meus ídolos de estudante. Uma das pessoas que eu gostaria de ser na época. E, depois, a vida dele... Eu me afastei... apenas contatos... Eu acho que foi um dos pilares... Principalmente, foi um que deu uma base sólida de credibilidade à bacteriologia, da importância da bacteriologia, a da normatização da bacteriologia... Eu acho que, não dá pra dizer se a bacteriologia é importante para a tuberculose, o Magarão foi importante para tuberculose, como um homem... um homem de bacteriologia, um homem de laboratório, que sempre defendeu... Hoje a gente está querendo manter... ele já vinha... É o baluarte disso tudo, é a espinha dorsal da bacteriologia.

TM - E o Filho, Magarão Filho?

JM - Eu tive muito pouco contato.

TM - Sem pensar em comparar.

JM - Não, tive muito pouco contato. O Magarão Filho só tive contato de reuniões assim, esporádicos. Sinceramente eu não tive assim contato para dar algum tipo de opinião sobre ele. Pessoalmente, posso dizer... Socialmente eu acho o muito agradável, muito bom... mas tecnicamente não o conheço. Geralmente ele foi mais da área do INAMPS, uma área que eu não atuava muito. Então eu não tenho assim uma condição de dar opinião sobre ele.

TM - Newton Bethlen?

JM - O Newton Bethlen, eu acho... Aquele típico professor, que sustentou o programa, foi um dos que davam sustentação. Havia uma Comissão técnica da minha mudança na Campanha, não sei se cheguei a falar disso antes, acho que não, e acho que o que manteve a unidade da Campanha, o espírito da Campanha foram aquelas Comissões Técnicas que haviam. Porque essas Comissões Técnicas que foram definitivas para traçar um programa, que foi seguido durante esses 40 anos da Campanha. Quando acabaram as comissões técnicas, fizeram as comissões de peritos que até hoje a gente tem, essas comissões de perito. E ela tem a vantagem, a Campanha sempre teve isso, não eram os seus próprios quadros, ou o seu diretor, ou superintendente que determinava as coisas, a normatização técnica. Ele tinha a comissão técnica, que submetia. E a comissão técnica era alheia, ela era de pessoas de todos os campos da universidade, do ensino, da clínica privada... Quer dizer, ela representava uma média de... [interrupção da fita]

### **Fita 8 – Lado B**

JM - ... de conhecimento nacionais. Por isso que era (?) dificilmente algum diretor, tinha condições de mudar aquilo que fosse a comissão técnica, por tinha condições de convencer a comissão técnica que tinha um embasamento muito grande, um respaldo muito grande, e eram realmente pessoas que... E o Bethlen era uma das figuras principais, e ainda é uma das figuras principais de consultoria, dentro da Campanha. Hoje ainda... menos, mas... A última vez, foi a coisa de três meses atrás, nós nos falamos em Brasília, e... É uma opinião respeitável, ele é respeitado como pessoa, e é uma opinião respeitável como... E foi um dos esteios do programa de controle da tuberculose, e um dos responsáveis por esse... faziam parte dessa comissão, ele, o Magarão, o Hélio Fraga... Hélio Fraga, o Nilton Costa, Santos Neves, Germano. E todo esse pessoal é um pessoal, que deu continuidade técnica da Campanha. Uma das coisas que o Paula Souza fui informado pelo Paula Souza, que ele conseguiu, foi exatamente isso, que ele reuniu pessoas de conhecimento e dividiu com essas pessoas a responsabilidades das decisões e da normatização do programa.

TM - Por falar em Paula Souza...

JM - Bom, Paulo Souza eu acho que é, é... Falar do Paula Souza é emocionante, porque é uma das figuras mais... mais fabulosas que existem. Tudo isso nasceu de Paula Souza, toda essa campanha... Eu acho que o Paulo Souza foi quem realmente deu estrutura ao programa. Com a formação da Campanha, ele soube formar toda essa mística entorno desse programa, que é o sustentáculo. Você só fala em gente boa? Fala em....

TM - Então vou falar mais um: Flávio Popper de Figueiredo.

JM - O Flávio Popper de Figueiredo, eu conheci muito no curso. Foi nosso, nosso diretor técnico aqui em Curicica. Ele era um baluarte, era um outro que... Ele era enciclopédia, né? Ele era a enciclopédia. Era um homem de estudos; não era um homem... homem de execução, quer dizer, na parte executiva ele era um homem... Era um livro que eu queria ter, era a pessoa que eu queria ter ao meu lado, para tirar todas as dúvidas. Quer dizer, não

tenho a experiência dele, e eu acho que não teria o tino administrativo muito grande, como o Paula Souza, como outros que tem dentro da Campanha. Mas ele teve o seu lugar e um lugar de destaque também na comissão técnica, teve um lugar de destaque... Principalmente na formação. Grande parte dos tisiologistas de hoje, que foram formados pelo curso de tisiologia sanitária que ele era o coordenador, e ele era muito... Embora ele não fosse professor, não fosse da área universitária, ele era uma pessoa que sabia ensinar, sabia... Era a enciclopédia que eu queria ter lá no meu quarto.

TM - Aldo Vilas Boas.

JM - O Aldo Vilas Boas eu acho é... Quer dizer, esse sim é o realizador. Quer dizer, é aquele que é o administrador. Eu acho que ele tem muito de... um bom administrador, um diretor... de administração boa. Deu uma diretriz administrativa, durante o tempo dele, muito boa. Inclusive que formou... que deu todo apoio a essa comissão técnica. Foi quando... na época dele que se implantou o esquema standard que e ele saiu para essa comissão técnica vendendo... vendendo o programa no Brasil todo... vendeu a quimioterapia da tuberculose. Eu acho que... diferente do outro. Eu acho que esse grupo, é um grupo que se completa. Então ... tem uns que são mais administradores, tem outros que são mais técnicos... Pelo menos do que eu conheço deles, pode ser que tenha algum ... fora do que eu conheço, eles possam ser... Eu o classificaria como um bom administrador, e um bom diretor, foi um bom diretor...

TM - Aloysio de Paula?

JM - Professor. Eu acho que o professor. Teve uma importância na tisiologia, não muito na Campanha, não muito na Campanha, mas no ensino médico de tisiologia. Ele formou uma equipe boa, de... um centro bom de ensino, na Policlínica, que foi um dos... um dos pilares do conhecimento de tisiologia. Mas não o conheço como executivo, porque nunca foi ligado diretamente à Campanha. Agora, a escola que ele formou com o Edmundo Blundi, com o... aquele Carneiro... Fernando Carneiro... Quer dizer, aquele grupo da Policlínica era um grupo muito bom, era um grupo que foi muito importante na tisiologia nacional.

TM - Sim, aí falamos no Edmundo Blundi?

JM - O Edmundo Blundi era o executivo... era o executivo. O Edmundo Blundi era mais para o executivo... foi o executivo dele... Quer dizer... Foi um bom administrador, foi um bom diretor um pouco teimoso...(risos), mas muito bom.

TM - Jaime dos Santos Neves?

JM - Era uma beleza de pessoa. Eu acho que a tuberculose deve a Santos Neves, essa... Primeiro como exemplo de vida e como exemplo de dedicação desses anos todos, no Espírito Santo. Que até hoje trabalha na Liga, e ele trabalha por amor, é muito humano. Além dessa parte pessoal dele, ele teve uma importância muito grande na... organização, na organização do programa nacional. Eu me lembro que o Santos Neves, ele quando viu essa possibilidade de colocar a tuberculose dentro do II Plano Nacional de

Desenvolvimento, como uma meta prioritária, ele praticamente sozinho... Quer dizer, tinha pressa... ele sozinho organizou, fez metas, e fez metas para cinco anos... Ele acertou quase tudo. Ele tinha uma visão muito boa, tinha uma visão muito boa. E foi quem divulgou o programa que... Implantou na realidade, à época dele foi quem implantou programa. Eu me lembro uma vez ele... conversando com o Almir Gabriel, com Almir Gabriel ele falou: "Olha eu fiz a balança toda, agora você organize". (risos)

TM - E o Almir Gabriel?

JM - Bom, eu não posso falar é meu compadre. É meu compadre...(risos). Conheço o Gabriel há mais de 40 anos, e é muito... Eu vejo muito o Almir, como executivo, como técnico-executivo... é uma beleza. Lamentei muito que ele entrasse nessa área - embora, tivesse se saído bem - nessa área legislativa, porque ele é muito mais, pra mim e muito bom executivo.

TM - Que área legislativa?

JM - Ele é senador.

TM - Ah. É o mesmo?

JM - É. Ele é senador. Então como senador ele não... Eu não o colocaria como senador, embora ele tenha tido um papel tremendamente grande no Sistema Único de Saúde, na seguridade... na lei de seguridade. Ele foi relator do capítulo seguridade social. E foi quem colocou para dentro da Constituição toda essa idéia, que vem se desenvolvendo desde o Raul e que se consolidou e foi com ele dentro da coisa... Eu acho que ele tem um valor inestimável, dentro desse processo de saúde como um todo. Agora, como administrador da Campanha, ele foi muito bom administrador. Eu sempre acompanhei Gabriel foi meu discípulo e como todo... por isso que eu acho que sou bom professor, porque você só é bom quando o discípulo o ultrapassa (risos). Mas ele exagerou, eu acho que ele exagerou, não precisava ser tanto.

TM - Não precisava ser tanto? (risos) José Rosemberg?

JM - É um gênio. Ontem eu assisti uma aula do José Rosemberg. Vi José Rosemberg falar em... genética. Nessa altura ele falando em genética! Já com 80 anos de idade! Com cromos, e... Sempre de uma lucidez tremenda. Pessoa que em todos os campos que ele entrou ele foi brilhante. Ele foi brilhante na tuberculose com BCG; depois na campanha contra o fumo... que é hoje um dos baluartes no programa de fumo no Brasil, talvez um dos que mais conheça o programa do tabagismo, a campanha do tabagismo... Mas o que impressiona mesmo é a lucidez, que ele mantém, aos 80 anos, que ele está agora. Ele deu uma aula que..., ontem, que foi um assombro... foi um assombro para todo mundo.

TM - Ah, ontem ele esteve aqui?

JM - Ele esteve aqui, ele vem amanhã também. Vêm quinta-feira. Ele esteve aqui ontem. Ele deu uma aula em que ele estava parecendo aqueles garotos de computador, dessa nova geração. Ele conseguiu sintetizar de engenharia molecular, de genética, de todas as perspectivas futuras para a tuberculose, da engenharia genética na área do tratamento, na área do diagnóstico... Quer dizer, uma pessoa excepcional.

TM - José Silveira?

JM - O José Silveira... eu acho que... ele constituiu a escola dele, na Bahia, aqui no IBIT<sup>38(\*4)</sup>. Agora um pouco isolado do... Ele nunca se integrou muito dentro do pensamento nacional. Ele tem um grande valor, tem uns 40anos no IBIT, que ele construiu, uma obra que ele construiu tremenda... Um dos grandes nomes do top-set internacional... Agora, apenas eu acho que ele tem as suas idéias, sempre deu um pouquinho de trabalho para gente(risos)...É claro, ele tem direito a ter as idéias, e ter suas... Mas nunca comungou muito que as idéias da maior parte da Campanha. Embora mantivéssemos um relacionamento muito bom, é realmente é uma figura notável... E agora foi receber essa homenagem daqui da... - muito merecida da Sociedade de Tisiologia do Rio de Janeiro... Mas o contato que eu tive... o meu contato com ele, foi assim... Todas as vezes que eu ia a Bahia, vou lá, continuo visitando. Eu acho que ele é um pioneiro, dentro lá da pneumologia, dentro da pneumologia na Bahia, formou uma escola. Embora essa escola as vezes tivesse encontrado em choque um pouco... E é claro que se todo mundo pensasse igual, não era... certo. Mas eu acho que ele teve um grande valor. Mas não... Para a Campanha a contribuição dele, em relação à Campanha, não tenha contribuído como os outros. Em termos de história da Campanha. Mas em história da tisiologia e da pneumologia no Brasil ele é respeitado.

TM - E o Germano?

JM - Esse é covardia (risos).

TM - É suspeito (risos).

JM - Isso é covardia, falar do chefe. Falar do chefe é covardia...germano (?). Eu acho que o Germano é espetacular. Na minha opinião, eu não digo que ele seja genial, no sentido que chegue a gênio, porque eu não acredito que exista gênio, mas eu acho que o Germano é brilhante, bastante brilhante. Eu acho que ele... Nesses anos que ele foi diretor do Serviço, ele tem conseguido agüentar e sobreviveu a Campanha, e o Centro de Referência sobreviveu a todas essas tempestades... Porque ele só pegou as tempestades. Quer dizer, os outros pegaram a fase áurea da Campanha. Ele pegou as dificuldades. E ele tem conseguido driblar, essas... pelo menos fazer com que a tuberculose e a Campanha, tenham sobrevivido durante esses anos é pena que ele não tenha... ele não tenha entrado um período em que ele pudesse realizar mais, porque ele tem um potencial para realizar muito maior, muito grande. E eu tenho muita pena do Germano, realmente de que ele só pegou fase...

TM - Abacaxi...

JM - Fase de baixa. (risos) Ele não pegou uma fase que ele pudesse... de grandes realizações. Ele pegou a década de 80 toda... e que vocês viram. Todas essas mudanças que estão fazendo, acabando com os "alcenis", essa coisa toda com Alceny aí. Eu acho que o Germano ainda tem muito que dar, é claro. Tomara que ele consiga... Isso não quer dizer que ele tenha deixado de realizar. Ele consolidou esse programa... a década de 80, foi a década da consolidação, daquilo que vinha sendo construído por uma porção de gente, que vinha sendo construindo... estava pouco, e ele conseguiu apesar de todos, consolidar a Campanha. Ele deixou a Campanha consolidada e, infelizmente, a Campanha acabou na mão dele, mas não acabou o programa espírito da coisa. Tanto e que ele consegue manter essa equipe toda aqui trabalhando, numa incerteza tremenda, onde todo mundo aqui é chefe, mas ninguém recebe. Nem ele (risos), nem ele; sendo que não tem funções gratificadas. Para você conseguir manter esse grupo sem nenhuma vantagem, só com os ônus, e sem poder dar... Na realidade precisa ter muita, muita força moral, e muito conhecimento técnico, muita liderança técnica para conseguir. Porque se não fosse a liderança técnica do Germano, o Centro não se manteria. E eu acho que o Centro não teria sobrevivido, só sobreviveu graças ao Germano. Eu acho que hoje, nós devemos ao Germano o que puder ser feito, daqui por diante, se deve ao Germano porque foi quem conseguiu, com a sua liderança técnica, com seu conhecimento indiscutível, em todas as áreas... Ele conseguia ser respeitado, e ora que aqui dentro não é fácil, nessa época de confusão, nessa... a pessoa sem nenhum cargo. Por eleição. Porque é o único que é por eleição, é o único que é diretor por decisão do grupo. É diretor honorário (risos) do grupo e todo resto do grupo... E conseguir que as pessoas assumissem chefias e responsabilidades, tudo isso sem nenhum... a não ser o trabalho... a não ser pelo trabalho por uma causa, sem vencimentos. Eu acho que é importante porque ele transmitiu isso. Eu não sei se teria outra pessoa que fosse capaz disso. Eu não vejo, aqui pelo menos dentro do nosso conhecimento, eu não vejo outra pessoa que conseguisse isso, que mantivesse sem desintegrar. Apesar da calma dele, da tranquilidade, de não interferir muito, e aparente docilidade. Ele é muito firme, tem que ser muito firme. Nessa docilidade dele, ele se impõe. Ele ganha todas as eleições que você quiser para cá. Quer dizer, você não acha difícil uma pessoa ..."Querem acabar com o Serviço" e o grupo diz: "Não, tem que continuar e você tem que ser diretor. Quer dizer, não é fácil você conseguir isso, tem que ter muito mérito, né?

TM - E esse grupo... Quer dizer, essa nova geração, digamos assim, né? Daqui da... que veio trabalhar com vocês... o Miguel e toda essa "patota", o que é que você tem a nos dizer?

JM - Olha, eu acho o seguinte: que esse grupo, ele veio de uma escola diferente da minha. É claro que no meu tempo, a gente para subir, tinha que empurrar todo mundo que estivesse em cima, né? Quer dizer, para subir era... Existia aqueles catedráticos, aquelas figuras clássicas de sempre e as pessoas... Esse grupo é mais liberado, quer dizer, e é um grupo muito mais preparado, muito bem preparado. E pela primeira vez que está entrando na Campanha... Nós, da minha geração, entramos na Campanha sem muitas ligações com as universidades, eram de serviço, pessoal de serviço. O Germano como talvez por ele ser da universidade... Mas todo mundo aqui tem mestrado, doutorado; tem uma carreira universitária, ou pelo menos uma formação universitária toda. Isso é bom para Serviço, dá vanguarda, eu acho que dá esperança. Infelizmente não... como o caso do Germano tem

essas dificuldades. Todas... para desenvolver, mas está sobrevivendo e ninguém está abandonando o barco, ninguém abandonando o barco. Quer dizer, apesar de todas essas dificuldades, de ter muito pouco o retorno, pouco retorno... Então eles estão construindo, e eu acho que vai ser uma boa geração, vai ser uma geração que vai nos...

TM - Suceder.

JM - ...É que vai nos suceder. Mas já preparada, com boa base; tem a Margareth, um Isbelo, uma Sonia... E eu acho que o pessoal está bem preparado. Eu acho que hoje eles já caminham sozinhos, quer dizer, infelizmente a gente não pode evoluir mais, por causa dessas circunstâncias todas que prendem. Agora, o dia que derem condições, esse grupo vai... realmente vai longe. Eu acho que o Germano... é outro mérito do Germano que ele formou gente para a continuidade. Isso é importante porque sempre precisa de alguém que pegue o bastão na frente. E ele preparou esse grupo, um grupo bom. Eu acho que é claro, que... deve ter dentro dessas circunstâncias... deve ter choques, e deve ter... é claro, é normal dentro de um serviço que haja algum tipo de coisa assim, senão estava morto, estava todo mundo morto. É sinal de vitalidade. E eu acho que agora se for dado condições, já tem uma turma pronta para arrancar.

TM - Você teria... Quer dizer, por mim a entrevista poderia finalizar. Você tem alguma coisa que você gostaria ainda de falar para complementar esse trabalho?

JM - Não. Eu acho que eu não tinha assim... Você deve ter notado desde o primeiro dia, eu não vim assim com nada esquematizado em termos de coisas... Eu estou...

TM - Sim, mas de tudo que foi tocado... Sei lá, se tem alguma coisa que você...

JM - Eu estou dizendo apenas aquilo que eu sinto. E inclusive, na realidade eu não vejo muito o porquê, que a minha contribuição possa ser de alguma importância para isso, a não ser... uma testemunha. Eu não sei se a minha visão é uma visão correta. Porque uma das coisas que eu acho que... e eu já disse antes, que só estar aqui, eu acho que é uma coisa que é importante, que seria o trabalho do Noel Nunes. Porque eu seria o único que poderia dar maiores informações sobre esse trabalho, que não pode faltar na história da tuberculose.

TM - É o trabalho dele e o seu junto com ele. Sozinho ele também não existiria. É por isso que para nós você é um personagem fundamental.

JM - Mas eu tenho a impressão que eu acho que ... Eu tenho a impressão que esse grupo...Porque a tuberculose... foi há 40 anos que segue. Então, é um encadeamento de pessoas e de coisas e não existem padrões, nem grandes Messias...E é um grupo que vem se desenvolvendo e que vai mantendo essa mística, sempre com o mesmo objetivo, tem mantido essa luta contra a tuberculose. Que eu acho que é um grupo que tem que ser respeitado porque é um grupo sério. E eu me orgulho muito de ter pertencido a esse grupo sério. Eu acho que era só o que eu poderia dizer.<sup>39\*</sup>

---

<sup>39</sup> A fita não foi totalmente gravada