



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Casa de
Oswaldo Cruz

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CASA DE OSWALDO CRUZ**

NILDO DE ALMEIDA AGUIAR
(Entrevista)

Ficha Técnica

Projeto de pesquisa – Memória da assistência médica da Previdência Social no Brasil

Entrevistado – Nildo da Almeida Aguiar (NA)

Entrevistadores – Marcos Chor Maio (MC), Nilson Moraes (NM)

Data – 14/01 a 29/04/1987

Local – Rio de Janeiro, RJ

Duração – 10h25min

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

AGUIAR, Nildo de Almeida. *Nildo de Almeida Aguiar. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória da assistência médica da Previdência Social no Brasil, 1987*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2024. 157p.

Resenha biográfica

Nildo de Almeida Aguiar nasceu em Manaus, Amazonas, a 12 de março de 1924. Filho de Pompeu Lino de Almeida, um próspero comerciante português, e de Eulália da Silva Aguiar. Iniciou seus estudos em casa, prática usual entre a classe média alta da cidade naquela época. Terminou o primário no Colégio Dom Bosco e o curso ginasial no Ginásio Amazonense.

No início da década de 40, estudou dois anos no Colégio Militar de Fortaleza. Após esse período, já no Rio de Janeiro, completou o curso secundário no Colégio Jurema, onde participou ativamente do grêmio estudantil.

Cursou medicina na Universidade Federal Fluminense (UFF), graduando-se em 1951. Iniciou sua carreira profissional no ano seguinte, na Leite de Rosas S.A., e também no Hospital Moncorvo Filho, como auxiliar de ensino. Ainda em 1952, foi indicado para integrar o quadro de médicos do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Neste órgão, desempenhou as funções de plantonista no posto Matoso, chefe de equipe no posto de Deodoro, e a partir de 1964, assumiu a direção do Hospital Getúlio Vargas, permanecendo no cargo até 1967, quando o serviço foi extinto devido à unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs).

Em 1957, ingressou também no quadro de médicos do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC), em Niterói, através de concurso público. Em 1964, foi transferido para o Hospital dos Comerciantes, em Ipanema, onde exerceu o cargo de diretor no período de 1966 a 1978, quando então passou a dirigir o Departamento de Administração Médica da Previdência Social (INAMPS). Ao assumir a direção do Hospital de Ipanema, abandonou a medicina liberal, dedicando-se exclusivamente ao serviço público.

Quanto à política, participou do processo de formação do Partido Socialista Brasileiro (PSB), ao qual foi filiado até 1964. A partir daí, não desenvolveu mais nenhuma atividade político-partidária.

Em 1967, foi delegado brasileiro na 16^a Assembleia de Seguridade, em Leningrado, onde pôde observar importantes experiências no campo da medicina preventiva.

Durante a gestão de Reinhold Stephanes na presidência do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no período de 1974 a 1977, foi indicado como representante deste instituto, no estabelecimento do protocolo MEC/MPAS, que substituiu o sistema de pagamentos por unidades de serviço em subsídio mensal, relativo ao número e ao tipo de altas nos hospitais de ensino.

Em 1980, passou a atuar no Ministério da Saúde, na assessoria do Ministro Dirceu Arcoverde, participando da implementação do sistema de cogestão entre o Ministério da Previdência Social e o Ministério da Saúde, em suas unidades de assistência médica, como o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e o Hospital Fernandes Figueira.

Em 1985, retornou à direção do Hospital de Ipanema, eleito pela comunidade hospitalar, onde permanece até os dias de hoje.

Sumário

1ª ENTREVISTA

Data: 14/01/1987

Fita 1 – Origem familiar; condição social da família e alternativas profissionais para a classe média alta de Manaus; passagem pela Faculdade Livre de Filosofia; o interesse pela psicanálise; os primeiros estudos; lembranças do Ginásio Amazonense e do Colégio Dom Bosco; formação religiosa; influência humanista do irmão mais velho; lembranças do tio paterno; o cosmopolitismo de Manaus; passagem pelo Colégio Militar de Fortaleza; a chegada ao Rio de Janeiro; lembranças do Colégio Jurema; a opção pela carreira médica; as doenças em Manaus; influência de Alfredo Monteiro; o aprendizado médico no Hospital Moncorvo Filho; mudança do curso de psicologia para medicina; o interesse pela psicanálise; atuação como auxiliar de ensino no Hospital Moncorvo Filho; a prática hospitalar e o aprendizado médico; a orientação para a cirurgia; transferência da Faculdade de Ciências Médicas para a UFF; lembranças da pensão no período de faculdade e influência de um amigo comunista; o convívio com lideranças que formariam o PSB; referência à formação do PSB.

Fita 2 – A atuação no PSB; a ligação com J.G. De Araújo Jorge; impressões sobre o perfil político do sogro e sua atuação como empresário na Leite de Rosas S.A.; a convivência com Dante Costa; referência ao primeiro casamento; lembranças da UFF; o curso de medicina; a formação de grupo de elite no Hospital Moncorvo Filho; o ingresso no SAMDU; as atividades no consultório e na Policlínica de Copacabana; a nomeação para o Hospital de Clínica de Deodoro; a importância atribuída ao SAMDU pela população; a licença médica; o auxílio à natalidade; os professores titulares na condição de médicos do SAMDU; a relação do SAMDU com os hospitais previdenciários; a sobrecarga do Hospital Carlos Chagas pelo SAMDU; o poder político dos segurados do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETC) e do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM) sobre o SAMDU; visão dos segurados do IAPETC e do IAPM sobre o SAMDU; a distribuição de postos do SAMDU; a definição do índice de pagamentos dos institutos para o SAMDU; a gestão de Francisco Laranja no SAMDU; a interiorização do SAMDU; discussão sobre a responsabilidade do município no atendimento de urgência; referência aos “cardeais” do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI); o convênio entre o Ministério da Educação e Cultura e o Instituto Nacional de Previdência Social (MEC/INPS); referência ao artigo de Carlos Gentile de Mello sobre convênios da Previdência com o estado e o município; referência ao artigo “Nuno Colan” de Carlos Gentile de Mello; a dupla

militância do médico no serviço público e no setor contratado; o SAMDU e a universidade.

Fita 3 – Visão do médico como profissional liberal e sua participação em greves; acumulação de cargos no serviço público; a população e o SAMDU; o SAMDU como escola; o SAMDU e o atendimento humanizado; atuação como diretor do Hospital Getúlio Vargas do SAMDU; a municipalização das instituições de saúde; a proposta de Luiz Carlos Seixas para a recriação do SAMDU no governo Médici; a expansão do SAMDU na região Norte após 1964; o SAMDU e o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB); as condições salariais dos médicos do SAMDU; visão dos médicos do IAPC sobre o ASMDU; atuação do Hospital do IAPC de Ipanema; o ingresso na equipe médica do IAPC de Niterói; assistência médica do IAPC; o nível profissional dos médicos da Previdência; as condições salariais dos médicos da Previdência; as condições salariais dos médicos da previdência; posicionamento político; assistência médica previdenciária no pós-1964; mudança de posição em relação a Getúlio Vargas; o compromisso social de Vargas; o SAMDU como expressão de reconhecimento dos direitos dos trabalhadores.

2ª ENTREVISTA

Data: 28/01/1987

Fita 4 – O Centro de Estudos do SAMDU; a Previdência e a democratização de conhecimentos na área médica; ausência de visão social na “corporação médica”; a Previdência Social e a formação de categorias profissionais na área de saúde; o serviço social; a sindicalização dos médicos; a greve dos médicos pelo enquadramento na última categoria do funcionalismo público; a relação dos médicos com as demais categorias profissionais da área de saúde; a Junta Consultiva do SAMDU; o financiamento do SAMDU; o IAPC e a implantação da primeira comunidade de serviços; a expansão da assistência médica através do SAMDU; o padrão arquitetônico dos postos do SAMDU; avaliação da qualidade dos serviços prestados pelo SAMDU; as relações entre o SAMDU e o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS); a criação do hospital de urgência: Hospital Presidente Vargas; críticas dos segurados ao SAMDU; os períodos de maior incidência de atendimento; a concessão de licenças médicas pelo SAMDU.

Fita 5 – As licenças médicas na Previdência; a humanização do atendimento; os serviços médicos de empresas; o absenteísmo; o desenvolvimento da tecnologia médica; a infecção hospitalar e o uso indiscriminado de antibióticos; a expansão da assistência médica previdenciária de 1967 a 1970; assistência médica e concepção da Previdência Social como financiadora das instituições públicas e privadas voltadas à saúde; o Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS); a gestão colegiada; os “pelegos” como representantes da sociedade na época; o Golpe de 1964; o Inquérito Policial Militar (IPM) no SAMDU e a denúncia contra Carlos Gentile de Mello; atuação de Carlos Gentile de Mello como crítico da Previdência Social; a nomeação para diretor do Hospital Getúlio Vargas do SAMDU; defesa do privilégio dos serviços públicos na área de saúde; a opção pelo serviço público; indicação para a direção do Hospital do SAMDU; a qualidade

técnica dos hospitais previdenciários; absorção dos médicos do SAMDU após a unificação do sistema previdenciário.

Fita 6 – Avaliação da unificação; resistência à unificação; o papel do IAPI na unificação; os “cardeais” do IAPI; as propostas de unificação anteriores a 1967; os privilégios dos funcionários do IAPI na administração previdenciária; o predomínio da concepção do IAPI no processo de unificação; a incorporação do Hospital dos Servidores do Estado (HSE) ao sistema previdenciário; o IAPI e a modernização administrativa; o desaparecimento da categoria dos funcionários públicos e a integração do Instituto de Aposentadoria e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) ao sistema previdenciário unificado; a unificação e a qualidade do atendimento médico; o Decreto-lei nº 200, de 1967, e a modernização administrativa; as normas do Plano de Ação da Previdência Social (PAPS); a 16ª Assembleia de Seguridade, realizada em Leningrado, em 1967; a importância atribuída pela Previdência Social de outros países à medicina preventiva; seguridade social; a gestão de Luiz Seixas no INPS e a defesa da expansão do setor próprio; os convênios com hospitais universitários; impressões sobre a assistência médica na União Soviética; a tradição médica francesa e alemã; o modelo americano de assistência médica.

3ª ENTREVISTA

Data: 22/04/1987

Fita 7 – Dedicção exclusiva à medicina previdenciária; o ensino médico e a Previdência Social; as reações contrárias aos convênio MEC/INPS; o papel da Associação Brasileira de Escolas de Medicina (ABEM); referência às gestões de Luiz Carlos Seixas e Reinhold Stephanes no INPS; as escolas médicas; comparação entre o atendimento e o tempo de permanência nos hospitais de ensino e hospitais privados; a importância dos convênios MEC/INPS na formação dos médicos; a dedicação exclusiva do médico à medicina previdenciária; a gestão de Luiz Seixas e a expansão do setor próprio; o predomínio do setor privado no sistema médico previdenciário; a mudança na forma de pagamento do INAMPS ao setor contratado; o privilégio do setor público na gestão de Luiz Seixas; a Central de Medicamentos (CEME); o Plano de Pronta Ação (PPA); a redistribuição da medicina previdenciária.

Fita 8 – Os encontros dos diretores dos hospitais próprios da Previdência Social; o pagamento por unidade de serviço; atuação no Ministério da Saúde como assessor de Arcoverde; a cogestão das unidades do Ministério da Saúde com o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); a cogestão do INCA; o Programa Integrado de Medicina Nuclear; atuação como superintendente do INAMPS no Rio de Janeiro; o projeto Niterói; o grupo de reforma sanitária; a regionalização do atendimento médico; a criação do INAMPS; as ações primárias de saúde; a modalidade assistencial da medicina previdenciária; as diretrizes que orientaram a criação do INAMPS; a Conferência Nacional de Saúde; o concurso público para médico do INPS, em 1976; o Programa

Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE); a proposta de passagem pelo INAMPS para o Ministério da Saúde na gestão de Jair Soares.

4ª ENTREVISTA

Data: 29/04/1987

Fita 9 – Os centros de estudos nos hospitais previdenciários; o processo eleitoral para a direção dos centros de estudos na gestão de Hésio Cordeiro; o predomínio do setor privado na Previdência Social brasileira; assistência médica rural e Ações Integradas de Saúde (AIS); a expansão do setor privado após a unificação; o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) e a reorientação da assistência médica previdenciária; características do período de 1974 a 1978; a gestão de Jair Soares; a proposta de privatização do INCA na gestão de Raimundo de Brito Ministério da Saúde e proposta de privatização da saúde; a recessão econômica e o CONASP; as diretrizes básicas do CONASP.

Fita 10 – A gestão de Hélio Beltrão no MPAS; os contatos com Reinhold Stephanes; a integração do HSE ao INAMPS; a participação como superintendente do INAMPS no Rio de Janeiro; a gestão de Hélio Beltrão no MPAS; as AIS; o CONASP; a Nova República e o fortalecimento do setor público na medicina previdenciária; o retorno ao Hospital de Ipanema; o governo Leonel Brizola e a co-gestão Secretaria Estadual de Saúde/INAMPS; a situação atual do Hospital de Ipanema; a reforma sanitária; a universalização do atendimento; o Ministério da Saúde e a medicina previdenciária; a regionalização da assistência médica.

Fita 11 – A resistência dos funcionários diante das propostas de racionalização do atendimento; a concepção liberal dos médicos; a consciência social dos médicos na Previdência; fatos que marcaram a sua trajetória; vida profissional e vida pessoal; defesa da municipalização do atendimento.

Data: 14/01/1987

Fita 1 – Lado A

MC - Estamos no dia 14 de agosto de 1987, no Hospital de Ipanema, ex-Hospital dos Comerciários, na presença do doutor Nildo Aguiar, com os pesquisadores Marcos Chor Maio, Nilson Moraes e a estagiária Andréa. Doutor Nildo, nós queremos começar desde lá do início mesmo. Então, eu gostaria de saber onde é que o senhor nasceu? E em que data.

NA - Manaus, Amazonas, 12 de março de 1924.

MC - 1924. E seus pais o que faziam?

NA - Meu pai é Pompeu Lins de Almeida Aguiar, minha mãe é Eulália da Silva Aguiar, meu pai era comerciante voltado para a área de livraria, tipografia e encadernação, e fábricas de carimbo, uma das primeiras livrarias na época áurea da borracha, que foi 1905, quando foi montada. Então, eles ainda portugueses de origem. A ocupação dele na área de comércio, na área também de indústria, que era também a parte de fábrica de carimbos, uma das grandes livrarias, que até hoje tem lá Livraria Velho Lino. Eu fiz o meu curso primário e o ginásio lá em Manaus, Amazonas. Vim para o Rio de Janeiro fiz o científico. E fui, terminei, entrei na faculdade de medicina, terminando o curso em 1951 na Universidade Fluminense do Rio de Janeiro.

MC - [19]51?

NA - [19]51, na turma de [19]51.

MC - Na turma de [19]51. Bem, antes de a gente ver todo esse período, eu queria retomar um pouco essa origem familiar do senhor. O senhor falou da sua parte de pai, e a parte pai, e a parte de mãe.

NA - Minha mãe também é de origem portuguesa.

MC - E os dois vieram nessa fase de expansão.

NA - Não, a história do meu pai, é a história seguinte: o irmão dele, que era o Lino Aguiar. Em 1911, meu pai veio da Alemanha para o Amazonas. Porque o irmão dele saiu de Portugal, e foi montar no Amazonas, Manaus, esta área de livraria, tipografia, papelaria. Inclusive ele era inicialmente chamado Palace Royal, e depois uma outra chamada Papelaria Velho Lino. Que é na verdade, além dessa atividade comercial, o irmão do meu pai, quer dizer, o chamado Velho Lino, ele era dedicado também àquela atividade que chamavam no Amazonas, de aviador. Que era o representante dos seringalistas do interior do Amazonas, que aviavam mercadorias, e o meu pai, irmão, mais novo do Velho Lino, foi mandado, saiu de Portugal, mandado estudar artes gráficas na Alemanha. E veio da Alemanha em 1911, direto para Manaus.

MC - Então, quer dizer que o seu tio, irmão mais velho de seu pai, ele se comunicou com Portugal, para que o seu pai fosse estudar na Alemanha.

NA - É.

MC - Com o objetivo, depois...

NA - Mas depois de ele estar no Brasil. Estava aí no Brasil, e no Brasil nessa atividade, nessa área, época áurea da expansão da borracha e da castanha, e ele então pega o irmão mais novo, manda estudar na Alemanha nas artes gráficas, para então trabalhar com ele. Então, meu tio sai, volta para Portugal. Inclusive tem um livro muito interessante, datado de 1905, que é a história do Amazonas, inclusive quando ele depois de ter febre amarela, e tudo isso, ele volta para Portugal e vai para Cherez, água de Cherez curou, melhora da febre amarela, e tudo isso. E meu pai então, continuou, e educou os filhos, nascemos lá. E ainda numa fase histórica da Amazonas, o meu irmão mais velho, já falecido, ele foi

estudar, era mais fácil estudar em Lisboa, do que vir para o Rio de Janeiro, ou São Paulo. Então ele na época de ginásio, o meu irmão mais velho foi fazer o curso ginasial em Lisboa. Como era fácil sair de Manaus para a Europa.

NM - Eram quantos irmãos?

NA - Nós éramos três irmãos. Há um período aí em que eu saí de Manaus, e tive num colégio militar do Ceará, mas foi um período pequeno, foi quando acabou, voltei para Manaus, terminei meu ginásio lá. E o meu irmão foi para Portugal, e o meu irmão mais novo ficou em Manaus, sempre morando em Manaus. Os dois já falecidos. O meu irmão mais velho foi para a Aeronáutica, foi da primeira turma de aviadores da Aeronáutica e morreu como Tenente Brigadeiro.

MC - Então, era costume na época famílias portuguesas mandarem seus filhos estudarem em Portugal?

NA - É. Na época é o seguinte: havia três alternativas para a classe média lá no Amazonas, a classe média alta, e a classe média. Era os filhos tinham alternativas; ser padre, Banco do Brasil, ou militar.

MC - Então, era tipo da cidade, ainda era cidade do interior, não?

NA - Não, não era interior porque Manaus em função da grande expansão do período áureo da borracha, foi uma cidade cosmopolita. Para se ter uma ideia os navios estrangeiros aportavam em Manaus com facilidade. O meu período, que eu estive em Fortaleza, eu vinha de Manaus no navio Lloyd que levava 18 a 20 dias, parando em todos os portos. Mas quando eu voltava de Fortaleza para Manaus, levava sete dias, que eu ia no navio inglês, que era o navio exclusivamente passageiros.

MC - E onde que o senhor, quer dizer, o senhor se situa aonde, classe média. Quer dizer, a sua família é de classe média, ou classe média alta?

NA - Classe média alta na época.

MC - Quer dizer: era o seu pai com o seu tio estavam tendo uma atividade que estava em plena expansão?

NA - Grande expansão. E fomos criados assim. Quer dizer: uma família de classe média alta, custeado os estudos todos pela família. Tanto meu irmão, como eu, eu mais cedo vim, do que meu irmão. Porque eu vim mais cedo para o Rio de Janeiro. Vivendo à custa do pai. E fazendo então os cursos. Inclusive me casei cedo, me casei ainda, eu estava no segundo ano de medicina.

MC - E quais são as lembranças que o senhor tem desse período assim, mais de infância lá em Manaus?

NA - De Manaus o período é pequeno, porque é o período até a idade de 11 anos, depois mais dois anos, depois voltei vim para o Rio de Janeiro. Aonde eu fiz toda a minha formação no científico. Aqui, depois foi a universidade. E nesse período do Rio de Janeiro, ainda naquela época quando eu terminei o científico, eu fiz um ano de faculdade,

aquela chamada Faculdade Livre de Filosofia, onde se dava psicologia na época. Porque uma das primeiras ideias minhas era realmente entrar na área da psicanálise, da área da psicologia.

MC - É que o senhor viria a tomar na pós-graduação?

NA - É, aí eu tive essa fase de acompanhamento, porque também eu me submeti à análise, numa determinada época. Mas aí, numa fase ainda muito primitiva do processo.

MC - Sei. É...

NA - E dessa vivência do Rio de Janeiro, e dentro dessa minha atividade. Foi a grande oportunidade que eu tive de conhecer, não só a parte em termos de multiligações por amizade. Eu tinha um grande amigo meu que era filho do embaixador do Brasil na Argentina, um outro que era um professor do científico, que era um padre jesuíta, que abandonou, mas era um dos maiores escritores da Marx, Engels e Hegel. Esses marcaram muito essa minha formação intelectual, muito dada também na área do conhecimento, do contato.

MC - O senhor está falando dessa parte intelectual. O senhor na sua família, assim o senhor na sua vivência lá em Manaus teve. O senhor se lembra assim, dessa vivência intelectual?

NA - Sim. Sendo o meu pai com aquela formação, que ele teve no período na Alemanha, e convivendo permanentemente com livros, e a coisa mais fácil era você ter livros de todas as origens dentro de Manaus. Então, eu convivi numa casa com essa área intelectual, apesar do rigorismo do português misturado com uma educação alemã, que obrigava aquele rigorismo de português, mas sempre aquela ideia também de um português, de que um filho não poderia ser um comerciante, nem um industrial, tinha de ser ou médico, ou advogado, ou militar. Esta era o princípio. Por isso, dos três filhos, um foi militar, e o outro... Eu vim para a área da medicina.

MC - O seu pai viveu quanto tempo na Alemanha?

NA - Ele viveu na Alemanha seis anos.

MC - Isso no período de 1900?

NA - Ele saiu de lá em 1911.

MC - Ele saiu da Alemanha em 1911?

NA - É. Ele chegou em Manaus em 1911.

MC - E ele contava para o senhor histórias da vivência na época da Alemanha? Porque esse período é um período muito rico na Alemanha.

NA - Era um período rico da Alemanha. Foi um período até três anos antes da guerra, não é isso? Era um período onde ele aprendeu todo o alemão, aprendeu as artes gráficas. Inclusive era um dos aficionados no problema da homeopatia. Inclusive eu me lembro,

que era garoto, tinha um livro de homeopatia [...] onde ele educava todos os filhos com ginástica sueca, guaraná ralado, e quando ficava doente homeopatia. E o médico era uma citação rara. E os médicos eram de Manaus na época, quando criança, eram sujeitos altamente qualificados, todos de branco, com termômetro de ouro, e quando um chegava em casa, assim como fosse uma figura excepcional.

MC - Um acontecimento.

NA - E fatos interessantes lá. Eu lembro quando criança eu quebrei o braço, o médico me mandou para o cara que consertava chapéu. O cara, o chapeleiro, quer dizer, o cara que consertava as abas do chapéu, os médicos orientavam para fazer a redução de fratura de braço, quer dizer, o que se faz lá hoje numa medicina é alternativa, isso já existia lá, porque os clínicos formados atualmente na Faculdade da Bahia iam muito para o Amazonas.

MC - Que era uma época ainda a melhor, a melhor faculdade, ou não?

NA - É, ainda...

MC - Tinha esse mito?

NA - Não, era mais Bahia tradicional.

MC - Era na Bahia.

NA - Inclusive o Gentile é oriundo lá da Bahia. Também a mesma coisa, saiu do Rio Grande do Norte para Bahia.

MC - Sim. É como o Pedro Ernesto terminou.

NA - Isso.

MC - É, mas voltando, já que o senhor estava falando dessa experiência aí de lembranças, seu pai, homeopatia, e quando o senhor quebrou o braço, que outras lembranças o senhor tem assim, ou ele contar coisas que ele viu na Alemanha, ou mesmo aqui já. O senhor conversava muito com seu pai?

NA - Não, eu conversava muito. Agora, dentro daquele sistema muito ainda da educação germânica, com o português. E o matriarcado português, quer dizer, quem manda numa família portuguesa geralmente é a mulher, é a mãe. E não tem o poder, mas tem o poder da decisão, e dos filhos. E convivemos esse período, e depois eu vim para o Rio de Janeiro sozinho. Foi aí, mas ia passar as férias periodicamente em Manaus.

MC - O senhor fez o primário aonde?

NA - Eu fiz o primário no Ginásio Amazonense.

MC - Era chamado o que? De Grupo Escolar?

NA - Não, não. O primário realmente foi feito mais dentro de casa ainda. Porque era muito comum, o primário tem escola, mas o pessoal de classe média tinha os professores. E quando chegava no ginásio fazia a prova para entrar no ginásio.

MC - Então, esse período assim, foi muito mais em casa. O senhor aprendeu com quem?

NA - Segundo professores particulares, e depois entrando numa escola, que foi o Colégio Dom Bosco, primário. Depois entrei, fiz para o ginásio, que era o ginásio estadual.

MC - O Colégio Dom Bosco, era um colégio dos padres, não?

NA - Era.

MC - Que padres, qual era a ordem?

NA - O Colégio Dom Bosco correspondia, por exemplo, a Ordem dos Salesianos. Que é aqueles que fizeram também a invasão lá de todo o Amazonas com suas missões, não é isso?

MC - É até hoje.

NA - É o que persiste até hoje lá. E o Dom Bosco se compara ao Rio de Janeiro, ao Santo Agostinho aqui.

MC - Santo Agostinho.

NA - E o Ginásio Amazonense era o ginásio do estado, único do estado, também de muito padrão técnico, bons professores.

MC - Quer dizer: o senhor veio de um colégio de padres, depois foi para o colégio estadual. O senhor poderia só fazer uma comparação entre estar num colégio de padres, no princípio, no primário, depois passar para o colégio do estado? Havia alguma diferença, o senhor sentia?

NA - Não, isso aí foi mais por uma escolha de turma, de Colégio, de colegas de turma. Que preferiram o ginásio porque era mais livre, era mais liberal, e o movimento estudantil do Colégio Amazonense era maior. E esse processo levava com que um grupo preferia o colégio estadual, quer dizer, o ginásio estadual, ao de padre.

MC - Mas quando o senhor vai para o colégio estadual...

NA - Foi aí que eu fiz o meu ginásio.

MC - Sim, mas o senhor está com quantos anos, quando fez essa passagem do...

NA - Aí eu estou com quanto? Eu estou com... Isso é um problema difícil, começar a identificar desse período de tempo a idade... Eu terminei, vim para o Rio de Janeiro, um ano, devia estar com meus 12, 13 anos quando entrei no... 11 anos quando entrei no ginásio.

MC - É porque o senhor está falando assim...

NA - Ainda tem um período que para poder depois vir para o Rio de Janeiro, mudar a certidão de idade, diminuir um ano, aumentar um ano para poder entrar, exigência legal de ter a idade.

MC - É, porque o senhor está falando assim, aí eu fui para o colégio estadual, que era liberal, que tinha...

NA - Não, eu só fiz no Dom Bosco o primário, que seria vamos dizer, o término do primário.

MC - Então, antes de a gente entrar no colégio estadual, como é que foi essa experiência de estar no colégio de padre, quer dizer, os padres eram ...

NA - Muito chatos.

MC - Muito chatos.

NA - Muito chatos. E foi bom, porque foi a minha grande experiência religiosa, minha grande experiência de abraçar o catolicismo, mas depois também foi a forma de largar.

MC - O senhor é de uma família religiosa?

NA - Sim, toda a educação, toda família é religiosa. Quer dizer, batizado, crismado, tudo isso mas hoje soa um agnóstico, para não dizer ateu, porque ateu é dizer, significa ser contra alguma coisa. Eu prefiro ser agnóstico.

MC - É, mas não, batizado sim, mas estou dizendo, de ir à Igreja todo domingo.

NA - Um período sim. Aí de comungar, de se confessar, aquele negócio todo fazia parte do ritual.

MC - Mas em termos assim, o senhor está falando que a escola, quer dizer, voltando ao colégio de padre. O colégio, os padres eram chatos, mas o conteúdo. O senhor se lembra assim, quer dizer...

NA - Não, conteúdo do primário. Bons professores também, porque basicamente também os mesmos professores do ginásio estadual, Ginásio Amazonense. Que é onde eu fiz a parte ginásial.

MC - O senhor falou assim: “Poxa, o grupo, a turma lá se definiram, decidi ir lá para o Colégio Amazonense”, porque lá era mais liberal, porque tinha grêmio estudantil. Quer dizer: o senhor está falando de conteúdos assim, políticos. O senhor já com 11, 12 anos já tinha essa...

NA - Mas é que...

MC - Posição política?

NA - Mas já era influência do meu irmão mais velho. E influência também dos amigos, porque o irmão mais novo, do meio geralmente, ele se cola muito a irmão mais velho. E como o meu irmão mais velho fez o primário, e fez uma parte de humanidades, que chamavam, lá em Lisboa, ele já veio com uma outra visão cultural, que lá em Manaus não era tão adiantada.

MC - Sim, mas ele veio mais com uma visão diferente, mas que visão era essa?

NA - A visão mais humanista, era uma visão da Europa, quer dizer, um amazonense dizia, eu vou para a Europa, era Lisboa, não era França, nem Inglaterra. Isso era comuníssimo, aqueles seringalistas do Amazonas, pegavam, vinham do interior do Amazonas, pegavam o navio inglês, e ia embora para Lisboa, geralmente de primeira classe, e na volta na terceira classe, vinham os portugueses para trabalharem, ganhar, aventurar-se dentro do Amazonas. E os filhos da classe média, e rica de Manaus, vinham na primeira classe. Porque até 1900 e 1935, [19]36, [19]37 ainda... Manaus era servido pelo uma linha de navios ingleses. Vinha muito turista inglês na primeira classe, tudo que saltavam lá feito... Igualzinho saltavam na África: chapéu de caçador, meias compridas, shorts. Que Manaus era uma cidade encravada na selva, aonde pela estrada teve primeira luz elétrica por carbureto foi Manaus, os bondes elétricos foram da companhia inglesa. E todo mundo conhece o Teatro Amazonas, quer dizer, inclusive as próprias lojas lá em Manaus, as melhores lojas eram sempre lojas com nome francês. Inclusive a primeira papelaria-livraria do meu tio chamava-se Palace Royal. Depois é que ele fez outra chamada Papelaria Velho Lino, já era então a colocação do nome dele. E meu pai então, ao assumir a Papelaria Velho Lino, de Lino Aguiar, colocou no nome dele, que era Pompeu Lino de Almeida Aguiar, colocou no nome dele o Lino Aguiar, que era Pompeu de Almeida Aguiar, então Pompeu Lino de Almeida Aguiar. Eles eram oriundos, os dois eram oriundos de Vila Poucas de Aguiar.

MC - Vila?

NA - Vila Poucas de Aguiar é o lugar em Trás Os Montes, uma vila muito ligada à família do meu tio. Uma lembrança que eu tenho muito do meu tio era a preocupação que o meu tio tinha de ter essa origem, vamos dizer, daquela da nobreza rural portuguesa. Meu pai não, porque meu pai foi jovem para a Alemanha, não tinha, mas o meu tio tinha muito disso. Eu só conheço o meu tio através das histórias do meu pai, e através do livro que a papelaria, a Palace Royal, em 1905 mandou publicar, que era aniversário não sei de quantos anos do Amazonas, do comércio amazonense, porque era um comércio muito ativo, muito rico, quer dizer, as exportações de borracha e castanha.

MC - É, como o senhor acompanhou esse cosmopolitismo, o senhor, por exemplo, o seu pai morou na Alemanha, o senhor teve assim, o senhor aprendeu o idioma lá em Manaus. O senhor aprendeu alemão?

NA - Não.

MC - Havia uma tradição de aprender francês, ou inglês nas escolas?

NA - Não, sim o francês era obrigatório nas escolas, muito mais do que o inglês na época.

MC - E o senhor tinha essa... A sua família ia às óperas, ia nessas companhias que se apresentavam?

NA - Sim. Tudo isso naquela época, apesar dos 40 graus, eu me lembro muito bem do meu pai vestido, o *smoking*, e a mamãe de vestido comprido, para ir lá ao Teatro Amazonas. Era garotinho e via isso. Além disso também eu conheci, sentia muito... Um grande amigo do meu pai, que foi um dos pioneiros da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, que era um cearense, que era tenente, devia ser na época tenente. E foi para Manaus e depois...

MC - Qual era o nome dele?

NA - É Paulo Guajará da Cruz Saldanha. Essa figura é uma figura impressionante, eu conheci uma vez que eu visitei, ainda garoto, em Porto Velho. Aonde ele, em Porto Velho praticamente era uma das figuras mais impressionantes. Lembro-me da figura dele dentro de uma rede, e um tinteiro, e ele escrevendo, ele cercado escrevia. E ele tinha por hábito, de vez em quando, mandava aqueles índios domesticados lá para casa. Então, convivi, muito comum, eram três filhos homens aqui, uma coisa muito comum da família portuguesa, de começar a educar família, crianças menos favorecidas, educava, incorporava na família. Quer dizer, se eu for comparar o que hoje eu tenho de pseudo-irmãos, são aquelas figuras que conviveram, foram criadas assim, como filho, e esse grupo mandava de vez em quando. Qual é? Paulo Guajará da Cruz Saldanha, como é? Que eu disse o nome dele?

MC - Paulo.

NA - Paulo, é. E ele era uma figura extraordinária. Ela conseguia ter vários filhos, e formava todos os filhos, e mandava tudo para o Banco do Brasil. Ele só se casou no final assim, já estava com seus 60 anos, quando ele se casou com uma antiga namorada, também voltada lá do Amazonas.

MC - E ele participou da...

NA - Não, essa é a lembrança que eu tenho de lá, de meu pai me mandar de navio, navios lá do Amazonas, para conhecer o Coronel Paulo Guajará da Cruz Saldanha.

MC - O senhor está dizendo que é uma tradição das famílias portuguesas e talvez de outras famílias que sem serem portuguesas, que mandavam os filhos para estudar na Europa, que era ...

NA - Isso aconteceu com o meu irmão mais velho.

MC - Sim.

NA - Comigo já não aconteceu isso. O meu irmão mais velho foi para a Europa, quer dizer, Europa é Lisboa. Eu já...

MC - E ele foi, ele estudou lá?

NA - Ele estudou lá, foi jovem para a casa desse meu tio, que morava em Lisboa. Estudou que seria lá o curso básico, e tudo isso, e voltou para Manaus. Quando voltou para...

Fita 1 - Lado B

NA - Ginásio, o meu irmão mais velho foi então para o Rio Grande do Sul, para a Escola Preparatória de Cadetes. Aí fez o concurso para a Escola Militar, e para a Escola de Aeronáutica que já se separava, e foi então para a Escola de Aeronáutica.

MC - Sim. Quer dizer, o senhor disse que os filhos iam para Portugal, quando voltavam, voltavam com ideias diferentes, já vinham com uma mentalidade influenciada pela cultura europeia, o senhor se lembra assim, nesse período aí, lembrança de movimentos com ambientações políticas, ou um tipo de...

NA - Não, o único movimento que, de infância, que a gente tem, é da Revolução de [19]20.

MC - Que houve uma tomada de Manaus e...

NA - Não, não foi tomada de Manaus. O navio Ipoconé se não me engano, ia com as tropas, aí teve a primeira resistência que teve foi em Santarém, e não chegou a Manaus. Foi quando aquele coronel Barata...

MC - Agildo Barata. Não...

NA - Não, Agildo Barata ele é o coronel Barata, que era contra o governo constituído. O Coronel Barata chegou a ir a Manaus. Então, no carnaval amazonense é um carnaval muito chique, corso, clubes muito bonitos, e tudo isso, e havia corso na avenida, e tudo isso. Então as figuras alegóricas eram o coronel Barata, querendo espetar uma barata, quer dizer, o período dessa Revolução.

MC - Que parece na...

NA - Foi, eu acho que foi a Revolução de [19]20.

MC - Não, quer dizer, o senhor tem lembrança disso ou tem lembrança do carnaval?

NA - Não, eu tenho da história.

MC - Da história. Mas nesse período que o senhor...

NA - Não.

MC - Em [19]24, o senhor se lembra de alguma?

NA - Não, eu tenho a história, depois sempre se ficou o bairrismo entre o Pará e Amazonas, entre Belém e Manaus, sempre em função desse processo político do...

MC - Do coronel Barata?

NA - Do que era governador do Pará na época. Depois vieram os interventores, não foi? Foi, aí já foi no período de...

MC - Depois de [19]30. Depois da Revolução de [19]30?

NA - Depois da Revolução de [19]30. Mas isso eu já estava em [19]30, então [19]24 para [19]30, seis... Depois eu vim para o Rio de Janeiro. Do Rio de Janeiro é que eu comecei a participar dos movimentos. Aí já era do governo do Getúlio Vargas.

MC - O senhor tem na Revolução [19]30 o senhor tinha seis anos? O senhor tem alguma lembrança, alguma coisa?

NA - Não.

MC - E depois então? Depois também não se lembra...

NA - Só comecei a tomar conhecimento do processo todo político, aqui no Rio de Janeiro.

MC - Sim. Quer dizer, o senhor disse que no colégio estadual era liberal, tinha grêmios estudantis, e o senhor se lembra que atividades havia nesse período? Como é?

NA - Eu me lembro do pessoal intelectual mais velho, sabe? Porque em Manaus também deu um grupo de intelectuais bastante representativos. E eles então sempre faziam os seus movimentos, mas isso são lembranças assim, esporádicas, são lembranças eu acho que muito mais de uma reconstrução aqui do Rio de Janeiro. E depois de um outro contato, que vem aí do primeiro casamento meu.

MC - Sim.

NA - Que também volta a minha história ao Amazonas. A este coronel, Paulo Barata da Cruz Saldanha, que foi o que pediu a mão da minha primeira mulher. Porque ela era filha de um cearense que foi desbravar o Amazonas. Que na verdade depois já com seus [19]50 e poucos anos veio para o Rio de Janeiro, e fundou o Leite de Rosas S./A., essa coisa.

MC - O Leite de Rosas.

NA - Aí veio juntar uma série de...

MC - O Leite...

NA - Não. Nesta época ele também, através do Francisco Olímpio de Oliveira, chamado Chico Olímpio, é que eu vim também conhecer, porque ele foi prefeito do Itacoatiara, aonde resistia com perfeita... À invasão, essa história que eu tenho um pouco é nessa área, mas do outro lado, da minha primeira família, da minha primeira mulher, meu sogro.

NM - O senhor falou que estudou em Fortaleza, passou um período em Fortaleza.

NA - É. Eu fui para o colégio...

NM - Escola Militar.

NA - Eu fui para o Colégio Militar. Foi quando acabaram o Colégio Militar. Eu passei lá dois anos.

NM - Por que o senhor decidiu fazer o Colégio Militar?

NA - Porque não tinha as alternativas, como eu disse, da classe média alta, seria essa, e Banco do Brasil, padre, advogado, ou ir para o Colégio Militar. O meu irmão acabou indo, terminou todo o seu curso, depois voltou de Lisboa, voltou tudo isso, ele terminou o seu curso, foi fazer aí já Escola Militar, a Escola Preparatória de Cadetes, no Rio Grande do Sul.

MC - O senhor foi fazer no Ceará, quer dizer, e não estudou em Portugal. Por que o senhor não seguiu essa trajetória de estudar em Portugal? O senhor teve algum...

NA - Situação de fortuna. Não houve oportunidade, nem interesse.

MC - Sei.

NA - Possivelmente porque o meu irmão mais velho já tinha ido.

MC - Sei. E quantos anos, qual a diferença de idade entre o senhor e...

NA - Não era pequena a minha diferença de idade com meu irmão mais velho, era de três anos.

MC - Sei. Quer dizer, o senhor, em que época que o senhor estudou lá no Ceará, Colégio Militar...

NA - Tem [19]36, [19]37.

MC - [19]36, [19]37.

NA - Depois voltei. Quer dizer, é uma forma também para a gente desistir rápido da carreira militar, é passar pelo Colégio Militar.

MC - É, não é? Quais são as lembranças que o senhor tem dessa...

NA - Não, eu não vou... Desisti rápido, voltei para Manaus. Eu era muito... Já era uma tendência natural para eu voltar, para ser da carreira das humanidades, ou da carreira científica.

MC - Por que o senhor está diz que seria natural?

NA - Isso possivelmente já é uma tendência.

MC - Sim, mas o senhor se lembra de situações que o senhor queria?

NA - Não, não.

MC - Que isso depois costurou, que havia... Bem, eu realmente dava para carreira de humanidades, científica.

NA - É, eu fui lá, vontade, aquela disciplina portuguesa, tudo isso eu achei que eu indo para... Quase também um pouco de influência paterna, aquela ideia do sujeito comerciante ou industrial não querer que o filho fosse comerciante ou industrial, e sim doutor ou militar.

MC - Por exemplo, o senhor vive em Manaus nos anos [19]20, e uma parte dos anos [19]30. O que era em termos assim, a cidade de Manaus, ela havia, como eram as condições sociais da população de Manaus? O senhor falou da classe média alta, e média. Mas eu acho que ela era...

NA - Não. Era uma cidade montada em função de uma expansão da borracha, e tudo isso. E aonde a cidade era de uma população relativamente pequena.

MC - Era pequena.

NA - E aonde realmente a gente não tinha muito uma... Em Manaus não tinha noção realmente de grandes níveis sociais. Os magnatas da borracha e da castanha e um vizinho quase nosso, que foram um dos primeiros a montar uma cervejaria lá em Manaus.

MC - É, não houve esse convívio...

NA - É.

MC - Com miséria, com...

NA - Não.

MC - Pobreza. O senhor não teve esse...

NA - Esse convívio só vim ter aqui no Rio de Janeiro. E muito mais tarde, porque também o Rio de Janeiro, na época que eu cheguei aqui, que é a época então marcada, cheguei aqui no Rio de Janeiro [19]41 ou [19]42, para fazer então o científico. Não, primeiro eu fiz um ano de psicologia, filosofia e psicologia, que era a faculdade de filosofia, que era a escola de filosofia, era livre. E depois eu fui fazer o científico. Eu quando entrei no científico, eles tinham acabado o pré-médico, pré-técnico, o pré-químico, lembra? Vocês estão lembrados, não têm essa noção. Mas antes do científico houve a grande reforma do ensino. Acabaram os chamados pré-médico, pré-técnico e o pré-químico para então criarem a área científica. Ao chegar no Rio de Janeiro, aquele período [19]41, [19]42, então eu entro para o Colégio Jurema que não tem mais aqui.

MC - Colégio?

NA - Jurema. Era aqui na praia de Botafogo. Aí que foi a minha participação maior: no grêmio acadêmico. Aí foi uma participação muito grande, com uma grande repressão policial, da época do Getúlio Vargas. Porque já se movimentava para não ser mais

obrigado, a nós do científico, a se submeter uma prova para ter o título, ter habilitação do científico, para depois fazer o vestibular. Houve uma exigência nessa época. Então, havia nós, eu já estava no terceiro ano, quando nós nos movimentávamos para acabar junto com o Ministério da Educação e Saúde, na época, esse período. Aí essa movimentação vinha a polícia especial, dava borrachada e tudo, isso é o período aí, era o período do processo do período do Getúlio.

MC - Mas o senhor está dizendo que foi no terceiro ano.

NA - Terceiro ano.

MC - E já foi em [19]45, não?

NA - É [19]45.

MC - É. Já mais ou menos na época que há um processo de democratização?

NA - Não, aí não, espera aí, esse negócio eu preciso me lembrar. Eu cheguei em [19]40 e eu cheguei em [19]40, [19]41 aqui fiz os três anos, aqui. A democratização só foi mais tarde.

MC - É, [19]44, [19]45 talvez tenha sido.

NA - A democratização foi depois da guerra.

MC - É.

NA - A guerra terminou em [19]46.

MC - [19]45.

NA - [19]45, [19]46 é que foi a democratização.

MC - É, nesse período.

NA - É. Então, no período que eu tenho lembrança é [19]40, então eu devo ter chegado aqui no Rio em [19]40.

MC - [19]40. Eu gostaria que o senhor falasse um pouco assim, nessa decisão de vir para o Rio de Janeiro, quer dizer: o senhor está lá no Colégio Militar no Ceará, e volta para Manaus.

NA - A decisão já foi para vir fazer a carreira médica.

MC - Sim, mas como é que foi essa situação? O senhor conversou com o seu pai?

NA - Não, isso foi decisão pessoal.

MC - Pessoal?

NA - É, através de leitura, através de tendência natural.

MC - Sim, o senhor não se lembra de nenhum tipo de contato, experiência que fizesse essa ponte entre essa experiência e a carreira médica? Ou se alguém doente na família, algum tipo de coisa, algum tipo de curiosidade na escola?

NA - Não. Não. Tem essa...

MC - Foi uma decisão de certa forma bem...

NA - Foi bem, vamos dizer, bem pensado.

MC - Bem pensado.

NA - Quer dizer, bem pensado, porque eu já tinha desistido de uma carreira na área militar. Então escolhi a carreira da área científica, que era medicina. Quer dizer, o pré-médico acabou no período ... Quanto ao pré-médico deve ter acabado em [19]38 ou [19]39. Quando eu entrei em [19]40, [19]43 eu entrei na faculdade, e terminei em [19]51.

MC - É, já que eu mencionei essa questão de doença, o senhor se lembra de doenças na família...

NA - Não.

MC - Quando o senhor estava em Manaus? Lá essas doenças, ou pessoa doente, ou o senhor mesmo doente?

NA - Não. A doença, quando nós estávamos doente, era a homeopatia, e em caráter excepcional o médico generalista, ou médico geral, que vinha e resolvia tudo.

MC - Mas que doença era geral?

NA - Não...

MC - Doenças...

NA - Doenças comuns, era sarampo, catapora, coqueluche e caxumba.

MC - O senhor aqui no Rio de Janeiro, o senhor faz o científico, e depois o senhor faz o curso de [...]. Como é que foi isso? Foi difícil ou não?

NA - Não.

MC - Entrar na faculdade de medicina?

NA - Não, aí eu fiz o concurso, meu primeiro concurso para escola, foi para ciências médicas. Antes das ciências médicas passar pra UERJ, era uma faculdade particular. Depois então, eu fiz no segundo ano eu resolvi passar para a Fluminense. Foi onde eu fiz toda a minha formação.

MC - É.

NA - Já no final do segundo ano eu já comecei a frequentar um hospital. Aí é que entra a influência de um médico. Que a minha mãe veio de Manaus pra ser operada no Rio de Janeiro, de cálculo de vesícula, pelo professor Alfredo Monteiro. O professor Alfredo Monteiro era o catedrático da primeira cadeira de clínica cirúrgica e da Universidade do Brasil, que era aqui na Praia Vermelha. E a cadeira dele era no Moncorvo Filho. Aí ele, no final do meu segundo ano, ele já me leva para o hospital e para o Moncorvo Filho. Porque na verdade eu fui muito mais de... Fiz muito mais meu curso de medicina dentro do Moncorvo Filho, do que na verdade dentro na faculdade.

MC - Só uns parênteses, nós fizemos uma entrevista com o doutor Laranja. Será que o doutor Laranja também não teve essa influência do doutor Alfredo Monteiro?

NA - Não.

MC - Eu acho que tem, eu me lembro, que ele fala do...

NA - O Laranja veio do Rio Grande do Sul, mas sempre dado à área da pesquisa.

MC - Sim, mas ele é até bem mais, ele é mais velho que o senhor?

NA - É.

MC - Seis anos, por aí. Mas parece que ele menciona o doutor Alfredo Monteiro. Porque o doutor Alfredo Monteiro também não fazia parte de um instituto, estava ligado a um instituto?

NA - Não.

MC - Não?

NA - Ele era só dedicado à vida universitária. E o Alfredo Monteiro, eu o conheci quando ele veio da Itália. Porque ele foi um dos voluntários da Itália, do grupo médico da Itália.

MC - Ele foi junto com a FEB?

NA - Junto com a FEB. E nós estudantes na época fizeram um movimento muito grande para o Brasil entrar na guerra, quer dizer, aquela situação dúbia do Getúlio e do Dutra, o Dutra sendo condecorado pelo Hitler e tudo isso, quer dizer, a gente se movimentava muito na vida estudantil, era muito numa posição muito antigetulista. Que mais tarde eu acabei sendo um getulista, e depois da morte do Getúlio, depois acabei, nós acabamos reconhecendo que o Getúlio foi uma das figuras marcantes dentro do nacionalismo brasileiro.

MC - Quando o senhor está falando dessa participação na luta, para que o Brasil entrasse na guerra, o senhor já está no científico?

NA - Eu já estou no científico, aí no Colégio Jurema.

MC - Jurema. E o senhor começa, eu queria voltar um pouco a essa situação de o senhor estar fazendo psicologia na faculdade de filosofia. Por que o senhor mudou para medicina?

NA - Eu mudei para medicina porque para ser psicanalista eu precisava ser médico. Aí eu entrei na medicina. Aí eu entrei logo para um hospital, que era o Moncorvo Filho, hospital esse, que já me deram então uma distorção absoluta para área da cirurgia, e a área da clínica.

MC - Por que esse interesse de fazer psicanálise?

NA - Essa era muito mais de influência de leituras, estudos e tudo isso.

MC - E essas leituras eram o que? O senhor tinha alguma influência de alguém ou caía na mão do senhor?

NA - Não, eu tinha influência de um grupo de amigos, e também uma vontade de sempre que eu tive de ler, quer dizer, eu li Freud muito cedo, quer dizer, entrei muito para essa área, quando entro na minha vida profissional. Quando você vê no currículo, você vê que é [19]52, auxiliar de ensino, quer dizer, porque na verdade eu fui um rato do Hospital do Moncorvo Filho. E aquele velho problema: a gente aprende a medicina não foi nunca na faculdade. Eu aprendi medicina em duas grandes escolas, que foram: a do Alfredo Monteiro e que é na área de cirurgia, muito voltada àquela área ainda do titular; e depois no Miguel Couto como auxiliar, auxiliar de ensino no Miguel Couto, que eu aprendi a clínica médica com o Lopes Pontes, saindo com o Lopes Pontes de ambulância. Aprendi clínica médica com o Alcino, que era o pediatra do meu filho, que eu saí e aprendi a pediatria com ele. E a obstetrícia, todo esse período fui muito... A minha carreira profissional foi muito calcada na prática hospitalar, na prática do pronto socorro. E na faculdade a minha atividade maior que eu tive em Niterói foi por ser do serviço do Alfredo Monteiro, o titular da técnica cirúrgica, ainda tinha naquele tempo a cadeira que técnico cirúrgico, se não me engano no quarto ano, eu fui monitor de técnica cirúrgica. Então, eu tive uma orientação muito voltada para a cirurgia.

MC - Quer dizer, o senhor começa nas ciências médicas?

NA - Passo para a Fluminense.

MC - Por que razão o senhor faz essa passagem?

NA - Porque uma era a universidade, uma era uma escola particular, a outra era uma universidade.

MC - Pública?

NA - É, o problema sempre do setor público que marcou muito isso.

MC - O senhor tinha vontade de estudar numa escola...

NA - É. E também por influência dentro do próprio meu grupo, que foi comigo, quer dizer, aquele que nós estudamos muito para o vestibular, o grupo assim, de hoje estão

afastados, outros já morreram. E que foram para as ciências médicas e depois fizeram, foram para Niterói.

MC - O senhor falou nesse grupo, mas que grupo é esse?

NA - Um grupo de colegas.

MC - O senhor conheceu aqui, ou veio lá de Manaus?

NA - Não, não, é daqui do Rio de Janeiro. Como eu morava... Inicialmente eu morava e naquela época, quando a gente vinha, a gente morava em pensão. Eu morava numa grande pensão e no quarto que eu tive, o companheiro de quarto, um dos caras que me marcou muito, que foi um rapaz que formou-se em advocacia, mas era um militante de atividade de esquerda, inclusive do partido comunista, que na época do próprio Getúlio ele se movimentava muito.

MC - Quem era?

NA - Era Lenin, eu não sei nem se ele é vivo, eu não sei o sobrenome dele.

MC - O nome dele era Lenine.

NA - É, o nome dele era Lenin, não era Lenine não, era Lenin. Era oriundo de uma família tradicional rural lá do Sergipe. Lembro um fato muito interessante, que eu estava com ele, e que na época que ele tinha na cabeceira da cama dele ele tinha um retrato do Stálin, ele mesmo a colava, fazia o retrato do Stálin, colava, aí no pacto que houve do Stálin com a Alemanha, ele botou o retrato do Hitler. Você vê como...

MC - Botou o retrato?

NA - Do Hitler. Porque o alemão, a Rússia não fez um pacto de não agressão com a Alemanha? E esse colega, meu colega de pensão, mais velho, ele teve também uma influência muito grande na minha formação de conhecimento na área política, da área vamos dizer, voltada para o lado da esquerda.

MC - Ele teve muita influência no senhor?

NA - Muita influência. Inclusive eu lembro de um fato, depois que terminou, ele foi preso, aí mandaram ele lá para o Silvestre, perto do Góes Monteiro, sofreu o diabo. Eu, então, neste período eu termino e me caso já no segundo ou terceiro ano de medicina. Por me casar no segundo, terceiro ano de medicina, morando já em Copacabana, onde eu moro hoje, na Xavier da Silveira, ali era praticamente um núcleo onde todos meus colegas estudavam. Então, ali era feito uma república.

MC - Em Copacabana isso?

NA - É, ali na Xavier da Silveira.

MC - A pensão era aonde?

NA - Não, a pensão era ao lado do Palácio do Catete, Silveira Martins. Não existe mais, é um prédio que está lá.

MC - E era mais ou menos comum naquela época, todos estudantes morarem...

NA - É, todo mundo morava em pensão.

MC - Morarem por ali, Rua do Catete, Flamengo, tinha muito esse...

NA - Eu fui, como eu tinha uma vida também muito, quer dizer, muito boêmia, até me lembro que a dona da pensão tinha muita pena de mim, porque primeiro eu nunca aparento a idade que tenho, pode ser que aparento agora, mas naquele tempo, eu tinha que botar, deixei crescer bigode, pintar, para poder parecer ter 18 anos. Então, ela achava que eu trabalhava nos Correios e Telégrafos. Foi quando meus pais vieram, e foram lá para os melhores hotéis que na época, não era aqui em Copacabana, mas era ali no Flamengo. Eu, alugar lá uma suíte, eu fui, a dona da pensão ficou zangada. Aí que ela entendeu que eu não tinha nada de trabalhar de Correios e Telégrafos, porque eu era voltado muito mais para esse lado, a boêmia, mas era o lado da boêmia muito mais intelectual.

MC - O senhor frequentava o Lamas?

NA - Frequentava o Lamas, frequentava aqueles ali, a Lapa, com aquela intelectualidade da época, com aquele grupo. De vez em quando baixava a polícia especial lá, e toda essa parte. A participação do comício ali, no Largo da Carioca. Aquela história, todo aquele movimento na época para a democratização do...

MC - País.

NA - Do País.

MC - Agora, que outras pessoas, outros amigos, o senhor...

NA - Bom aí...

MC - O senhor do grupo já falou do Lenin.

NA - Quando aí eu termino o curso, me relaciono com Dante Costa. Vocês já ouviram falar na figura do Dante Costa? Professor Dante Costa. É o pai da Nutrição no Brasil. O Dante Costa, ele foi titular da cadeira de nutrição da Praia Vermelha, na época, foi do Ministério da Saúde na área de doenças tropicais, e foi na época do Jango, mas aí já na fase da democratização, é o diretor presidente daquele restaurante, como é?

MC - O Calabouço?

NA - Não. Aquele que...

MC - Do SAPS*?

* Serviço de Alimentação da Previdência Social.

NA - SAPS. E foi ele que fez a escola da nutrição brasileira. E eu convivia muito com o Dante Costa, e o Dante Costa era do Partido Socialista Brasileiro, junto com o João Mangabeira, inclusive foi aí que eu também me relacionei com o J. G. de Araújo Jorge. Inicialmente por história do J. G. de Araújo Jorge, ele foi preso junto com o Lacerda na...

MC - Na Insurreição de [19]35?

NA - Na Insurreição de [19]35. Não em [19]37. Por que [19]37, foi... Aí ele vai para... Eles fundam o Partido Socialista Brasileiro, o João Mangabeira também era o Presidente, o Dante Costa concorre até da eleição de [19]47, quando houve a primeira eleição.

MC - A Esquerda Democrática.

NA - É. Hermes Lima. Quando ainda o Partido Socialista Brasileiro, a Esquerda Democrática já era o Lacerda pretendia... Mas digo, Partido Socialista Brasileiro, que tinha o grupo trotskista, e o grupo não Trotskista. O Mario Pedrosa era do grupo trotskista, depois o Partido Socialista Brasileiro expurga o grupo trotskista.

Fita 2 – Lado A

NA - Isso, esse período a primeira eleição para Presidente da República foi em?

MC - [19]46? [19]45.

NA - [19]45. Foi aí que aparece então o João Mangabeira, e o Dante Costa como vice-presidente do Partido Socialista Brasileiro. Que evidentemente não ganharam nada, porque aquilo era um clube. E eu, e por essa ligação como o Dante Costa, e o J. G. de Araújo Jorge, acompanhava muito o J. G. de Araújo Jorge nos comícios. Eu fui do Partido Socialista Brasileiro, que terminou em [19]64. Conheci o J. G. de Araújo Jorge aí já uma influência do meu sogro. Como ele era o dono da Leite de Rosas, eu já formado em [19]51, [19]52, eu fui trabalhar lá no Leite de Rosas como médico. E o J. G. de Araújo Jorge fazia a propaganda do Leite de Rosas. Mas o meu sogro que era um sujeito interessante, uma figura mais interessante, que eu tive oportunidade de conhecer, era um sujeito que ele tinha um cuidado muito grande com os operários. Claro evidentemente que ele era antigetulista, anti lei trabalhista, anti tudo, porque ele era um paternalista muito grande. Mas então, mas como ele tinha muito empregadas mulheres, ele tinha um cuidado de dar almoço no Leite de Rosas, dar isso, dar aquilo. O J. G. fazia a promoção do Leite de Rosas, e a promoção do Leite de Rosas, J. G. fazia com os seus livros. E o J. G. se elegeu durante todo esse período através de uma grande literatura, que era uma literatura, a menina moça lia toda. Então, eu convivi, foi aí a minha convivência com o J. G. Araújo Jorge começou nesse período da convivência lá junto com o meu sogro. Mas ele sempre ligado à área da esquerda, passando para UDN para se eleger, ele passou para UDN para se eleger deputado Federal. E que ele repete depois mais tarde quando ele deixa o PDT, e vai para qual? Ele foi agora, que perdeu?

MC - PMDB acho que vai...

NA - Foi o PMDB.

MC - É.

NA - E durante muito tempo eu convivi com o J. G. de Araújo Jorge até Brasília, até ele ir para Brasília. E o Dante Costa eu convivi com ele, inclusive quando ele foi cassado. E o Dante Costa morreu nas minhas mãos. Ele teve uma infecção urinária grave, obstrução, e eu orientei tudo, levei lá inclusive levei lá para o Hospital do SAMDU, depois levei lá para o Tenele, que era um cirurgião do SAMDU; aí foi para os hospitais estrangeiros e ele morreu. Mas o Dante Costa teve um... Para mim ele foi uma das figuras que me marcou muito. Que ele era o intelectual. Foi ele que iniciou realmente a ciência da nutrição, que criou os primeiros nutrólogos do SAPS, e depois da escola de nutrição. Todas essas nutricionistas antigas passaram pelo Dante Costa. Ele em [19]64, apesar de amigo do Raimundo de Brito, ele é então demitido do Ministério da Saúde, e demitido do SAPS.

MC - O senhor, voltando um pouco esse período de estudo na faculdade. O senhor disse que nesse período que esteve lembrado de uma passagem que o senhor falou que é período do casamento do senhor, o senhor retoma...

NA - Eu retomo pelo seguinte...

MC - Eu retomo ao Amazonas.

NA - Quando eu comecei aquele negócio o meu irmão estudava na Escola de Aeronáutica, e eu estava estudando, terminando o científico, e entrando na faculdade. Então, o meu encontro com o meu irmão era no fim de semana, ele cadete da Escola de Aeronáutica, e eu. Então, um dia ele chama atenção “nós vamos numa festa”. Só que uma festa na casa do meu futuro sogro. Então, eu acabei, nessa ocasião, a namorar a filha mais velha dele. E nesta ocasião se dá o conhecimento, ele conhecia meu pai, quando ele foi um grande seringalista lá do Amazonas, ele conhecia meu pai, e conhecia também o Paulo Guajará da Cruz Saldanha, que eram primos. Então, muitas das histórias que eu sei do Paulo Saldanha são contadas pelo meu sogro, como ele viveu, ele, um cearense, que foi se aventurar no Amazonas, levando 300 famílias de cearenses para exploração da borracha, da castanha. Depois virou prefeito de Itacoatiara.

MC - Itacoatiara é o quê? É uma cidade lá do Amazonas?

NA - É uma cidade do Amazonas perto, uma cidade de um determinado crescimento.

MC - Apesar de o senhor estar nesse período de faculdade o senhor está mais no Moncorvo Filho?

NA - É.

MC - Aprendendo mais na experiência prática?

NA - É na prática.

MC - Na prática do que na própria faculdade, mas que lembrança o senhor tem da faculdade nesse período?

NA - Não na faculdade. A faculdade foi um fator importante, porque a gente só tinha acesso via barca. Então, a gente estudava muito nas barcas. Uma viagem de barca era uma maravilha, porque a gente estudava nas barcas.

MC - Qual era o tempo de duração da viagem, é o mesmo de hoje?

NA - Não, um pouco mais, uns 30, 40, 20, 30 minutos. Então, nós estudávamos muito na barca, e íamos sempre em grupo. Na época ainda não tinha o hospital universitário, era a Policlínica da escola, ali na outra rua em Niterói tinha as cadeiras básicas, e lá no morro tinha o Instituto Anatômico.

MC - Valonguinho. Morro do Valonguinho.

NA - É, Morro do Valonguinho. Aonde lá o Muda montou uma sala cirúrgica asséptica.

MC - O Muda?

NA - O que foi um dos professores de cirurgia aqui no Brasil, com essa preocupação de esterilização, ele montou, entrava de escafandro, deixava os ferros caírem no chão, e tudo, isso não funcionou. Mas lá no Instituto Anatômico tinha isso. Tinha, então, nesse período com o Heres Ribeiro, que era o titular da cadeira, que era do Moncorvo Filho. Não do grupo do Alfredo Monteiro, mas do grupo da área de ginecologia. Ele era um cirurgião geral de primeira. E ele então, como eu era aluno de lá, eu fui monitor de técnica cirúrgica.

MC - O senhor...

NA - E frequentava a escola periodicamente, quer dizer, muito mais voltado nos períodos para as provas, não é isso? E com uma formação permanente, diariamente dentro do Hospital Moncorvo Filho. No quinto ano eu vou para o Moncorvo Filho, eu vou para o Miguel Couto. Aonde eu começo a trabalhar com o Paulo Samuel dos Santos, que também já faleceu. Que foi um marco da cirurgia vascular dentro do Rio de Janeiro, na época daquele desastre [...] Paulo Samuel dos Santos operou todos aqueles...

MC - Que desastre é esse?

NA - Que explodiu ...

LO - As armas...

NA - É, explodiu os obuses, negócio de obuses e tudo isso. E o Paulo Samuel foi um dos introdutores da cirurgia vascular periférica no Rio de Janeiro. Eu trabalhava com ele.

MC - É interessante porque o que parece, os médicos que são formados nesse período do senhor, nessa época, sempre colocam que a bagagem vem através da...

NA - Da prática.

MC - Da prática. Eu não sei, talvez eu esteja... Falsa impressão minha. Mas parece que é diferente hoje em dia, não?

NA - Totalmente diferente, porque houve a reforma universitária. Antigamente você fazia por anos: primeiro ano, segundo ano, terceiro ano, quarto ano, quinto ano, sexto ano. O primeiro ano era anatomia e fisiologia; no segundo ano já era química, histologia, histimiologia, ainda tinha isso histimiologia; no quarto ano já entrava nas cadeiras técnicas, clínica médica, oftalmologia, técnica cirúrgica. Por isso é que nós na época íamos muito cedo assim. Eu fui no final do segundo ano eu fui frequentar o hospital. Então, começava aonde? Começava a fazer curativo, a cuidar do doente, porque ele não tinha enfermagem mesmo. A enfermagem do Moncorvo Filho nada mais era do que os antigos albergados do município. Não, do município não, do estado, Distrito Federal, era Distrito Federal. Esses albergados vestiam branco, acabavam cuidando dos doentes. E nós alunos, segundo ano sempre ratos de hospital, quer dizer, permanentemente no hospital. Cuidávamos, quer dizer, de um doente como um todo. E, instrumentávamos cirurgia. Que a coisa mais difícil era você chegar a entrar numa cirurgia, para entrar numa cirurgia era um... Eu me lembro quando eu instrumentei o professor Alfredo Monteiro, isso foi um prêmio para mim, ter instrumentado o Alfredo Monteiro, quer dizer, é uma elitização, um funil muito grande. Mas convivíamos muito com o Caplioni. O Caplioni que deu a grande escola de clínicos, que hoje estão aí: Clementino Fraga, quer dizer, Caplan, José Augusto Aguiar, aquele pessoal hoje titular do Fundão nasceu naquele grupo do Moncorvo Filho. Que era um grupo chamado elite da área científica. E o Alfredo Monteiro como foi sempre presidente do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Presidente Internacional, principalmente da SulAmérica, muito ligado ao Sargentino, ao Milizi, e a outros grupos cirúrgicos da Argentina, que liderava, que teve uma grande influência na nossa formação. O Alfredo Monteiro teve um destaque muito grande na formação de alguns especialistas na área. Eu largo a vida universitária, onde eu cheguei a ser nomeado como auxiliar de ensino.

MC - É, o senhor disse.

NA - Em [19]50, auxiliar de ensino em [19]52. Eu largo aí quando eu vou para o SAMDU. Eu entro no SAMDU em 1952. Mas ainda no SAMDU eu dava o meu plantão, e ia para o Hospital.

MC - Moncorvo Filho?

NA - Moncorvo Filho. Fiquei aí até [19]57. Aí eu fiquei no Moncorvo Filho, no Moncorvo Filho, no SAMDU até [19]57. [19]57 eu vou para o IAPC de Niterói. Nesta ida para o IAPC de Niterói, para a área de cirurgia, eu faço o concurso de cirurgião lá do IAPC. Eu viro chefe médico do ambulatório do IAPC. Mas sempre voltado para área de medicina, eu além de eu não ter nenhuma obrigação eu dava 30 horas de ambulatório, de tarde eu ia para a Casa de Saúde Santa Branca, que era a casa de saúde, o núcleo próprio funcionasse. Sabe o que é núcleo próprio?

MC - Não.

NA - O IAPC alugava as instalações da casa de saúde, mas nós profissionais éramos, ganhávamos como funcionários. Aí eu tive uma grande influência na minha formação de

cirurgião, o Paulo Márcio Garcia. Que era o chefe de cirurgia e foi um dos pioneiros da cirurgia institucional do IAPC em Niterói.

MC - Sim. Cirurgia Institucional, que quer dizer feita no próprio Instituto?

NA - É, a cirurgia é pública. O setor público. Que a área institucional é a área do... Eu, a minha tentativa de clínico particular foi muito pouca.

MC - Muito pouca, sei.

NA - Que na verdade eu tinha um consultório ali na [rua] Hilário de Gouveia, eu me esquecia que tinha doente, e ia ao consultório, ausentava o consultório. Nunca fui dado a esse... Trabalhava na Policlínica de Copacabana, eu fui para Policlínica de Copacabana em [19]52. Mas eu fui levado pelo Paulo Samuel, que eu trabalhava com o Paulo Samuel, quer dizer, era o bagrinho do Paulo Samuel, o escravo do Paulo Samuel. Mas escravo porque eu queria, porque eu tinha tempo para dar. Ele me levava lá, ele pegou o serviço de ortopedia, e tive lá muito tempo, inclusive até [19]64, não, até [19]66 eu fiquei na Policlínica também com uma atividade paralela.

MC - Doutor Nildo o que o levou ao SAMDU?

NA - Bem, o problema do SAMDU é o seguinte: Como é que se entrava no SAMDU? Entrava-se no SAMDU através exclusivamente do pistolão. Eu estava no Moncorvo Filho como auxiliar de ensino. Eu ganhava uma ninharia, nessa ocasião eu já casado, eu casei no terceiro ano de medicina. A ideia de um colega meu do Moncorvo Filho me convidou para ir para o Espírito Santo, interior do Espírito Santo, quase que eu vou para o interior do Espírito Santo. Nesta ocasião houve a oportunidade de eu, através do atual cunhado meu, o meu cunhado da minha primeira mulher, casado, que é o que hoje dirige o Leite de Rosas, disse “O Nildo, você vai embora...” Eu já trabalhava, já estava em [19]52 trabalhando como médico do Leite de Rosas, ganhando salário. Pois sou amigo lá do Segadas Vianna porque ele foi e apanhou uma carta, e eu fui nomeado para o SAMDU, fui nomeado para o SAMDU e fui para Deodoro. Onde eu fiquei até [19]64, no chamado Hospital de Clínica de Deodoro. Nesse período é porque eu fui precisar, aí é que eu tinha um período pequeno trabalhando no Matoso, porque era obrigado. Eu me lembro muito bem, que na hora que eu apresentei a carta para o Malaquias, que era o diretor geral do SAMDU, o bilhete dizia: Nomear letra “K”. E o Malaquias: “Meu filho, só tem ‘J’.” Mas o ministro está mandando, olha os “K” do ministro, olha o “J”. Eu digo: “Então, eu quero o “J”. Ele disse: “Olha, mas não é só um plantão de 24 horas não, são dois plantões de dia, segunda e sexta”. Foi aí que minha grande experiência no SAMDU aqui na época, [19]52, [19]53. Que foi conhecer todos os morros do Rio de Janeiro. E também percorrendo Copacabana para dar licença, porque o SAMDU fazia assistência médica domiciliar e de urgência. A assistência médica de urgência qualquer segurado chamava o SAMDU, porque estava doente, além da gente medicar, a gente dava a justificativa do dia. E também tinha a assistência domiciliar. Como era a assistência domiciliar nesta época no Matoso? A gente saía, ia ver um doente com insuficiência cardíaca, um doente crônico. Insuficiência cardíaca é uma banca, é hipertensão arterial, diabéticos. A gente fazia o diagnóstico, medicava, chegava no posto botava um carimbo visitação. Aí um determinado grupo de médicos de rotina pegavam uma camionete, e visitava esses doentes na residência. Por isso que o SAMDU, que é muito confundido como assistência de urgência, não é... É assistência médica domiciliar, e de urgência. A ideia era a prestação

da assistência médica ao domicílio. E essa experiência nesse período de nível central aqui no...

MC - Na rua Matoso?

NA - Na Rua do Matoso foi muito importante, porque a gente sabia, quando eu voltava no plantão seguinte, aquele doente não me chamava mais na urgência, porque eu sabia que ele estava sendo visitado pelos médicos da rotina. Que era um negócio muito importante. Aí estou nesse período de [19]52, se não me engano, a [19]54, é que eu conheci também todos os morros daqui, antes de o Lacerda acabar com essas favelas, eu conheci o morro da Catacumba.

MC - Praia do Pinto?

NA - Praia do Pinto.

MC - Praia do Pinto. Catacumba.

NA - Catacumba. E uma das primeiras lições de sociologia que eu aprendi, foi lá na Catacumba, em janeiro, me lembro que em janeiro eu subi, era meio-dia eu subi o morro lá em cima, nós subíamos com o atendente carregando uma maleta de madeira, onde você tinha todos os medicamentos de urgência, seringas, e tudo isso, e o receituário e a licença. Subi o morro, e encontrei um cearense, que na verdade envelhecido, e tudo isso, e tinham sete filhos dele no barraco. Giravam entre termos de 19 e 12 anos a idade deles. Depois de eu suar o diabo: “De onde você veio?” Aquela mania de conversar” “De onde você veio?” “Eu vim do Ceará, eu vendi a minha fazendola lá perto do Crato, e vim para o Rio de Janeiro”. “Você vende a tua terra! A fazenda, a fazendola, e vens para essa favela!” Ele disse: “É, doutor, aquele menino, o mais novo que o senhor está vendo ali, a mãe dele morreu perdendo sangue, e nunca nenhum deles viu o médico. A gente está aqui, todos nós estamos trabalhando aqui nessa construção. Aquela água que o senhor está vendo ali na bica, eu nunca vi água tão bonita, e tão boa como essa. Porque durante o meu período lá, perto do Crato, eu só via água barrenta, e seca, que o pessoal e o gado morriam de seca. Aí eu vou lá embaixo, tem um aparelho preto, chamado telefone. Eu chamo o senhor, o senhor vem aqui, justifica o dia, eu medico os meus filhos”. Então, é uma boa lição, porque o pessoal larga o interior para vir. Porque é uma mudança de vida. Mas como eu me chateava muito, com o número de licença de pessoal já vamos dizer, de funcionários melhores que chamavam. Era muito comum a gente ser chamado para dar licença para aeromoça, porque estava menstruada. E como eu dava dois plantões, então acontecia que às vezes eu dava um plantão na segunda-feira, na sexta era a mesma e eu ia ver. Eu digo: “Pô, mas, segunda, terça, quarta. Você precisa ir ao médico!” Então, aí eu resolvi ir para Deodoro.

MC - Ir para?

NA - Para Deodoro. Que era na época uma comunidade de moradores, que era a Fundação da Casa Popular. Onde tinha no meio um posto, Deodoro não tinha mais nada do que isso, não tinha fábrica nenhuma. Depois é que veio a Remington, e a Sidney Ross. E Deodoro nós não tínhamos telefone, ainda, não estava instalado o telefone do SAMDU. O pessoal daquela casa, da Fundação Popular chamava a gente. Depois é que botaram o telefone, e nós atendíamos até Nova Iguaçu. Caxias, Nova Iguaçu, Belford Roxo. Sempre que saía

de ambulância o que rodava de ambulância não tinha problema. E realmente dava muito a chamada rebocoterapia, que eram os doentes graves. Só que a gente nunca conseguia vaga nos institutos de cada um. Coisa mais difícil era conseguir. Então, tinha por hábito também, a gente aprendia. Eles botavam o marido junto com a mulher, ou o marido junto com o filho. E chegava assim, na esquina do IAPETC, que hoje é Bonsucesso. E dizia: “Então vai lá, e reclama, e fala”. Que se não eles deixavam a gente com a ambulância, e depois o médico dizia: “Volta, que não é de urgência”. Então, esse processo, essa experiência, essa vivência foi muito positiva. Em Deodoro era um posto, onde nós tínhamos oito leitos de homens, oito leitos de mulheres, e nas mulheres nós internávamos a criança. E tinha uma população em volta do posto muito grande [de] criança. Então, era de um atendimento já seletivo de doença realmente. A licença entrava aí, mas era de menor demanda. Agora, os chamados nós atendíamos tudo, até o limite, era um limite, era São João de Meriti, o nosso limite, e Nova Iguaçu, Belford Roxo. Pegava a mulher de trabalho de parto, e eles faziam questão de ter o parto na maternidade para poder receber o auxílio natalidade. Quando a gente chegava lá, fazia o parto, nós tínhamos que dar o atestado para que eles fossem ao instituto receber o auxílio natalidade. Só assim que também eu acredito que na época a Previdência Social, e o Departamento Nacional da Previdência Social, a área de um conselho que reunia todo o Conselho de Medicina de todos os institutos. Então, eles com essa medida, eles obrigaram o parto ser feito ou na maternidade ou pelo médico. Que na verdade, nós, eu assisti muito problema de criança, parto mal feito de criança, problema ainda muito tétano umbilical, havia muito. Uma das coisas que mais dava no Miguel Couto era o tétano perinatal. Vocês já ouviram falar nisso? Ouviram. E que hoje já desapareceu.

MC - O senhor poderia repetir isso?

NA - É tétano perinatal.

MC - Mas o que era isso?

NA - Em função do que as parteiras faziam, e depois metiam aquela, tipo simpatia, e tudo isso. Sem assepsia nenhuma com o cordão umbilical, e se processava o tétano. E isso era uma das ocorrências comuns na pediatria lá do Miguel Couto. Por isso é que a Previdência Social entra para dar o atestado, para dar o auxílio natalidade. Exigia o SAMDU, como dizer? O SAMDU atestar o nascimento. Que às vezes a gente chegava já tinha nascido ou levava para a maternidade. Aí já começamos a conviver com as maternidades contratadas. Aí já convivemos, aí eu já tive de conviver com problema da chamada corrupção do motorista, às vezes, forçava a gente a querer levar para uma maternidade muito mais longe do que daquela do nosso público, que aquela maternidade dava a propina do motorista. Então, como a gente convivia isso, sabia desse lance. “Tu leva para essa mais perto”.

NM - Doutor eu gostaria de voltar um pouco na história. Em 1952 o senhor entra para o SAMDU. Antes disso, o senhor conhecia alguma coisa sobre o SAMDU, ou...

NA - Não.

MC - Sobre a assistência médica dentro da Previdência Social?

NA - Nesse tempo eu estava no hospital, no serviço de tipo formação elitista de professores, que era o serviço. Mas já bastante discutida essa situação desses

profissionais. Interessante, muitos professores eram professores titulares, professores assistentes, professores adjuntos. Naquela época era assim. Então, esses professores eram médios do SAMDU, mas diziam, mas tinham vergonha de dizer que eram médicos do SAMDU. Foi aí que conheci Carlos Gentile de Mello. Que o Carlos Gentile de Mello nessa época que eu estava no Moncorvo Filho, ele era assistente do Capriano. Veio da Bahia.

MC - Por que tinha vergonha? Por que havia vergonha em dizer que era do SAMDU?

NA - Porque o SAMDU era um negócio que todo mundo tinha, só quem gostava do SAMDU era a população. O resto, tudo quanto é hospital tinha raiva do SAMDU. Eu me lembro, quantas vezes em Deodoro ligava aqui para o IAPC, o hospital do IAPC, dos comerciários: “Tem uma vaga, olha estamos mandando um comerciário e tal”. “Qual o caso?” Então, a gente com mania de pegar o cartão. Então, a gente dizia: “Não, ela está matriculada na fisiologia, mas o que ela tem aqui não interna tuberculose”. Então, a única saída nossa era levar para onde? Carlos Chagas. Então, o Carlos Chagas ficava louco com o SAMDU. Porque o SAMDU sobrecarregava tremendamente a demanda do Carlos Chagas. Porque era a nossa válvula de escape era... E na verdade o SAMDU já fazia universalização. Que quantas vezes tudo isso era feito via telefone, chegava lá, não tinha direito nenhum, nem o IAPC, nem o IAPI, nem IAPETC, nem os Marítimos.

Fita 2 - Lado B

NA - O IAPETC era mais organizado. O IAPETC, eles se consideravam mais donos do SAMDU. E o IAPETC tinha ali, eles tinham uma vila dos marítimos muito grande. E tinha o cais do porto, onde a gente fazia também o atendimento no cais do porto de acidente de trabalho. E já aí já era uma forma mais... Era diferente... Mas IAPC, IAPI, o IAPI não tinha hospital, era só hospital contratado. Aí o SAMDU cria um hospital de urgência, lá na Aristides Lobo, que por sua vez a gente também não arranjava vaga, sendo de Deodoro, Bangu, Campo Grande não arranjava vaga. Então, o mais fácil era convencer e brigar lá no Carlos Chagas.

NM - O senhor falou que o pessoal do IAPETC e do IAPM se considerava mais dono do SAMDU?

NA - Donos do SAMDU. Porque na verdade o SAMDU inicial começou pelo poder dos segurados do IAPETC, que era aquele grupo ligado ao movimento trabalhista muito grande, eram grandes líderes, os grandes pelegos, eles eram do IAPETC ou eram dos Marítimos.

NM - O Dante Pellacani?

NA - Antes dele, o Dante Pellacani, o seu último foi o Dante Pellacani. Eu trabalhei, por exemplo, como substituto de um médico num hospital lá em Madureira que era um hospital dos estivadores do cais do porto, eles tinham uma noção dos direitos deles, que é uma loucura. Eles tinham noção de que eles não eram submissos a nós, eles já sabiam que aquilo estava a serviço deles. Eu me lembro que ele chegava: “Doutor, eu vou sair porque eu vou tomar uma pinga”. Eu dava plantão lá. Dizia: “Não, o senhor não pode sair”. “Que isso, doutor, o senhor é meu empregado”. Quer dizer, eles tinham uma visão de que na verdade aquilo que era deles, era uma visão do chamado, da área do

conhecimento, eles tinham o conhecimento social de que o SAMDU era uma instituição deles, o IAPETC também e os marítimos. Isso não era muito comum no IAPI, porque o IAPI era casa de saúde contratada, o IAPI nunca teve serviço próprio, a não ser alguns ambulatorios, o ambulatorio mais antigo do IAPI era o ambulatorio Mauá. Então, essas duas categorias profissionais tiveram que foi o núcleo do SAMDU, tiveram uma grande...

NM - O IAPI não existia?

NA - Não, o IAPB, existia o IAPB, mas o IAPB era muito elitista, a gente atendia muito pouca gente do IAPB. O IAPB quem era? Funcionários bancários, aonde àquela época ser bancário significava...

MC - Classe média.

NA - Uma classe média, muito bem... Eles compram até o hospital, depois que eles pegam o hospital [...].

MC - O senhor estava falando de várias coisas muito interessantes. Eu queria perguntar para o senhor o seguinte: primeiro é esse hospital de Madureira, que era ligado aos empregados do cais do porto...

NA - Do cais do porto.

MC - Ele vinha da Caixa?

NA - Vinha da Caixa.

MC - Dos estivadores?

NA - Dos estivadores.

MC - E era da...

NA - Não. Esse...

MC - Não era CAP, era instituto.

NA - O hospital era da Caixa, com um grupo de médicos. Quem eu substituí lá, se não me engano, era o Leonel Miranda, que era o detentor do cargo.

MC - Detentor do cargo.

NA - E eu era uma... Funcionava lá como bagrinho* porque eles... Mas foi durante, estive lá durante um ano e seis meses, foi uma experiência muito grande.

MC - O senhor se lembra em que ano foi isso de Madureira?

* Bagrinho: estudante de medicina que frequenta serviço universitário para adquirir conhecimentos.

NA - Isso deve ter sido em Madureira, [19]53. Foi quando eu não fui mais para o...

MC - O Matoso.

NA - Não, não fui mais para o interior, aí eu comecei a ter que arranjar um emprego. Então, eu tinha o plantão do SAMDU e tinha esse emprego no Hospital dos Estivadores, e frequentava o Moncorvo Filho, de manhã o Moncorvo Filho, dava um plantão no Hospital dos Estivadores, e outro plantão no SAMDU de Deodoro. Eu só larguei os estivadores para ir para o IAPC de Niterói.

MC - O senhor está falando...

NA - Onde eu passei sete anos, em Niterói.

MC - O senhor passou sete anos em Niterói. O senhor estava falando que quem controlava o SAMDU era o pessoal do IAPETC e dos marítimos. Mas...

NA - É, não controla o poder político...

MC - Poder político.

NA - Poder político era do IAPETC e dos marítimos. O SAMDU funcionava através de Junta Consultiva, e Conselho Fiscal. A Junta Consultiva era a representação de todos os institutos e Caixas, que tinham um assento na Junta Consultiva. Sendo que aqueles que tinham um assento na área do IAPETC, e dos marítimos, a característica muito do que o SAMDU era deles. E na verdade o SAMDU existiu pelo esforço pessoal e o poder, poder político, poder de barganha do grupo de empregados do cais do porto, empregados de transporte de cargas, e dos marítimos.

MC - Mas tanto um instituto como outro já tinham dentro deles serviços médicos, não é?

NA - Já tinham serviços médicos. O IAPM...

MC - Já tinha o Andaraí nessa época.

NA - Não. O IAPM passou a ter o Andaraí. E o Andaraí já veio daí. O Bonsucesso, hoje Bonsucesso, o IAPETC já é antigo. Basta dizer que aquele sistema pavilhonado naquela área, era um hospital altamente... Chegou a ser citado pela revista de Administrações [...] como um hospital modelar, onde tinha tudo. Ali nascem os grandes ... O Alvarez na área da medicina, da clínica médica, o Rude na área da ortopedia, o Tovar, aquele que o Henrique falou da obstetrícia e ginecologia. O IAPETC era realmente um hospital institucional, quer dizer, pertencente à instituição pública, já muito bom.

MC - Então, eu queria entender o seguinte: porque esses institutos que já tinham assistência médica, até com uma certa qualidade, tanto o IAPETC como o IAPM são aqueles que vão ter mais influência no SAMDU. Quer dizer, ainda...

NA - Porque eles precisavam áreas de urgência.

MC - Por que eles não tinham?

NA - O que eles queriam era o direito, que eles sabiam brigar pelas coisas. Então, eles queriam o médico na casa deles, para atender a mulher dele, o filho dele, na hora que eles quisessem. E não levar lá, sair lá, que às vezes eles... Nem todos moravam naquela comunidade que eles tinham de apartamentos, outros moravam distantes. Então, eles queriam ter. Por isso que o SAMDU foi... Campo Grande, Bangu, Deodoro, tudo isso. O SAMDU tinha no município do Rio de Janeiro, Distrito Federal foram os primeiros a ter todos a regionalização. Méier, Ramos, todos os bairros do Rio de Janeiro tinham um SAMDU.

MC - Todos os bairros tinham SAMDU?

NA - Todos os bairros tinham SAMDU.

NM - Na Penha, quando foi criado o conjunto habitacional...

NA - Era do IAPC.

NM - Do IAPI.

NA - Era IAPI? Tinha dois conjuntos, do IAPI do IAPC.

NM - No conjunto do IAPI existia um posto do SAMDU. Isso era proposital?

NA - Era. Não, aí já colocaram um posto do SAMDU. Porque no conjunto do IAPC da Penha tinha um posto médico, com pediatria e com clínica médica, e com enfermeiro, auxiliar de enfermagem, naquele conjunto do IAPC na Penha. No IAPI colocaram um conjunto, um posto do SAMDU. Que é o que hoje continua lá da Penha. Quer dizer, na verdade o IAPI foi o instituto que mais se colocou contra o SAMDU. Inclusive como o SAMDU ainda não era reconhecido. O SAMDU nasce pelo grande poder de barganha dos empregados de transportes e cargas, e marítimos. Então, o SAMDU ganhava por serviço prestado, por cada atendimento que a gente dava, que um médico do SAMDU fazia, recebia x cruzados dos institutos. O IAPI entrou até na justiça para não ter que pagar esse atendimento. Então, tinha momentos em que o chefe do posto, dizia assim: “Olha, precisa aumentar o atendimento, senão não vai ter pagamento”. Essas, eu não convivi com essa era, eu já convivi com o SAMDU mais estruturado. Mas a era anterior do SAMDU era assim. “Olha, precisa aumentar o atendimento”. Então, uma turma ia numa casa para atender, fazia o boletim de todo mundo. Até que se define a reação do pagamento dos institutos para o SAMDU. Se não me engano, era 2% da folha, daquilo que era destinado à assistência médica, era para o IAPC, o IAPI, o IAPETC, e as Caixas e os marítimos pagavam para o SAMDU. O IAPI entrou num processo para não reconhecer o SAMDU, que é um problema, mais um processo da privatização da medicina.

MC - Que a ideia de que o IAPI despenderia muitos dos seus recursos para a questão do atendimento médico?

NA - Não, era um sentido aí mais, me parece que era mais um processo ideológico de processo político de assistência médica. Mas depois ele é incorporado. Então, o SAMDU

ao ser incorporado, ele é incorporado, mas como uma empresa qualquer, só que não era empresa, era do governo, mas como o médico não podia acumular, então havia essa situação: Pode, não pode. Mas quando aumentaram no serviço público, aumentaram também no SAMDU, mas não acumulava. Então, veio, aí é que entra, como é o nome dele? Aquele que foi diretor do SAMDU, que eu te indiquei, para você procurar?

NM - Laranja?

NA - O Laranja que estruturou o SAMDU, que deu forma, que deu estrutura ao SAMDU.

MC - Isso foi em [19]56?

NA - [19]56.

MC - [19]56.

NA - É. [19]56 é nesse momento o SAMDU uma instituição que cresce em nível, começa a crescer em nível de Brasil.

MC - Interioriza, se interioriza.

NA - É. No Rio de Janeiro, no Distrito Federal todos os bairros tinham. Depois ainda o estado do Rio também teve SAMDU. Mas esse crescimento do SAMDU se processa muito em [19]64, [19]64 começa a crescer o SAMDU. Então, eu lembro, que eu fui para Campos, para montar uma comunidade do SAMDU, que até hoje... Eu fui a Campos outro dia e vi comunidade de serviço com o nome do que era do delegado do SAMDU do estado do Rio. E que nessa comunidade já tinha acertado um convênio, aonde o SAMDU fazia todo o atendimento de urgência, inclusive de rua. A prefeitura ficava com as internações dos não segurados, ou daqueles segurados aqueles que tinham convênio com os institutos, e cedia óleo, gasolina, fazia a manutenção das ambulâncias. Essa comunidade de serviço foi uma das primeiras que foi em Campos.

NM - Isso tem alguma coisa a ver com a Lei Orgânica da Previdência Social de 1960?

NA - Tem. Aí a Lei Orgânica da Previdência Social começa a se desenvolver, a dar esse aspecto do SAMDU. A mesma coisa aconteceu em Minas, e em Uberaba. Quando nós fomos a Uberaba já fazendo um convênio com o hospital universitário. Em [19]64 nós saíamos fazendo concurso do SAMDU, o SAMDU existe em Fortaleza, mas nós fizemos o concurso, aí fizemos o concurso Pará, Maranhão, Pará e Manaus. Só que nesse lugar, nessa minha experiência de visitar esse interior, essas capitais, você só tinha a comunidade do SAMDU, que era a comunidade de serviço. No interior fora das capitais. Recife não, Recife o SAMDU sempre foi forte, inclusive o próprio hospital do IAPETC, o Hospital Presidente Vargas era do IAPETC, o SAMDU estava dentro do IAPETC com sua unidade de urgência, com seu posto de atendimento de rua, e tudo isso.

MC - Doutor Nildo, o senhor está colocando que a criação do SAMDU teve a ver com essa pressão desses institutos dos marítimos e do IAPETC. Bem, eu gostaria de colocar uma outra visão, para ver como que o senhor considera isso. Porque parece que a origem do SAMDU assim foi colocada pelo doutor Moacyr Velloso Cardoso de Oliveira, ele coloca que o SAMDU foi criado, porque havia muito conflito entre a rede estadual de

hospitais e a Previdência Social, de alguns segurados que eram atendidos, os hospitais estaduais colocavam que... Ou municipais colocavam que era da Previdência, então a Previdência também que tinha que atender, e não o município, o estado. Então, era muito mais esse conflito entre doações, não é?

NA - O que... É o Moacyr Velloso?

MC - É.

NA - O que o Moacyr Velloso está fazendo é uma racionalização. Que na verdade o que se colocava, sempre se colocou, era o problema do município e do previdenciário, aonde eles achavam que a responsabilidade pela assistência médica de urgência era do município. E os institutos tinham uma responsabilidade de assistência médica, vamos dizer, de segundo, primeiro, segundo e terceiro nível. Essa era a grande discussão, a discussão que se colocava. Por isso é que o IAPI, o Moacyr Velloso, uma das maiores figuras com quem eu fui com ele à Rússia, a Leningrado, mas ele era o “cardeal” do IAPI, ele, o Hélio Beltrão, tudo isso eram “cardeais” do IAPI. Eles achavam que essa responsabilidade do atendimento de urgência era do município. Mas só que o município atendia indigentes, as faculdades de medicina, os hospitais de ensino atendiam indigentes. O que é que o pessoal, veja bem, o processo político do poder de barganha, que eram os marítimos, e o IAPETC, que eram as lideranças sindicais, onde nasce a CGT. O que eles queriam? Não ser mais tratados como indigentes. Eles queriam ter uma instituição que fosse deles. Aí é que é o processo, que se repete em [19]68 na mesma escala, quando nós começamos a brigar pelo convênio universitário – MEC – INPS. A turma de previdenciários cardeais dizia o seguinte: “Não, o previdenciário não é cobaia, não pode ser visto por estudantes, alunos de medicina. Inclusive o DNPS pela representação dos empregados, quando o SAMDU fez o concurso para interno do quinto, sexto ano, e os próprios institutos fizeram, o DNPS acabou, foi por nível de [19]50 e [19]58, [19]57, [19]58. Porque eles não queriam, é o direito que eles achavam de não ter, por que eu vou ser atendido pelo estudante, pelo aluno? Era, então se colocava o indigente e o não indigente. Inclusive no SAMDU era hábito, e por isso que o Malaquias tinha uma frase, dizia o seguinte: “Quando eu vou num posto do SAMDU, e que todo mundo gosta desse chefe de equipe, esse chefe de equipe é ruim para os segurados. É aquele que não tirava a chamada: Qual é o instituto? Aí ia lá... “Não, então você é munícipe, procure o município, procura o Miguel Couto”. Então esse é um processo permanente dessa disputa, que até hoje persiste, com menor intensidade. Mas na verdade o que se dava já na discussão, e era fundamentalmente do IAPI, dos grandes “cardeais” do IAPI, era essa situação. Era que como que eles iam pagar, se a responsabilidade pela assistência médica de urgência e domiciliar era do município. Que se repete em [19]68, nós começamos a brigar em [19]68 pelo convênio, pela articulação entre a Previdência e hospitais de ensino, e só foi sair em 1974.

MC - Que já era uma experiência do SAMDU, com os outros hospitais.

NA - Não, mas esse não tinha nada a ver, não era esse, não estava envolvido o MEC, não estava envolvido nada disso, eram mais envolvidas as prefeituras. Que se repete agora, no problema com a cogestão, com o estado e o município. Que o que você ouve de médicos daqui, de diretores de hospitais, dizendo o diabo dos municípios, dos hospitais do município do estado, é uma loucura! Porque na verdade o município conviveu com convênios alegóricos. Aí entra uma outra história. Nessa definição de atendimento

municipal, ou não, resolvem fazer um contrato feito casa de saúde, com o estado. Não, eles resolver fazer, não leu? Convênios alegóricos do artigo do Gentile, explica muito bem. A Previdência faz um convênio com o estado e com o município, dizendo que pagava tanto, ou como uma cobertura teórica de 70% de todo que era atendido. Mas só que esse convênio nunca foi... Eu quando peguei em [19]83 para fazer a cogestão com o estado e o município, o que estava em vigor era esse convênio, se eu não me engano, de [19]83. Não, de [19]53. No artigo do Gentile tem aqui. Mas vocês depois veem essas datas. Esse convênio, aonde se pagava por cada atendimento no estado, um cruzeiro e dez centavos, e no município menos de um cruzeiro. Por que o município não reclamou? Por que o estado nunca reclamou? Aí é que entra uma outra problemática, a chamada dupla-militância. Que o próprio Gentile aborda nos artigos dele, por que convênio alegórico? Batia um doente no Miguel Couto, batia um doente no Souza Aguiar, batia um doente onde fosse, era o seguinte: “É segurado?” Passava um dia, ia para casa de saúde contratada. Se fosse de nível social melhor, acabava para clínica particular. Então, por isso que o convênio alegórico do artigo do Gentile é isso. Que na verdade o município gostou muito, porque passou a repassar, ganhava, teoricamente, e repassava para a clínica privada. Então, um dos artigos do Gentile, que vocês devem ler: A morte daquele que eu estou, Nuno Colan? Que vale a pena vocês lerem esse artigo. Então, ele conta a odisseia do Nuno Colan, coma diabética, e vai para o município, do município transfere, e tudo isso. Então uma história típica. Uma vez uma pessoa me telefona, e diz que estava com catarata, não enxergo nada, o meu marido foi atropelado, fraturou a perna, aí meteu num... Fizeram operação nele, dois depois, três dias depois mandaram para casa, e ele está com a perna mole, não sei o que”. Aí eu fui ver: Ele foi atropelado na Bolívar, foi no Miguel Couto, e o Miguel Couto atravessou a ponte Rio-Niterói foi para uma casa de saúde contratada de ortopedia. Acabei eu ter que mandar buscar esse doente, foi na primeira vez que eu fui diretor aqui. Essas histórias, que há o problema traduzido por uma coisa, só se vai resolver o problema da assistência médica no Brasil no dia que acabar com a dupla militância. A dupla militância no serviço público com o serviço contratado. Hoje eu falo a dupla militância no próprio serviço público, que hoje você não tem dúvida, você tem tri-militância, quatri-militância, você tem cara que tem cinco empregos: é do estado, é do município, é do INAMPS, é do Ministério da Saúde. Isso tem que acabar, nós só vamos melhorar, e humanizar o atendimento da população, quando tivermos um sistema municipalizado ou estadualizado. Aquele sentido que o SAMDU sempre teve, que é o atendimento próximo, é rápido, perto, e com medicamento. Isso era o que o SAMDU dava; o médico ia lá com sua caixinha e atendia, perto da residência, com medicamento, e encontrava a solução. E hoje o que é que você vê: é o doente correndo de um lado para o outro, e se ele não souber dos seus direitos, ele...

MC - Doutor Nildo, eu queria voltar a algumas questões com relação ao SAMDU: A primeira delas que me chamou a atenção, e que, pela primeira vez é se coloca na prática, a questão da universalização. Eu gostaria que o senhor falasse um pouco sobre isso.

NA - Por que da universalização? Porque nós acabamos atendendo, porque nós atendíamos por telefone. O cara dizia: “Não, eu sou do IAPI”. Chegava lá, ele estava vencido, estava tudo. Mas nós tínhamos que atender. Chegava lá, às vezes, não era nem a mulher, nem filho, era o primo, era o sogro, que aí no subúrbio você vê todo mundo morando junto. Então, essa universalização do SAMDU foi uma realidade.

MC - Sim, mas o senhor disse que a...

NA - O número, eu tenho um trabalho que eu fiz em [19]66, partindo da unificação da Previdência Social, via comunidade de serviço, que era o SAMDU, aonde eu te dou o índice, não previdenciário atendido no SAMDU. Eu acho que eu tenho até aqui.

MC - O senhor tem esses índices?

NA - Tenho. Aonde nós levantamos o custo que era por atendimento do cruzeiro na época, o cruzeiro novo na época, e o índice previdenciário e não previdenciário por instituição. Então, o não previdenciário era muito grande. E esse era o nosso, esse era o problema do nosso médico. Era pegar o sujeito, uma mulher em trabalho de aborto, hemorragia, e não ter aonde levar. Porque a gente chegava no Souza Aguiar, quase que o cara batia na gente! Que a gente chegava lá, e tal, tinha que voltar. Por isso que o SAMDU acabou criando um hospital de urgência. E os postos sempre tinham quatro, cinco ou seis leitos de repouso. E a luta para conseguir as vagas nas unidades.

MC - O senhor acha que essa situação, ela se deu a partir da experiência, ou havia já dentro do próprio SAMDU, dentro da área...

NA - Área de conhecimento disso?

MC - Não, a ideia de que, quer dizer, que a Previdência precisa ser universalizada mesmo.

NA - Não. É aquilo que...

MC - E...

NA - É aquilo que eu te disse: SAMDU, na minha visão, aparece na verdade como uma pressão de uma classe operária forte, dominante na época, que queria ter o seu atendimento domiciliar e de urgência, sem ser considerado indigente.

MC - Sim.

NA - Que aquilo que o Moacyr Velloso racionaliza com o convênio, possivelmente, já que a própria Previdência pagava o estado e município, esse convênio. Se eu não me engano, esse convênio data [19]53. Depois é que veio o SAMDU estruturado, que é o período de [19]56 do Laranja.

MC - Sim. Mas, por exemplo, quando os marítimos, o pessoal dos transportes, colocam que eles querem ser atendidos de maneira mais...

NA - Humanizada.

MC - Humanizada. Eles estão reivindicando para eles, ou seja, estão reivindicando para determina parcela...

NA - Para sua categoria, é...

MC - Para suas categorias.

NA - É.

MC - Não é? Quer dizer, eles não estão universalizando.

NA - Por isso que eu estou dizendo. Eles...

MC - Então, quando começa a universalizar, como é que, quer dizer, isso não traz conflitos. Como é que eu, segurado da Previdência, que pago, e tal, não sei o que. Aí vai lá o SAMDU, e atende todo mundo? Não havia esse tipo de...

NA - Não. Havia essa pressão, esse conflito no médico. Onde alguns dirigentes somente do IAPI, que a Previdência é dos previdenciários. Vamos admitir o que caracteriza o poder de propriedade. O que caracteriza o poder...

Fita 3 – Lado A

MC - O que caracteriza?

NA - O poder da propriedade são três itens: uso, gozo, e o direito de fazer o que bem entender da propriedade. O que é que o segurado tem direito? Ao gozo e ao uso. Mas ele não pode pegar e querer vender o Hospital de Ipanema, querer vender. Ele não tem o direito da propriedade. A universalização da assistência médica é uma realidade, porque no final quem paga tudo é a população, previdenciária ou não, mas quem paga ou quem mantém o sistema todo é a população.

MC - Sim, mas aquele estivador, lá no Hospital de Madureira, que chegava para o senhor e falou: “Quem é o dono daqui sou eu!”.

NA - Claro.

MC - Quer dizer, porque a visão era do usuário na época...

NA - Dele.

MC - Era contratualista, quer dizer, eu pago...

NA - Era categoria. Naquela época era por categoria.

MC - Sim, mas era uma visão contratualista, quer dizer, “Eu pago, eu tenho direito a receber”.

NA - Isso.

MC - E isso aqui é meu. Então, não é uma visão...

NA - Não! Ele não tinha...

MC - É uma visão...

NA - Lógico, as categorias profissionais não têm, estão interessadas no problema deles. As categorias profissionais estão interessadas no seu bem-estar, na sua comunidade, nos seus familiares. Nesse período, há um período em que o SAMDU era pequeno, mas quando ele soma, quando se cria a Junta Consultiva, e todos os institutos passam a contribuir para o SAMDU.

MC - Não existia pressões, por parte dos institutos, para que o SAMDU se restringisse mais aos segurados?

NA - Não. Do SAMDU não.

MC - Não tinha esse tipo de pressão?

NA - Não dos institutos, dos institutos havia do IAPI, mas não do IAPC, não do IAPETC, não do IAPM, não do IAPB. Havia prova, porque era muito difícil você chegar na casa do doente e dizer: “Bom, então me dá a tua carteira.” “Mas eu não sou segurado”. Você ia negar... Mesmo porque se você negasse apanhava, porque ele, você chegava lá em Nova Iguaçu, ele abria a porta assim: “Mamãe, lá vem a SAMDU!” Acabou. SAMDU era uma instituição da população pobre. Houve uma greve. Eu me lembro dessa greve.

NM - Em 1953?

NA - Uma greve do pessoal da Light. Não uma greve dos médicos. Que os médicos ficaram em [19]53...

MC - [19]53, [19]54.

NA - É, ficaram no Palácio do Catete de vela na mão, de vigília.

MC - Da letra “O”?

NA - Da letra “O”.

MC - É essa aí?

NA - Aí, num desse, eu saio para o atendimento, lá em Anchieta, uma vila de um pessoal, condutores e motoneiros da Light. Aí o cara estava atendendo lá a mulher do cara, estava tudo isso, e disse: “O Doutor está em greve?” Eu digo: “Estamos em greve, nós vamos ganhar”. “Doutor não ganha”, ele... “Doutor não ganha não, porque os senhores só se vestem de branco na hora que trabalham. Nós moramos juntos na mesma comunidade, nossos filhos estudam no mesmo lugar, nós comemos a mesma coisa, nós temos o mesmo sistema. Por isso que a nossa greve dá certo, e a dos médicos nunca dá certo”. Que na verdade a grande diferença, enquanto eles eram empregados, o médico sempre se considerou um profissional liberal. Quer dizer, esse processo, processo que veio de [19]64, se dá o processo revolucionário, eles não acabaram com o SAMDU. Eles tiveram que contestar a situação dos médicos. Então, foi a primeira vez que se admitiu que o médico acumulava. Essa permissão de o médico acumular, foi em função do SAMDU, mas o SAMDU já não do Rio de Janeiro, Distrito Federal, o SAMDU Brasil. Que em

qualquer lugar do Brasil você encontra, no interior você encontrava o SAMDU. Nesse sistema de pré-moldado, você tinha um posto do SAMDU. Em [19]67 eles acabam com o SAMDU. E é uma coisa histórica, acaba com o SAMDU e o resto, quer dizer, São Paulo ninguém fala mais em SAMDU, que eles acabaram mesmo, porque criou em São Paulo os “baúscas”. Os caras que montaram uma assistência médica de urgência para ganhar dinheiro, por boletim que era... BAU: “Boletim de Assistência de Atendimento de Urgência.” O Rio de Janeiro não acabou. Como o Rio de Janeiro, por tradição de ser a maior rede pública instalada, federal, estadual, municipal e universitária. Hoje você vai à Penha, vai a Bangu, a população continua chamando o SAMDU, não muda! Porque a mesma filosofia, se você telefonar para os postos Voluntários da Pátria, e pedir uma ambulância na residência, pode ser que eles criem problema, mas eles vão te atender na residência. Ainda tem, porque o Rio de Janeiro ficou essa característica. E outra coisa: o estado do Rio de Janeiro também. Porque no Estado do Rio de Janeiro o que ficou foi também os postos do SAMDU.

MC - O senhor não, antes de entrar nisso eu queria fazer uma pergunta para o senhor, o seguinte: o senhor disse que entra para o SAMDU por indicação, porque na época...

NA - É.

MC - Só entra para o SAMDU...

NA - Não tinha concurso.

MC - Sim. Isso mostra assim, quer dizer, isso não é particular do SAMDU. Mas das instituições de Previdência?

NA - Não, mas naquela época os institutos já faziam concurso. O IAPC fez concurso, o IAPI fazia concurso, os bancários acho que não fez, mas o IAPETC fazia concurso, o IAPM fazia concurso público. Por isso que os médicos fizeram o movimento de [19]53, [19]54 para passar para letra “O”.

MC - Mas isso mostra de certa maneira, quer dizer, o grau de controle político que existia dentro do SAMDU.

NA - Claro.

MC - Para aqueles que entrassem e iam entrar para o SAMDU. Eu gostaria que o senhor falasse um pouco, sobre essa relação entre o SAMDU e o PTB. O SAMDU ele era apolítico, mas...

NA - O SAMDU era do PTB. Era do PTB da CGT.

MC - Isso era muito claro...

NA - Muito claro.

MC - Essa relação...

NA - Muito claro mesmo. Agora, na verdade, e não era só no Rio de Janeiro, em todo Rio de Janeiro isso era muito característico.

MC - É, doutor, o senhor deu o exemplo aí daquele cearense, lá na Catacumba. E isso me lembra um pouco a entrevista que a gente teve com o doutor Laranja. Em que ele fala que a situação do médico, quando a ambulância subia o morro, isso levava que o cidadão se sentisse incrivelmente valorizado.

NA - Enquanto que o município e o estado tinham uma norma dizendo o seguinte: o médico só é obrigado a atender a 30 metros distante da doença, tinha essa norma. Fora daí quando no município, e quando no estado, os familiares desciam o doente para o médico atender. SAMDU não! SAMDU você tinha que subir mesmo. Você tinha que ir onde estava o doente. Eu me lembro, ali o que é hoje a Vila do João, a Maré, ali era uma favela, e uma favela que quando a maré subia, você tinha que vir de barquinhos. Eu saí para fazer um chamado, fazer um trabalho de parto, naquele negócio demora dali, demora de lado, com lamparina, aí na hora que a maré subia, o sujeito teve de me trazer de barco. Eu não podia dizer: “Não, traz aqui”. Quer dizer: o que a população previdenciária tinha em relação ao SAMDU era aquele sentido de posse, aquilo representava realmente da população.

MC - Para a população retribuir isso em termos de posse, quer dizer, o SAMDU era...

NA - O importante àquela população era, adequadamente atendida, e era assistência médica mesmo domiciliar de urgência, isso era a universalização mesmo. Chegamos no interior, como eu cheguei no interior de Pernambuco a 60 km de Recife, chegava lá, a gente chegava lá para visitar, formava fila e a gente mesmo tinha que atender. Porque o médico que ia lá dar o plantão, ia dar um plantão que era de outra cidade, ainda não tinha havido a grande explosão das escolas médicas, não é isso? Então, tem também esse processo. Então, havia um número de médicos hoje, daqui do próprio hospital que foram internos, internos do SAMDU é muito grande.

MC - É, quer dizer, o SAMDU também se transformava numa escola, havia essa situação de os médicos passarem pelo SAMDU, ou ...

NA - Bem. Eu acho que o SAMDU era uma grande escola. Evidente, não no sentido da escola formal, formal. Que o importante para o chefe da equipe era: o número de chamadas que você tinha de fazer. Aí eu me lembro de um cara, que se virou uma vez para mim... Eu perguntei, logo que comecei: “Mas vem cá e...” “Olha, o SAMDU é malfeito, processa ou não processa. A tua obrigação é atender o doente”. Ora, se a gente admite que 80% de todo atendimento, seja nesse hospital, seja num ambulatório, ou no consultório privado, são coisas banais, são resolutivas de uma primeira consulta, então, a possibilidade de erro do SAMDU era muito pequena, concorda? Então, ela foi uma grande escola, nesse sentido do atendimento humanizado da população. E a população gostava, eu não me lembro em nenhum atrito que eu tive durante esse período, eu fui plantonista aqui no Matoso, depois fui para Deodoro, fui chefe da equipe, fui chefe do posto, esse tal que chamava Hospital de Clínica João Goulart; depois fui para o posto da Gávea, já estava no final da construção do Santa Bárbara. E atendia muito aquele acidente de trabalho do pessoal de lá, depois fui diretor do Hospital do SAMDU, e fique dois anos e seis meses dirigindo o Hospital do SAMDU.

MC - Isso lá em...

NA - Aristides Lobo. E lá em Recife também tinha um hospital, que era dentro do próprio Hospital do IAPETC.

MC - Os dois, eram as duas cidades que tinham o Hospital do SAMDU?

NA - É, que tinham Hospital do SAMDU. Era o Rio de Janeiro e o Recife.

MC - O senhor disse que o Hospital Aristides Lobo, muitas vezes não tinha como atender também, como é que era essa situação?

NA - Não, lá tinha que atender, porque nós tínhamos todos os pensionistas, e a melhor linhagem técnica. O Doutor Costa Vaz, diretor hoje do Hospital do IPASE, ele era médico, médico cirurgião lá do Presidente Vargas. Em [19]67, quando houve a unificação, eles acabaram com o SAMDU.

MC - Como o senhor coloca, parece que havia uma razoável eficácia do serviço do SAMDU. O senhor não acha que isso tem a ver com o número de população existente na época?

NA - Sim. Tem isso, claro que tem, que a gente não pode repetir hoje. Mas nós sabemos que hoje, o que aconteceu é que a medicina se aquartelou dentro dos hospitais, dentro dos hospitais, e a população hoje está solta aí, o que está se buscando hoje, através das ações integradas de saúde, através da cogestão, através da hierarquização, tudo isso é melhorar o atendimento da população, humanizar o atendimento da população. Evitar que ela tenha uma *via-crucis* para conseguir uma consulta, ou para conseguir uma internação, para conseguir tudo isso. Na verdade, o que se busca hoje, é a municipalização das instituições de saúde, que é uma tese que nós sempre defendemos, que é hoje a palavra de ordem do Hésio, e do Arouca, e tudo, e na verdade, o que precisa é municipalizar. Que o atendimento médico tem de ser: próximo, rápido e com medicamento. Se isso tiver, nós vamos resolver toda problemática da população.

MC - Doutor Nildo, o senhor foi do SAMDU de [19]53 até ...

NA - [19]52 até [19]67.

MC - [19]67. E, pelo que eu estava percebendo o senhor atuou de uma maneira intensa no SAMDU, quer dizer, num período razoável, que vai de 14 anos. Dentro desse período houve várias conjunturas. Qual foi o momento que o SAMDU estava em melhores possibilidades de trabalho, de atendimento?

NA - De expansão, foi no período, a grande expansão do SAMDU, e que deu um sentido de corporação do pessoal do SAMDU foi com a estruturação do SAMDU através do decreto-lei, foi decreto-lei ou congresso? Foi Congresso, que foi estruturado, foi na época do Laranja, [19]66.

MC - Não, o Laranja...

NA - [19]56. É [19]56. [19]67 se acaba o SAMDU. Quando o Seixas foi diretor geral do SAMDU, do INPS, o Luiz Carlos Seixas, ele foi presidente do INPS, o Jarbas Passarinho era até Ministro do Trabalho.

MC - É.

NA - O Seixas, com aquela ideia, foi também um dos pioneiros do SAMDU. Chegou a convencer o médico, e o médico veio para a televisão, queria criar o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência de novo. Chegou a ter um decreto, que engavetaram. Que na verdade, não é que se queira repetir o programa. O problema, a ideia do SAMDU era a ideia do atendimento mais imediato. Em função daquilo que o menino, o nosso amigo, qual o nome dele? O da responsabilidade do município. Na verdade, o município rompeu, que isso volta com a cogestão. Mas chega lá no município, o município teria que dar hoje um atestado de qualquer segurado, que for lá atendido no município, ele tem que dar um atestado, até 15 dias. Eles não dão, não dão para não habituar o cara a ir lá. A ideia é a municipalização, é na verdade não é a ideia de voltar a municipalização, é: voltar ao médico e ficar mais perto das populações carentes.

MC - O senhor falou que o SAMDU em [19]64 sofre uma grande expansão.

NA - Ele sofre a expansão, ele chega em [19]64, ele sofre uma expansão no Nordeste. Ele sofre a expansão no Nordeste, que a implantação do SAMDU no Belém do Pará, que não tinha absolutamente nada, e em Manaus.

MC - Isso já depois do movimento militar de [19]64.

NA - É, mas foi logo a seguir. Ainda dentro da filosofia do SAMDU. Depois que eles começam a falar em unificação, que foi a chamada norma PAP, sob a égide do IAPI, o SAMDU foi alijado por incompetência possivelmente, mas na verdade eles alijaram o SAMDU dentro do sistema.

MC - O senhor considera que a expansão do SAMDU em [19]64, foi da ...

NA - Foi consequência...

MC - Do momento?

NA - É lógico. Foi consequência do crescimento, e da necessidade dos previdenciários, e daquele sistema tripartite, que a Previdência tinha, empregado, empregador e o governo.

MC - Direção colegiada.

NA - Isso era um poder dominante.

MC - Sim, o senhor, quer dizer, a partir dos anos [19]60, começam os concursos públicos dentro do SAMDU?

NA - Não. Em [19]60 não começa o concurso público. O concurso para o SAMDU só havia para interno e sexto ano. Interno que ficava o quinto e sexto ano. Havia o que era a prova de seleção.

MC - Essa banca examinadora, que o senhor faz parte...

NA - É, faz parte, é para os internos.

MC - Sim.

NA - Não é do quadro permanente do SAMDU.

MC - Os médicos são ...

NA - Mesmo porque não poderia haver concurso para o médico. Se o médico não podia acumular, ele não podia fazer concurso público. O que seria o SAMDU? Um braço avançado do PTB, e sendo o SAMDU um braço avançado do Ministério do Trabalho, e de todas as suas lideranças, então, o que acontecia? Os diretores do SAMDU eram homens fortes. Então, chegava na hora da acumulação, não é lei trabalhista, mas na hora das vantagens nós ganhávamos as mesmas vantagens do funcionário público, em função do poder. Porque o SAMDU sempre era capitalizado pelo poder do PTB, o poder do Ministério do Trabalho, e das grandes lideranças sindicais.

MC - O senhor, quer dizer, o senhor foi indicado, entrou por indicação?

NA - Segadas Vianna.

MC - Do Segadas Vianna. Através do seu amigo...

NA - Através do meu cunhado, que era amigo dele.

MC - Sim.

NM - Doutor, o senhor trabalhava no SAMDU, e trabalhava também no IAPC.

NA - No IAPC.

NM - No ambulatório do IAPC?

NA - Eu era chefe, eu era cirurgião do IAPC, depois virei chefe médico do ambulatório do IAPC.

NM - Como é que era a expectativa daqueles médicos do IAPC, em relação do grupo dirigente do IAPC, em relação ao SAMDU?

NA - Não, o IAPC gostava muito do SAMDU. Eu pelo que eu conheço, a grande querela que houve foi com o IAPI. Mas o IAPC, a representatividade do IAPC sempre favorável ao SAMDU. Por isso que tinha muitos médicos, quando acabou o SAMDU, montar a emergência aqui no Hospital de Ipanema em [19]67, foi muito fácil, foi quando eu fiz o tempo integral geográfico. Eu peguei todos os meus cirurgiões daqui que trabalhavam no SAMDU, e montei a equipe de emergência, desde o anestesista até o ortopedista. E neurocirurgiões, cirurgiões vasculares, cirurgiões gerais, clínicos.

MC - O senhor quando foi médico do IAPC, o senhor foi lá em Niterói, não é isso?

NA - Do IAPC de Niterói.

MC - Niterói. E primeiro...

NA - Agora, aí vem: como eu apareço no Rio de Janeiro do IAPC. Naquela época...

MC - Do IAPC aqui? Ou...

NA - Não, de Niterói.

MC - Depois o senhor veio para cá?

NA - Aí eu vim para cá. Mas aqui eu vim porque o Guilherme Eurico, que era desse hospital, que trabalhava com o professor José Hilário. E eu já conhecia o Zé Hilário através da Junta Consultiva do SAMDU, e eu, o diretor do Hospital do SAMDU, o Guilherme me procura, perguntou se eu queria fazer permuta, ele morava em Niterói, e eu morava em Copacabana. Então, nós permutamos. Aí eu vim aqui para o hospital em [19]64, trabalhar com o cirurgião, com o Zé Hilário; em [19]66 eu viro diretor, como diretor, outra pergunta que se faz: o Paulo Fontoura que era superintendente, segunda vez superintendente do IAPC, o diretor da época já tinha pedido demissão. Então, o Vianna, que era médico do SAMDU, que já me conhecia, mas conhecia como meu colega, conhecia meu trabalho lá no hospital do SAMDU, tudo isso, fala: “Tem um bom cara, que se dedica só a isso, que é o Nildo”. E eu fui chamado para ser diretor do IAPC, aqui do IAPC em [19]66 pelo Vianna, Guilherme Vianna.

MC - Eu queria retomar...

NA - Aí eu fiquei até [19]78.

MC - [19]78.

NA - Que loucura! Eu também não faço outra coisa a não ser ficar no hospital.

MC - Mas vamos explorar isso mais adiante, essa atuação do senhor no Hospital de Ipanema, quer dizer, antigo Hospital dos Comercários. O senhor, por que o senhor vai para o IAPC?

NA - Porque eu vou: porque o meu colega no SAMDU, que era chefe na equipe, e tinha um cirurgião lá, que era plantonista, era um dos primeiros concursados no IAPC de Niterói. Mas toda a vez que ele entrava de férias, eu ia substituí-lo. Havia substituição de férias, e aquele médico que substituí as férias ganhava. Aí eu passei a substituir quase todos os médicos do quadro do IAPC de Niterói. Quando faz o concurso eu entro em [19]57 de fato, para o SAMDU. [19]57.

MC - É, [19]57.

NA - Eu entro. Só que eu já convivía com o grupo do IAPC de Niterói desde [19]55, foi quando eu fui para Deodoro.

MC - Me é interessante que o senhor vai trabalhar no hospital, se não me engano, Hospital dos Marítimos?

NA - Não.

MC - Horêncio.

NA - Não, Horêncio de Freitas não.

MC - Não era Hospital dos Marítimos não?

NA - Não.

MC - Não o hospital, esse hospital Horêncio de Freitas era do SAMDU?

NA - Não, acho que não. Horêncio de Freitas, foi o marítimo que cedeu...

MC - Exatamente.

NA - Para o INPS. Eu acho que não foi para o SAMDU. E lá em Niterói.

MC - Sim porque...

NA - Lá eu trabalhava na Casa de Saúde Santa Branca, e depois em São Gonçalo numa casa de saúde contratada, mas nós éramos a equipe própria.

MC - O senhor sabe quem é o doutor Zélio Coutinho? O doutor Zélio Coutinho, a gente entrevistou o doutor Zélio Coutinho, e disse que é o Hospital dos Marítimos. Os marítimos conseguiram um hospital em Niterói para a sua categoria.

NA - É, eles tinham o Horêncio de Freitas, os marítimos já eram um hospital...

MC - Que era uma homenagem a um antigo...

NA - É. Ali não, ali foi cedido, foi por isso que...

MC - É o hospital...

NA - O INPS não, o INAMPS, a Previdência não pode vender, porque aquilo é cedido, por alguém dos marítimos, que cedeu aquele pequeno hospital ao... Aí o INPS transformou num hospital geral, num hospital de cirurgia, principalmente ligado a gastroenterologia. É realmente dos marítimos. Mas eu não sei se era o hospital, ou era o Hospital de Clínica.

MC - Ou se não havia, se o IAPC não alugava umas partes do ...

NA - Lá não.

MC - Lá não?

NA - Não. O IAPC alugava, o IAPC contratava inicialmente na Casa de Saúde Santa Branca, depois em São Gonçalo, do Aécio Lance as instalações, e nós éramos uma equipe própria, os médicos eram equipe própria, que até hoje existe alguns núcleos aí. Que muita gente não sabe dessa modalidade dessa assistência médica, está desaparecendo. Mas você tem hoje a OPAS – Obras Portuguesas de Assistência, que é um grupo de oftalmologia de primeira linhagem, do INAMPS, está lá na Obra Brasileira de Assistência, só fazendo oftalmologia. E tem a Fundação Bela Lopes de Ginecologia, que tem um grupo também de médicos do INAMPS, Fundação Bela Lopes. E tinha lá na Ordem, aquele Hospital Ordem dos ... Na Quinta da Boa Vista, que acabou. Aí acabou porque faliu o hospital, aí os médicos foram lotados em outras unidades.

MC - Na época que o senhor entra no IAPC, como é que está a situação da assistência médica dentro do IAPC? Porque parece que o IAPC era um dos Institutos que tinha melhor assistência médica.

NA - É. Então, vamos pegar: o ambulatório do IAPC... Eu trabalhei no ambulatório do IAPC, em Niterói durante sete anos, que era no centro de Niterói. Era um ambulatório vertical, mas que tinha todas as clínicas, raios-X, farmácia, tinha tudo isso. E as internações eram numa casa de saúde contratada. No Rio de Janeiro o IAPC começa na Avenida Rio Branco, aquele prédio da Avenida Rio Branco, um grande ambulatório ali na Avenida Rio Branco, e mais tarde, o primeiro grupo de concursados do IAPC, e se não me engano, se tem isso uns 40 e poucos anos, trabalha, é colocado no Nossa Senhora das Vitórias, hoje é Posto de Urgência Voluntários da Pátria. E um outro grupo aí é cirurgia de mulheres. E a cirurgia de homens vai para os Hospitais dos Acidentados, depois eles compram... O IAPC compra esse hospital, que era uma casa de saúde que não chegou a entrar em funcionamento, o IAPC compra e expande, e cria então, pega o núcleo do Hospital dos Acidentados na Rua do Resende, e dessas... Nossa Senhora, aqui da [rua] Voluntários da Pátria, e traz para cá. Então, começa então a nascer a assistência médica do IAPC. Como esse grupo de profissionais era da primeira linhagem técnica, inclusive...

Fita 3 - Lado B

NA - No início de uma carreira universitária, esse hospital foi muito procurado na sua qualificação na área da cirurgia. Mas, foi aqui que iniciou a cirurgia cardíaca, foi aqui que se desenvolveu a cirurgia gastroenterológica, a cirurgia vascular periférica teve um grande desenvolvimento, em caráter institucional, foi no IAPC com o Edmar Fontoura, que fez várias e formou muita gente. Mas era um hospital muito elitista, não era assim, um hospital aberto. O IAPC tinha uma boa qualidade de assistência médica, o problema era o acesso. Mas era uma categoria profissional que também corria por conta de uma classe média baixa.

MC - Era difícil o acesso até para o próprio comerciário?

NA - É. Realmente era pequeno. Aí o IAPC começa um grande programa naquele grande ambulatório São Francisco. Aquele ambulatório que tem na rua...

MC - São Francisco Xavier?

NA - São Francisco Xavier. Ali é um ambulatório, o primeiro grande...

MC - Era um hospital?

NA - Não, aquilo era um ambulatório, que deveria ser construído atrás de um hospital, que é grande, um vastíssimo do IAPC, um hospital com capacidade de trezentos leitos, e um posto do SAMDU, lá também. Aquele ambulatório, que é ambulatório arrojado na sua planta física, com escada rolante, não sei, 300 ou 400 consultórios. Para você ter uma ideia hoje eles fazem, se eu não me engano, 10.000 a 12.000 consultas diárias. São Francisco Xavier. Você entra no pátio do São Francisco Xavier é um...

MC - Aquilo é um espaço gigantesco!

NA - No pátio do São Francisco Xavier é um ponto de encontro da população que vai para fila, e tudo isso. Porque ir para o hospital, para fila do hospital é muito importante, principalmente para mulher. Isso eu aprendi muito em Deodoro. Cinco horas da manhã, aquela luz bem amarela, de pouca voltagem, aquele barulho de fazer comida, da frigideira, o marido e o filho davam no pé, para ir trabalhar às cinco horas, aí depois a mulher se arrumava, pegava o filho, levava no SAMDU e ia procurar o ambulatório do seu instituto. Que as relações sociais para a mulher da fuga, da monotonia, também se fazem em nível dessa relação dos grandes conglomerados de assistência médica, e lá, vale a pena na área de sociologia, pesquisar essa parte do movimento. É uma população que percorre diariamente o São Francisco Xavier, muito grande. O ambulatório que tem todas as especialidades, mas o plano era esse, fazer lá. Mas aí, negócio de sair da Zona Sul para São Francisco Xavier já começa mexer com os interesses dominantes do médico, isso...

MC - Doutor Nildo, o senhor entra em [19]57 no IAPC, o IAPC já tem assistência médica, tem até um concurso público, já tinha vários concursos públicos, se não me engano. Até o Doutor Murilo Vilela Bastos...

NA - É, isso.

MC - Coloca que ele entrou em [19]45, [19]46, não sei...

NA - É.

MC - No IAPC. E aí, colocou que o que o motivou mais para fazer esse concurso, era o salário que na época ele trabalhava num hospital, hospital psiquiátrico, alguma coisa assim, e o salário do IAPC era o dobro, o triplo...

NA - Sim.

MC - Uma coisa assim, e, na época também, que ele fez esse concurso, em [19]45, a qualidade dos médicos era o que havia de melhor no Rio de Janeiro. O senhor entra no IAPC em [19]57. Naquele momento ainda se mantém esse quadro da qualidade dos médicos, e também dos salários?

NA - Já. Vai pelo seguinte: porque o Paulo Márcio Garcia foi concursado, junto com o Zé Hilário, junto com o Lucio Galvão, tirou o terceiro lugar, e era daquele prodígio, primeiro aluno da faculdade, primeiro aluno disso, primeiro aluno do concurso. Vem cá...

MC - O senhor estava falando da...

NA - Primeiro o seguinte: claro que os quadros de concursados da Previdência Social, seja IAPC, seja marítimos, seja IAPETC, seja IAPI, foram sempre da melhor linhagem técnica. O que eram? Eram médicos voltados para área de ensino, que ganhavam menos, e o instituto pagava mais. Que largaram, alguns até largaram para se dedicar à medicina. Mas então, exemplo disso, nós temos o Zé Hilário, o Lucio Galvão, o Murilo Villela Bastos, na época que fez o concurso, e uma série deles, o Alvarez de Bonsucesso, um grupo, a melhor linhagem técnica. Porque também já tinha uma característica, o médico da universidade do Governo Federal, ele não tinha vergonha de dizer que era médico da Previdência Social, ele desenvolveu nos hospitais da Previdência Social a mesma mentalidade dos hospitais universitários, na busca de pesquisa, na busca de desenvolvimento tecnológico, e tudo isso. Então, a qualificação em Niterói também, Niterói teve a melhor linhagem de profissionais, através da área do mercado existente, que também não era grande, porque a expansão das escolas médicas não tinha se dado, e o número de médicos era absorvida dessa forma. E o SAMDU melhorava o salário dos professores, quando o cara arranjava a contratação para trabalhar no SAMDU. Então, você tinha realmente, pessoal de melhor nível dando plantão no SAMDU, que era o da universidade, porque o salário do SAMDU, e o salário da Previdência, correspondia na época, o salário do coronel. Hoje que é o salário correspondente de cabo ou de sargento, mas correspondia aí. Então, a procura era grande. O Murilo foi um deles, abandonou o Ministério da Saúde para vir para Previdência Social. Então, você tem realmente essa linhagem dessa instituição.

MC - Ou seja, na época a Previdência era um órgão que pagava bem...

NA - Pagava bem.

MC - Ao médico.

NA - Pagava bem ao médico.

MC - Agora, como o senhor está colocando a expansão do IAPC na área da assistência médica, parece que começa no final dos anos [19]50, com...

NA - Sim, começa a expansão do IAPC em nível... Quando houve a unificação do Estado do Rio de Janeiro com a Guanabara foi em?

MC - Em [19]75.

NA - [19]75. Então, veja bem: a expansão, o ambulatório de São Francisco Xavier é o macro ambulatório da Previdência Social, é o maior ambulatório que tem o Rio de Janeiro. Só tem um igual ou maior que o São Francisco Xavier, o de São Paulo.

MC - E foi construído em que época?

NA - Ele começou uma construção, se eu não me engano, [19]40 e poucos.

MC - [19]40 e poucos.

NA - Porque aí era um terreno que...

MC - Sei.

NA - Trabalho muito grande, de avançar, agora, a ideia inicial era fazer o ambulatório de massa, a retaguarda o hospital, e o posto, aonde já se discutia na Junta Consultiva, ter um posto do SAMDU lá.

MC - Doutor, o que é interessante é o seguinte: agora, quer dizer, o senhor fica sete anos em Niterói, depois vem para cá e assume a direção do Hospital de Ipanema. Eu queria saber o seguinte: quer dizer, o Hospital dos Comerciários se localiza em Ipanema. Por exemplo, quando a gente pensa nos bancários, a gente até pensa Lagoa, tudo bem, porque bancários, classe média, e tal. Mas naquela região, naquela época já não tinha essa bola que tem hoje. Mas como é que fica a situação dos comerciários...

NA - Aí, vamos pegar o que era Ipanema na época em que esse hospital foi feito, nada disso existia...

MC - Porque o senhor discrimina a sua época...

NA - Não, eu estou dizendo, então, quando foi comparado à casa de saúde, se eu não me engano, Casa de Saúde Lambari, é uma casa de saúde de 60 leitos.

MC - Isso foi em que ano, o senhor se lembra?

NA - A Casa de Saúde, a inauguração daqui, se eu não me engano, é [19]53.

MC - A inauguração desse hospital em [19]53?

NA - É. Não, não existia, aqui essa área de Ipanema... O hospital do IAPC se localiza na Rua Antonio Parreiras, em Ipanema, que é o limite entre Copacabana e Ipanema. Sendo uma rua estreita com um morro atrás, que é o Morro do Pavãozinho, sendo que essa rua na verdade existiu uma casa aqui, aquela casa antiga ali, se eu não me engano, era do Juraci Magalhães, e o início dessa casa de saúde, e nada mais, não tinha construção nenhuma. Inclusive na casa de saúde tinha um terreno baldio, não só dos dois lados da Rua Antonio Parreiras, correspondente ao hospital, como também até o que é hoje a telefônica. Aí o pessoal lutava muito para que o IAPC comprasse até a esquina, sequência do Barão da Torre, aquela rua que sai daqui do Barão da Torre para...

MC - Teixeira de Melo?

NA - Essa ruazinha aqui?

MC - É Jangadeiros...

NA - É Jangadeiro, essa Jangadeiros. Então, o que é o atual hospital até o Jangadeiro, então, criaria um grande hospital, mas eles não compraram, e ficou um terreno baldio. Já na época da unificação em [19]67 começa em [19]66 a construção da unidade de paciente externo, que é o ambulatório, que é aqui ao lado que vocês veem. Então, o hospital aí houve a expansão imobiliária e se perdeu.

MC - Mas na época aqui era barato?

NA - Não, aqui não tinha muito, não tinha nem construção na época. Mas a ideia inicial, a construção, a compra da casa de saúde para cá, e depois a expansão para Ipanema, eu acho que foi um problema de interesses lá do IAPC, ou de oportunidade, ou falta de uma visão técnica mais adequada. E o que a ideia é mais tarde, por isso que eu tenho na dúvida se o São Francisco Xavier começou antes, ou depois. A ideia era São Francisco Xavier, não, São Francisco Xavier começou antes. A prova é que ao se colocar o Hospital do IAPC aqui, não se expandiu lá. Parece-me que a correlação, agora, me parece que isso foi tudo um processo sem nenhuma visão técnica. A expansão do serviço se fez, e tem se feito no Brasil sem nenhuma avaliação adequada. A única coisa que eles analisaram, e hierarquizaram que eu conheci foi realmente o SAMDU, porque tinha uma unidade em cada bairro, ou perto, os bairros populosos e geralmente ele usava uma casa dessa e alugava o Posto do Méier, até pouco tempo o posto do Méier era um antigo SAMDU.

MC - Doutor Nildo, eu queria voltar um pouco antes, que eu não estou querendo entrar nessa parte mais de [19]64 para cá. O senhor atuou no SAMDU, eu queria fazer uma relação entre essa atuação do senhor no SAMDU e a sua atuação política, ou a consciência política desse período, que vai, começa em [19]52, e vai até hoje. Como é que o senhor vê, quer dizer, em que sentido a atuação como médico do SAMDU, isso fez com que o seu posicionamento político mudasse ou não, ou fortalecesse. Com as ideias que o senhor tinha se consolidassem.

NA - Bem, eu sempre fui voltado para o processo da área social. Inclusive o partido a que eu pertencia foi o único partido que eu pertenci foi o Partido Socialista Brasileiro, na época do Hélio de Lima, João Mangabeira, Dante Costa, e o J. G. de Araújo Jorge, e outros. Daí em diante eu voltei, me voltei exclusivamente para área institucional, a área pública. Quer queira ou não, o processo revolucionário, se você pegar de [19]64 até [19]68, a coisa estava num processo muito mais voltado a um processo de anticorrupção, antiJango, anti-isso, mas sem maiores intromissões na área maior. Quando o que se marca de [19]68 é na verdade, já um outro processo mais de cassações, do diabo. E houve sempre a Revolução de [19]64 para cá, a minha visão crítica, é que a gente sempre pode falar contra ou a favor do serviço médico, meter o pau no serviço médico era a tônica de todos os grandes líderes políticos na área médica: Arouca, Hésio Cordeiro, Carlos Gentile de Mello, todos tiveram sempre a expansão disso, de fazer todo o processo crítico da Previdência Social e do Ministério da Saúde. Você pega o artigo do Gentile desde os primeiros, até o final, ele sempre foi o grande crítico da má política da assistência médica, da expansão da assistência médica, contra a política dos institutos, a política da unificação, a forma da unificação, a mudança do INAMPS, a desarticulação com o Ministério da Saúde. Então, o que nós podíamos realmente falar era contra a assistência médica, o Ministério da Saúde, e música popular brasileira. Não mexer na outra área, isso não tinha a maior importância. Então, o que acontece? Eu começo a transar bem, nesse processo. Inclusive o Gentile, que foi preso na Revolução logo já em [19]64. Porque ele era o chefe do gabinete do Lauro Dornelles. Em [19]67, eu trago o Gentile para ser meu

assessor, e ele ficou comigo até o final, ele ficou comigo até ir para o Ministério da Saúde, e ia ao Instituto Nacional do Câncer, que eu fui fazer a cogestão, quando em [19]82, ele foi comigo. Mas na verdade eu não podia dar ao Gentile, e não dei aí, uma função gratificada. Mas Gentile podia escrever tudo, e escrevia! Então, esse processo, se passa muito mais, perpassa aí por uma certa, porque era uma válvula de escape. Quer dizer: Previdência Social, assistência médica, música popular brasileira, era a válvula de escape da chaleira. Se eu não tenho um bico da chaleira saindo fumaça, a chaleira explode. Então, o que funcionava na Previdência Social, 1967, a expansão dos serviços, a expansão desordenada do serviço da assistência médica, a nível Brasil, através já do INPS, que é a expansão em todo território nacional. A expansão das escolas médicas nada mais é do que uma diminuição de tensão social. Valendo-se naquela época e equivocadamente, que era uma distribuição de renda, como se serviço, você distribui renda. Mas na verdade essa era a linguagem do poder dominante.

MC - Uma outra questão aí, com relação ao posicionamento político do senhor, a sua atuação. E que o senhor diz no começo da entrevista, que o senhor era antigetulista e passou a ser getulista. O que aconteceu para que o senhor?

NA - Porque eu detesto ditadura. E eu vivi o Getúlio, a minha época de Getúlio, é a época de Getúlio, do Golpe de [19]37, não é isso? Da implantação do Estado Novo, do processo populista. E, afinal de contas, a gente se fosse levar historicamente o que desapareceu gente nesse país, não está, não é para contar. Mas na verdade quer queira ou não, a história nos diz que o Getúlio foi um dos caras nacionalistas que deu um grande desenvolvimento nacionalista brasileiro. Que foi o grande desenvolvimento da Petrobrás, de Volta Redonda, e um caráter nacionalista brasileiro, isso nós temos em mente esse processo do Getúlio.

MC - Mas como é que se dá essa passagem aí?

NA - Essa passagem se dá no momento depois do suicídio do Getúlio. Aí ele no suicídio do Getúlio, a carta testamento a gente começa a refletir, que o poder dominante, o sistema, quer dizer, a chamada UDN, leva a tudo isso. Porque afinal de contas, nós chegamos a [19]64 não foi à toa, nós chegamos a [19]64 em função do próprio suicídio do Getúlio, e a vitória do Jango, e a renúncia do Jânio, e a vitória do Jango.

MC - O senhor pegou dois períodos do Getúlio, o senhor pegou o Estado Novo, e pegou um outro período, quer dizer, um outro período já como médico, e atuando numa área importantíssima politicamente. Como é que o senhor vê esse momento, que era no segundo governo de Getúlio Vargas?

NA - Eu vejo...

MC - Como o senhor vê em relação ao primeiro?

NA - O segundo eu vejo, na verdade, o Getúlio Vargas voltado para a área social, para a área do desenvolvimento industrial, vejo o período do Getúlio Vargas, se pode dizer de alguns que era um populista, mas na verdade um populista, mas com uma base na população muito grande. Era realmente um carisma dentro da população. E o desenvolvimento e tudo isso veio desse período. Período não só na área da institucionalização do setor saúde de assistência médica, é isso que se marca também, que

é então, que é o problema do poder das classes corporativistas da esfera das ações, dos empregados, não do empregador, mas do empregado, das instituições, que chega para Lei Orgânica de 1946. Tudo isso é o sentido do social do Getúlio Vargas voltado para o processo social. Que o Jango desenvolve isso em termos maiores. Mas quer queiramos ou não, a evolução, um dos marcos é esse. Não sei se vocês estão concordando ou não, mas me parece que a gente pega, vai marcando. A Previdência Social, a expansão da assistência médica da Previdência Social, não falo assistência médica de seguro, não falo assistência médica daquela época até [19]67, que era uma assistência de capitalização, e não de repartição. Mas se sentia a necessidade por pressão dos grupos, dos empregados, as corporações, os sindicatos, a CGT, havia um grupo, para que o trabalhador não fosse mais rotulado como indigente. Essa me parece que é um ganho político, com o claro evidentemente, com o PTB. Parece-me que isso fica muito claro, e o SAMDU é o exemplo típico, ele foi adiante porque todo diretor do SAMDU era um diretor ou ligado ao Getúlio Vargas, ou ligado ao Jango.

MC - Eu acho que a gente pode dar uma parada por hoje...

Data: 28/01/1987

Fita 4 – Lado A

MC - Nós estamos aqui no Hospital da Lagoa, no dia 28 de ...

NA - Não, Hospital de Ipanema.

MC - Hospital de Ipanema, dia 28 de janeiro de 1987. Entrevistando o doutor Nildo Aguiar. O nosso segundo encontro, para o Projeto Memória da Previdência Social, com os pesquisadores Marcos Chor Maio, Nilson Moraes e a estagiária Andréa.

NM - Doutor Nildo, no encontro do dia 13 de janeiro ficou a sensação de que o SAMDU é um pouco mais do que uma sigla. Que o SAMDU é uma instituição complexa, de importância política médica social bastante grande. Então, nós gostaríamos de aprofundar um pouco as perguntas sobre o SAMDU, sobre o funcionamento cotidiano do SAMDU. Por exemplo, o senhor nos falou numa rápida passagem, que existia um centro de estudos no SAMDU. O que era esse centro de estudos, o que se estudava nesse centro de estudos?

NA - Bem, o SAMDU, como uma comunidade de serviços de todos os IAPs e Caixas de Aposentadorias, ele veio na verdade como deve ter já registrado, encher um vazio, que era o problema da assistência médica de emergência, de urgência e emergência. Na verdade, os institutos fizeram com cada Secretaria de Estado e Secretaria Municipal de Saúde, o atendimento chamado Atendimento de Urgência e Emergência. Que nenhum instituto na verdade estava montado para o atendimento da urgência, quer dizer, os ambulatórios dos institutos do IAPs funcionavam durante o horário de trabalho, e os hospitais também. Não tinha a chamada emergência, como hoje se caracteriza em todos os hospitais da Previdência Social. Então, o SAMDU nasceu como assistência médica domiciliar e de urgência. Essa instituição inicialmente teve um ímpeto maior da década de [19]50, e como uma instituição que envolvia um comando médico, ele começava a se

criar o centro de estudos, um órgão central, e o centro de estudos também em alguns PAMs*. Mas sempre o Centro de Estudos voltado para o crescimento da área médica, era o Centro de Estudos tradicional. Inclusive, houve uns dois ou três congressos, que o SAMDU organizou, patrocinado pelo SAMDU, através do seu Centro de Estudos e envolvendo principalmente o atendimento domiciliar, o atendimento de urgência.

MC - Parece que o Centro de Estudos era uma característica de todos os hospitais ligados à Previdência Social. Quer dizer, tinha um centro de estudos também do Hospital dos Marítimos, agora o Andaraí, Hospital Lagoa. O senhor tem uma ideia da origem do Centro de Estudos, essa ideia?

NA - A existência do Centro de Estudos dessas unidades, ela nasceu praticamente do desejo da comunidade médica, de se reunir, e apresentar trabalhos, envolvimento, desenvolvimento científico, tudo isso, que é natural de qualquer comunidade médica. O Centro de Estudos existiu não só nos hospitais, ele existiu também nos ambulatórios, principalmente ambulatórios do IAPC, ambulatórios do IAPETC, os ambulatórios das Caixas, sempre a comunidade médica se reunia nesses centros de estudos.

MC - Os debates que havia nos centros de estudos eram basicamente voltados para a área médica?

NA - É, muito mais voltados para a área médica.

MC - É porque parece que o centro de estudos era assim, seguia modelos americanos de cada hospital ter, ou cada ambulatório ter o seu centro de estudos, parece que era trazido por experiência americana. Não? O senhor não se lembra...

NA - Acredito que não. Não, o centro de estudos era mais aquela comunidade médica se reunindo para discutir casos, aprimoramento. Na área científica, na área técnica.

NM - O senhor falou agora nos congressos do SAMDU. Quem participava desses congressos?

NA - Toda comunidade científica, às vezes de outros estados, que na verdade o SAMDU era constituído por médicos, que eram professores do Fundão, professores da UERJ, professores, médicos de boa linhagem técnica dos institutos, porque era chamado segundo emprego do médico, principalmente de maior prestígio. Então, o SAMDU teve nos seus quadros os profissionais médicos de melhor linhagem técnica. Apesar do exercício de uma medicina muito mais voltada ao atendimento primário, que era uma medicina domiciliar e de urgência. E os congressos que se faziam, os dois ou três congressos que o SAMDU fez, foram congressos voltados sempre para essa temática do atendimento de urgência e domiciliar.

MC - Em geral, nas entrevistas que nós tivemos com outros médicos ligados à Previdência, que atuaram na Previdência Social, ou que ainda atuam, parece que existe, quer dizer, nos depoimentos parece que existe uma relação entre a experiência da Previdência e o avanço de certos tratamentos, o próprio conhecimento sobre medicina,

* PAM: Posto de Assistência Médica.

quer dizer, até que ponto o senhor vê assim, uma relação, até que ponto a Previdência Social contribuiu para o avanço do conhecimento médico?

NA - Bem, então é, a verdade...

MC - Particularmente vendo a questão do SAMDU.

NA - Bem, a verdade é o seguinte: a Previdência tem um marco histórico. Quando ela começa na sua assistência médica, porque ela começa não só democratização do acesso da área de conhecimento científico, como ela também dá a grande oportunidade para os médicos que fizeram concurso, se desenvolverem nas atividades médicas. Que antes da Previdência Social, assistência médica da Previdência Social, o ensino médico é elitizado, estava na mão de muito poucos. E aqueles que entravam na carreira do ensino médico para terem o acesso era muito difícil. Para o exemplo, nós podemos citar alguns exemplos, por exemplo, professor José Hilário, professor José Hilário foi um dos médicos cirurgiões concursados, logo depois de formado, uma formação do Fundão, quer dizer, na Universidade do Brasil, uma formação no Miguel Couto, ele foi do Miguel Couto, termina o seu curso, faz concurso para o Servidor do Estado, passa em primeiro lugar e faz também um concurso para o IAPC e passa em primeiro lugar. Então, ele passa a ser o chefe do serviço. O que o professor José Hilário nessa época começa? Ele começa a desenvolver a cirurgia cardíaca no Brasil, quer dizer, a cirurgia cardíaca no Brasil, trazendo a Previdência Social, trazendo médicos estrangeiros e outros. Aqui no Hospital de Ipanema, fazendo o início da chamada cirurgia cardíaca. A mesma coisa com o Lúcio Galvão, hoje professor emérito. Então, o que se caracteriza, eu que convivi nas duas atividades, atividade na área de ensino, com Alfredo Monteiro, da Universidade do Brasil; e a outra mais tarde na Previdência Social, o que se nota é que a Previdência Social democratizou o acesso aos conhecimentos à área médica. Em função de que? Em função da demanda. Na medida em que a Previdência investia recursos, e contratava através do concurso os seus profissionais, e dando ali uma característica bastante singular, que enquanto os hospitais universitários ainda não estavam voltados para as outras categorias de saúde como: enfermeira diplomada, assistente social, a nutricionista, a Previdência Social já começa quando monta os seus hospitais, os seus ambulatórios, a dar oportunidade às outras categorias profissionais como a enfermagem, a nutricionista, as assistentes sociais. Enquanto que nos hospitais, ainda de ensino na época, era muito o médico, e os chamados atendentes, e não as outras categorias de saúde. Então, esse é um marco muito importante de que a Previdência Social entra como, não só absorção do mercado de trabalho das demais áreas dos profissionais de saúde, como também a democratização da área do conhecimento. Acabando com aquela, acabando não digo que acabasse, mas dando uma outra dimensão dos chamados a catedral dos titulares, a submissão dos assistentes, a submissão dos docentes era definitiva, para eles poderem ao longo de um determinado tempo conseguir um lugar ao sol. A Previdência Social através do concurso, ela preencheu essa lacuna, e deu oportunidade a esse grupo de médicos, que vieram se formar. Nós temos hoje, se nós pegarmos alguma lembrança: Marílio de Oliveira, um dos maiores radiologistas hoje do Rio de Janeiro, ele foi concursado, primeiro lugar de clínica médica, depois se dedicou à radiologia aqui nesse hospital, primeiro no ambulatório do IAPC, depois nesse hospital, e desenvolveu a Escola de Radiologia Médica, logo seguindo o que era, um processo de alguns, ele democratizou essa... E assim nós temos vários exemplos, Octávio Benjamim Torilho, de todos, se nós pegarmos todos hospitais, nós temos o IAPETC, o hospital mais antigo, nós temos as grandes figuras da medicina lá na Previdência Social, também ligado ao ensino médico.

MC - Diante disso, quer dizer, dessa explanação que o senhor fez agora, como é que o senhor vê esses congressos que foram feitos pelo SAMDU? Em termos do desenvolvimento da medicina, em termos de troca de experiências, o que o senhor se lembra assim, de que coisas que mais marcaram o senhor nesses congressos?

NA - Não, nesses congressos era realmente uma troca de experiências, era apresentar trabalho, apresentar experiência, apresentar estatísticas e essa troca de experiência, como é hoje todos esses congressos, sempre que se faz esses congressos na área científica, nada mais é do que uma prova de troca de conhecimentos. Sempre se esquecendo, foi sempre esquecido, como hoje é esquecido, o problema social, quer dizer, o que se caracteriza na verdade, enquanto que a Previdência Social dava ênfase à medicina social no seu sentido amplo, não havia na corporação médica esse espírito do seu papel social para a comunidade. Quer dizer, seu papel social no sentido de que a Previdência deveria se adaptar ao máximo às necessidades maiores da população, mas na verdade, o que a Previdência se adaptou foi ao interesse individual da corporação médica. Por isso o grande desenvolvimento nessa área de especializações. Mas trouxe de qualquer maneira, trouxe benefícios, e foi o benefício da democratização desses conhecimentos. Mas em nenhum momento a corporação se prende ao problema da medicina social. Em função de que até hoje o médico, ele não está imbuído da sua participação social. Ele ainda busca ser um profissional liberal. Até a postura dentro da instituição, é uma postura muito de profissional liberal, e não daquele profissional engajado numa instituição da população a serviço da população. Quer dizer, isso realmente tem mudado, mas ainda tem isso, porque ao médico ainda tem a ilusão, ainda tem o chamado “canto do cisne”, ele que ele vai vencer na atividade liberal.

MC - NO SAMDU isso acontecia, o senhor sentiu isso?

NA - Sim. Mesmo no SAMDU. Porque o SAMDU era uma atividade de plantão de 24 horas por semana.

MC - O senhor mencionou, de passagem, que a Previdência Social concebia, e ainda concebe a assistência médica de uma maneira mais ampla, incorporando aí a parte de enfermagem, e a parte de assistência social. O senhor mencionou...

NA - Assistente social, nutricionista...

MC - Nutricionistas.

NA - É, as demais categorias profissionais, e aí não falo na categoria técnica. Mas a Previdência Social quando começou a se organizar nos seus hospitais, começou a organizar os seus hospitais no sistema já das categorias profissionais, exemplo: o IAPC quando iniciou tinha aqui um grupo ainda daqueles enfermeiros até oriundos da Polícia Militar, e outros enfermeiros que ganharam o título, porque fizeram prova do exercício de enfermagem, sem ter habilitação da enfermagem, e por isso ganharam a sua classificação, que aqui era muito comum, ainda no 1711, na Lei dos Funcionários Públicos, que era o problema quando se fazia a prova do exercício de uma determinada categoria profissional, o sujeito tinha acesso àquela categoria profissional. Claro, evidentemente não nas categorias profissionais, isso não aconteceu na área médica, mas aconteceu na área de enfermagem, algumas pessoas não habilitadas na área de enfermagem tiveram a sua classificação como enfermeiras. Mas aí, no início desse

hospital, e de outros, houve então, o concurso, onde entrou então, os profissionais da área da saúde, da enfermeira, enfermeira da Escola Ana Néri, enfermeira da Unirio e outras escolas, como também da área da nutrição, e da área da assistente social. Então, aí já o esboço dentro de um hospital, ou dentro de um posto maior da assistência médica, já se caracterizava da equipe de saúde. Já no SAMDU não, no SAMDU nós trabalhávamos com pessoas que não eram habilitadas profissionalmente ao exercício da prática ou de auxiliar, ou de enfermeiros, era mais voltada para o processo médico, que era um pouco do que acontecia no passado. Mais tarde o SAMDU é que fez o seu concurso, já abrindo categorias profissionais da enfermeira, da assistente social, nutricionistas e tudo isso. Mas na Previdência Social é um marco histórico no panorama assistencial, na abertura das outras categorias profissionais.

MC - Eu queria me deter...

NA - Inclusive na administração hospitalar foi a Previdência Social que começou a desenvolver o problema da administração hospitalar, dando uma grande oportunidade a alguns médicos, a desenvolver esta experiência; e dando principalmente aos enfermeiros esta grande arma para a administração hospitalar, que isso se vocês levantarem aqui no hospital como exemplo, você encontra um percentual de 20%, 25% de enfermeiros com habilitação em administração hospitalar, que é feito pela UERJ, que é feito pelo [...] outras é Gama Filho. Quer dizer, então, nós temos esse marco da Previdência Social na formação e na abertura das categorias profissionais.

MC - E parece que uma delas, que é a categoria da assistente, da parte de serviço social, parece que foi muito desenvolvido, ou começou a se desenvolver a partir da Previdência Social, e particularmente no IAPC. O senhor se lembra assim, do trabalho que era feito no IAPC, na parte de assistência social? Porque nós tivemos na entrevista com doutor Moacyr Velloso Cardoso de Oliveira. E ele coloca que o serviço social começou com a Previdência Social, quer dizer, a Previdência Social fomentou muito essa parte.

NA - O serviço social começou nos ambulatórios da Previdência Social e das Caixas, dos Institutos, que na verdade, o serviço social funcionava como aquele elemento de ligação entre o doente, que precisava de um auxílio-doença, benefício, órtese ou prótese, e o serviço social funcionava com aquele processo de dar aquele atendimento ali. E principalmente também a assistência à família, que era uma das características também muito desenvolvida da Previdência Social, na área do serviço social.

MC - Particularmente no IAPC, o senhor lembra desse trabalho que era feito?

NA - Esse trabalho no IAPC, e esse trabalho também na área a Previdência Social, se desenvolveu muito no problema, na época da tuberculose, ele é da chamada e internação dos doentes por tuberculose. Ficava internado, 3, 4 anos, isso era muito comum, aí se desenvolve muito o serviço social, e o serviço social do IAPC sempre foi bom, como também era do IAPI, muito mais voltado para a área de benefício, para a área de auxílio, para a área de órtese e prótese, muito mais voltado para a área de benefício. Era o assistente social, serviço social de uma unidade funcionava como aquela, entre a ligação entre o que o médico não faria mais pelo doente, ou seus familiares, e o serviço social entrava aí no processo desse desenvolvimento.

MC - Doutor Nildo Aguiar, o senhor estava falando, e eu me lembrei de uma coisa. O senhor participou de algum momento do Sindicato dos Médicos? O senhor teve uma participação no Sindicato?

NA - Não. Eu sempre fui sindicalizado, mas nunca participei do Sindicato dos Médicos.

MC - Sim. Porque o senhor tem uma série de formulações sobre a condição dos médicos. A posição dos médicos, em termos de ação, em termos de consciência. E eu fico assim, pensando que a Previdência Social, ela ampliou e muito o processo de assalariamento, quer dizer, não foi a Previdência Social em si, todo o processo de desenvolvimento do capitalismo. E também a criação de várias agências na área médica. De certa maneira a Previdência Social, ela contribuiu com esse processo de assalariamento, não sei se o senhor concorda comigo. Mas, então, eu fico pensando assim, quer dizer, é uma categoria que tem em termos ideológicos, ainda aquele sonho de ser o profissional liberal, mas num processo rápido de assalariamento, como é que se refletia na atuação sindical, não sei se o senhor teve oportunidade...

NA - Na verdade, se nós levarmos em conta o número de médicos existentes, e o número de médicos sindicalizados, eu acho que ainda nós temos um percentual não adequado de médicos sindicalizados. Por quê? Porque os médicos são ainda no seu sonho da clínica privada, ele não tem, não aceita como um médico proletarizado, um médico assalariado, um médico empregado de uma instituição. Mesma postura dentro da instituição, assalariado, com baixos salários e tudo isso, ele na verdade, ele se coloca ali, que ele está ali como uma contribuição que eu poderia fazer uma imagem, que seria como os antigos, os professores, os médicos de grande clínica, que davam o seu tempo nas Santas Casas de Misericórdia, que seria o tipo de dar uma participação social. Que na verdade, não era, o que estava ali era o grande aprendizado deles, que era com os indigentes, que levavam para depois para a categoria do pessoal mais rico. Isso foi transportado um pouco para a Previdência Social. E houve uma beneficência da Previdência Social aceitando essa regra de jogo, deixando que a assistência médica se processasse no desejo quase individual da coletividade dos médicos num determinado setor, sem estar preocupado no problema da assistência médica adequada à população, ou a assistência médica hierarquizada, regionalizada, e que é hoje, ainda hoje o denominador comum do discurso continua: a necessidade de termos um sistema único de saúde, a necessidade da hierarquização, a necessidade da regionalização, mas que na verdade isso perpassa a corporação.

NM - O senhor se lembra da greve de 1953, e da greve de 1954?

NA - [19]53 foi Juscelino?

MC - Não.

NM - Getúlio Vargas.

NA - Não, a de Juscelino é que... Quando foi Juscelino?

MC - Foi a partir de [19]56?

NA - [19]56 foi a grande greve, [19]56 que ficaram de frente do Palácio do Catete, de vela na mão, na vigília para a passar para a letra "O". Era a última, os médicos passariam

para a letra “O”, a última categoria do funcionário público, e correspondendo ao salário a coronel. Essa foi a grande ... [19]50 e...?

MC - Letra “O”? Quer dizer, parece que foi antes a greve...

NA - Não, foi no...

MC - Foi na época do Juscelino?

NA - Juscelino. As demais greves que houve, isso na época do Getúlio, [19]53, [19]54 realmente muito pouco significativas.

NM - Doutor, quando nós trabalhamos juntos a algumas instituições na área de saúde, nós sentimos uma certa dificuldade ainda de relacionamento entre alguns setores, e até entre algumas categorias. Por exemplo: é muito comum às vezes nós escutarmos reclamações de enfermeiros, reclamações de psicólogos, em relação com a convivência com o corpo médico de algumas instituições. Isso era comum no setor privado, ou era também comum no setor estatal?

NA - Na verdade, o médico é um grupo de poder hegemônico, ele é difícil de entender dentro de um hospital, que existe o profissional de saúde correndo paralelo numa mesma finalidade, com definições bastante definidas, de que o trabalho de equipe, no máximo ele pode ser um núcleo central da decisão médica, mas na verdade, depende da enfermeira, depende da psicóloga, depende do administrador, depende da assistência social, depende... Mas ainda não se incorpora no nosso meio a participação desses outros profissionais nas decisões técnicas do hospital. Eu tenho como exemplo, que agora recentemente assumindo a direção do hospital por eleição, eleição essa que eu nem compareci aqui ao hospital, fui eleito sem vir aqui o hospital, com nove candidatos. Quando eu criei o Conselho Técnico Consultivo Multiprofissional, houve alguns comentários que eles achavam, os médicos achavam que não caberia num conselho botar médicos, enfermeiros, e assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos. Porque aquilo é, aquela idéia do poder hegemônico, da decisão médica não poder ser discutida com as outras categorias profissionais. Isso é um reflexo de um passado, que ainda não acabou, como o SAMDU acabou em [19]67, mas a gente ainda encontra aí no interior, e mesmo no Rio de Janeiro: “Olha, vai no SAMDU”. Quer dizer, as coisas terminam, mas a história continua. A mesma coisa ainda não há incorporação, se faz o discurso da incorporação, mas não se faz o discurso da prática. E eu tenho muita experiência nisso, porque eu fui um dos primeiros diretores que coloquei como administrador aí do hospital uma enfermeira diplomada, que ao assumir agora, eu coloco como assistente uma enfermeira diplomada, quer dizer, uma enfermeira com qualificação não só em administração, como também na área de coordenação, e da técnica. Na verdade, ainda existe esse ranço do médico, senhor absoluto da assistência médica. Quer seria então, já na área do Ministério da Saúde, com quem eu tive alguma participação, as coisas... Não passou por aí. O Ministério da Saúde é muito mais, se verifica muito mais a participação das outras categorias de saúde, como trabalho em conjunto inclusive, de economistas, inclusive de estatísticos, inclusive de sociólogos.

Fita 4 - Lado B

NA - Que trabalham ombro a ombro sem essa ideia muito diferenciada, mas os cargos continuam a ser privativos dos médicos. Esta perpassa muito, ainda tem esse processo. É justificado isso também, porque se nós pegarmos o INAMPS, Brasil, nós temos 33 mil médicos, contra os 7.400 enfermeiros diplomados, e 11 mil auxiliares de enfermagem. É uma pirâmide invertida dentro de um processo, quer dizer, isso perpassa muito por aí. A tua formação qual é?

MC - Eu sou sociólogo.

NA - Sociólogo. Você?

NM - Também.

NA - Também. Então isso é muito difícil, vocês compreenderem o que se passa na verdade dentro desse processo. O médico ainda continua pensando, na realidade a verdade não é essa. Mas ele continua pensando que ele é a decisão de todo o processo da área médica. É disso... Envolve toda uma história, toda uma história da área da prática médica. Não é à toa que o handman é um dos caras aí, que está sempre...

MC - Criticando?

NA - Sendo criticado, e criticado sendo julgado, quer dizer, na verdade esse poder hegemônico da classe médica, é uma realidade latente, e presente.

MC - É voltando um pouco aí. Não sei se o Nilson quer continuar? Voltando um pouco aí, para a questão do SAMDU: o senhor mencionou na primeira entrevista, que o SAMDU tinha uma Junta Consultiva, eu gostaria de saber, qual era assim, o poder de decisão e quais eram as atribuições mesmo...

NA - A Junta Consultiva do SAMDU era representada por todos os diretores de departamento de assistência médica dos institutos, ou seus delegados. Então, na Junta Consultiva se decidia o processo da assistência médica, um processo de como se fazia o processo de articulação entre os institutos. E o Conselho Fiscal, então esse era do DNPS – Departamento Nacional da Previdência Social – onde tinha a participação de representantes: empregados, empregadores e governo.

MC - Quer dizer, a Junta Consultiva poderia ser chamada...

NA - Era constituída...

MC - O órgão máximo de poder dentro do...

NA - Não. Era o órgão máximo de poder na área que traçaria uma política...

MC - De assistência médica?

NA - De expansão e de assistência médica. Era a Junta Consultiva do diretor geral do SAMDU.

MA - Sim. Agora, um outro aspecto é que o senhor deu uma entrevista para o doutor Hésio Cordeiro, em 1980, se não me engano, em [19]79, e o senhor fala nessa entrevista sobre as formas de pagamento. Como é que era essa relação entre, quer dizer, o SAMDU, e como é que se pagava o SAMDU?

NA - Não. Inicialmente o SAMDU era pago por atendimento. Os institutos pagavam por segurado atendido.

MC - Sim.

NA - E isto foi durante algum tempo, até que há uma decisão em termos de Ministério do Trabalho, governo, aonde os institutos passariam a dar uma contribuição, se eu não me engano na época, de 2% da arrecadação da assistência médica para o SAMDU, aí é que na verdade o SAMDU se expande, o SAMDU cria realmente, cria-se uma instituição, aí entra o papel do Laranja, que consegue estruturar o SAMDU no governo, na linha institucional. Mas até o período, enquanto não foi decretado a parte do desconto dos IAPs e das Caixas para o SAMDU, que correspondia a esses 2%, as coisas não se passavam, passava-se por pagamento de atendimento.

MC - E isso limitava a expansão?

NA - Não, não limitava, isso até expandia. Porque aquele velho problema do Gentile. O que o SAMDU fazia? A mesma coisa que fazia o setor privado. Então, o chefe da equipe chegava para a gente, e dizia o seguinte: “Olha, está difícil, o dinheiro está pouco, tem que fazer mais atendimento”. A gente chegava na casa do doente fazia três boletins, quatro boletins. Quer dizer, é o velho problema, o pagamento por unidade de serviço, é o fator incontrolável de corrupção. Na própria instituição a gente tinha esse processo, que o SAMDU, o Gentile repetia muito isso. Quer dizer, é a mesma coisa que o bombeiro pagar por apagar incêndio, ou o juiz ganhar por anos de pena que ele desse, já pensou o que seria? Então, na verdade... Por isso que o SAMDU tem essa fase, e tem uma fase da hora da institucionalização dele, dele instituição fazendo parte da comunidade de serviços, e os institutos já descontando obrigatoriamente os 2% da assistência médica. Aí a Junta Consultiva tinha um papel fiscalizador, e acompanhando a aplicação desse recurso.

MC - O senhor acha que essa passagem do pagamento por unidade de serviço para a percentagem por instituto foi devido a esse fator incontrolável de...

NA - Não, isso foi devido ...

MC - De corrupção?

NA - Não, porque aí não era, aí nós não poderíamos falar de corrupção, porque na verdade era uma instituição, o médico não ganhava mais, nem menos por isso. Era uma instituição que estava querendo se firmar, era uma instituição que era aceita por alguns, mas não aceita por outros institutos. Então, na verdade quando desapareceu, os institutos deixaram de pagar ao SAMDU, órgão, não ao médico, não para o sistema parecido com a unidade de serviço, mas que era chamado pagamento por atendimento, aí a coisa muda, ele começa então, a se incorporar ao sistema do Departamento Nacional de Previdência Social, e do Conselho Superior de Assistência Médica da Previdência Social, que tinha dois

conselhos. Tinha o conselho, o Departamento Nacional de Previdência Social e o Conselho.

MC - Doutor Nildo, parece que a primeira tentativa de comunidade de serviço foi realizada no Hospital do IAPC.

NA - No Maranhão.

MC - No Maranhão. O senhor poderia falar um pouco sobre essa experiência. O senhor conhece?

NA - O IAPC começa a montar um hospital, a construir um hospital, um grande hospital geral na cidade de São Luiz do Maranhão, mas já com a ideia de comunidade de serviço. Era para servir todas as instituições, todos IAPs, e todas Caixas. Coisa que esse hospital acabou de ser construído, se eu não me engano, em [19]79, [19]78, [19]79.

MC - Isso me lembra uma outra questão, que é a seguinte: construir um hospital em São Luiz, quer dizer, a que o senhor atribui construir esse...

NA - Isso foi...

MC - Uma questão política mesmo?

NA - Foi a questão política, e a expansão da assistência médica, porque enquanto o Rio de Janeiro foi o Distrito Federal, aqui estava o Governo Federal, se expandiram todos os grandes serviços da Previdência Social, que não se repetiu isso em termos dos estados, a não ser o IAPETC e os Marítimos, que você tinha lá em Recife, na Bahia, em Florianópolis. Qual é aquela cidade? Onde os navios param lá, que é, não sei o que do Sul, tinha lá um hospital também, que era do IAPETC. E o IAPC que fez alguns hospitais, esse daqui do Rio, um de São Paulo, e um em Rio Grande do Sul. A expansão realmente dos serviços médicos começa na unificação dos institutos, foi o SAMDU. O que foram criados no resto dos estados, e no interior do estado pelo processo, também com grande poder político, principalmente do PTB, era na verdade colocar no interior dos estados, das capitais, o SAMDU, foi quando em [19]64, eu fui fazer o concurso, eu fui para a Belém do Pará fazer o concurso de todas as categorias profissionais para criar o SAMDU em Belém do Pará, em Manaus. Porque o resto, o Sudeste já tinha uma boa rede do SAMDU, inclusive no interior, que era o reduto eleitoral do PTB.

MC - É. Mas quando o senhor fala que o hospital só foi finalizado em [19]79...

NA - Não, ele foi em [19]78.

MC - [19]78?

NA - [19]77, [19]78.

MC - Ele começou a ser construído quando? Quando é que ele estava em funcionamento?

NA - Eu acho que ele começou foi em [19]67, [19]68.

MC - Mas aí já é a unificação...

NA - Não, mas o IAPC começou na ideia da comunidade de serviços, já em construção do hospital do IAPC, mas na verdade esse hospital era um grande hospital. É um hospital muito grande lá em São Luiz, quer dizer, um hospital geral, que com vários blocos: maternidade, hospital geral, pronto socorro. Ele começou num período antes da unificação, e término, acho que terminou, não tenho certeza, mas deve ter terminado mesmo, e colocado em funcionamento no período de [19]78 em diante.

NM - Doutor Nildo, nos anos [19]70, final dos anos [19]70, dentro da Previdência Social correu uma ideia de reorganização do padrão arquitetônico de alguns postos de atendimento, de assistência médica. No caso do SAMDU, como ele vinha construindo diversos postos, estendendo numericamente, fisicamente esses postos, existia uma ideia de padrão de arquitetura para esses postos?

NA - É. Isso houve em 1964, [19]63, [19]62, [19]63, [19]64 aquela construção pré-moldada, até se não me engano era da Melomac, eram postos pré-moldados, que colocados nas regiões. Na verdade, o que o SAMDU tinha por hábito era alugar uma determinada casa, e montar um posto.

NM - Esse posto mais ou menos era composto de que?

NA - Era um posto de atendimento ambulatorial, consultórios, e repouso. Se você for aqui no Posto Voluntários da Pátria você pega um posto no molde, mais ou menos, do SAMDU no Campo Grande, lá na Penha, aquela coisa desordenada, era mais ou menos o que era o SAMDU. Já a ideia desse período, se faz então, os chamados pré-moldados. Que lá em Teresópolis até hoje tem um posto PAM do INAMPS em Teresópolis, era o antigo posto do SAMDU. A expansão arquitetônica se fez muito mais em termos, na década de [19]70, é a parte ambulatorial e hospitalar. Os hospitais novos estão se construindo muito poucos hospitais. A expansão da rede hospitalar se fez na rede própria, com o Luiz Seixas, que ele comprou vários hospitais, mas já eram hospitais arquitetonicamente adequados a hospitais, e ele comprou e cresceu a rede hospitalar, e depois houve as modificações. O exemplo, o Hospital de Laranjeiras, que era a antiga Casa das Comercárias, em que seria aquilo um hospital de clínica geral, mas depois se transformou em hospital de Cardiologia. Aonde o marco de um, da compra de um hospital pelo instituto, arquitetonicamente montado, nós temos o IAPETC, construção do IAPETC, que na época era o modelo arquitetônico multiparelhonar; e o Hospital da Lagoa mais moderno, que era do Laerot, que depois foi vendido para Hospital dos Bancários.

NM - Doutor Nildo, quando nós falamos, o senhor mesmo citou o caso da opinião pública, diante da opinião pública o SAMDU ainda está vivo. Isso aparentemente mostra que o atendimento do SAMDU, pelo menos era simpático à opinião pública. Mas o senhor como médico, como administrador hospitalar, que tipo de avaliação o senhor faz hoje dos serviços prestados pelo SAMDU?

NA - Eu acho que os serviços que o SAMDU prestava eram inestimáveis à população, dentro daquele princípio básico, perto, próximo, e com medicamentos. Que era isso que caracterizava o SAMDU, era o SAMDU regionalizado nos bairros, regionalizados também nos municípios; encontra aquele atendimento em casa, nas residências, e também no posto, que era atendimento: perto, próximo e com medicamento. Que na verdade

resolvia 80% dos casos. O problema do SAMDU começa também, aí é outra participação do SAMDU, é quando o auxílio natalidade começou a ser pago quando o parto era feito pelo uma unidade credenciada pelos IAPs, ou o SAMDU teria que participar disso. Na verdade, nós íamos atender muito chamado era para a chegar ou fazer o parto, ou constatar a realização de parto. Na verdade, aí já era a ideia também dar melhor assistência à gestante, à parturiente, diminuindo todas as complicações. E o operário fazia questão, porque aquilo era um auxílio natalidade, auxílio natalidade, auxílio do parto que era muito importante para eles, aí abandonaram muito...

NM - Uma curiosidade, no último encontro o senhor nos mostrou que o SAMDU era rico em estatísticas, que se conhecia bastante. Dos diversos IAPs que existiam, qual era o segurado que mais reivindicava a presença do SAMDU?

NA - Era o IAPI, era o IAPETC, era o IAPM. Em função do próprio volume de empregados, não é isso?

NM - E as relações entre o SAMDU e o IAPI?

NA - Inicialmente não eram boas, quer dizer: o IAPI nunca, na sua tese, defendeu o SAMDU, porque eles partiam de que eles já tinham convênio com o município para dar assistência ao segurado. Naquela discussão do sexo dos anjos, que o sujeito antes de ser previdenciário é municipal. Então, era muito comum, eu acho que vocês chegaram a ouvir alguma defesa nesse sentido, quer dizer, a discussão passava muito por esse problema, antes de o sujeito ser previdenciário ele pagava taxas municipais, e nessas taxas municipais estava embutido o atendimento de urgência, e de emergência, que na verdade, era uma verdade, mas esse atendimento era muito mais, todos eram considerados indigentes. Porque os ricos que eram atendidos pelo município, ou pelo estado, imediatamente são transferidos para casas de saúde particulares. Mas os segurados não, e eles se ressentiam dessa condição de indigentes. Por isso que o SAMDU também universalizou, universalizou porque nós atendíamos no final toda a população, independente da sua categoria profissional, a dificuldade só ficava na hora de uma necessidade de internação.

NM - E o senhor na pergunta anterior, o senhor me deu a ideia de que existia quase que uma postura padrão de atendimento dos segurados. Existia mais ou menos... Qual era o comportamento padrão do médico em relação e quais eram os tipos de casos mais comuns que existiam?

NA - Bem, os casos mais... Bem, em primeiro lugar nós sabemos estatisticamente que 80% do atendimento médico é resolvido com uma consulta. A problemática lá do SAMDU, é que ele ia atender o caso, e dar licença. Também tinha esse aspecto. Então, na verdade o SAMDU era chamado também para dar licença, e para atender o caso. Mas quando se tratava de uma internação, ele tinha que recorrer aos institutos, aos hospitais dos institutos, que eram chamados internação de urgência, internação de emergência, e como a dificuldade das internações de emergência cirúrgicas era um fato, o SAMDU criou no Rio de Janeiro um hospital de urgência, que era o Hospital Presidente Vargas, era ali na Aristides Lobo, eu disse da outra vez.

MC - O senhor falou da outra vez foi na [rua] Aristides Lobo.

NA - Aristides Lobo, é Aristides Lobo. É uma casa de saúde antiga, que o SAMDU alugava, e tinha então um sistema de urgência, de plantonistas, e médicos de rotina. As ambulâncias do SAMDU traziam para ser internado, era a parte de ginecologia, cirurgia, ortopedia, e as especialidades que envolviam mais urgência.

NM - Nem tudo deveria ser só simpatias, deveriam existir também críticas em relação ao funcionamento do SAMDU?

NA - Sim, sem dúvida, a crítica... O SAMDU era o mais criticado até. Porque o SAMDU era criticado pela população, pelo atendimento nem sempre adequado; e criticado pelos institutos, porque o SAMDU massificava não só os ambulatorios, também os hospitais com os casos que ele encaminhava. Então, sofria crítica dos dois lados. Mas num sentido geral, eu acho que a população gostava muito do SAMDU, e a prova é porque não havia limite de atendimento, quer dizer, enquanto que o município tinha um regimento, que ficava até tantos metros, e aí o sujeito descia com o doente, nós éramos obrigados a subir o morro, ir até onde o doente estava, quer dizer, era uma obrigação, e que nós tínhamos essa consciência, porque era a exigência do segurado, ela, a exigência aí se caracteriza muito a consciência do segurado, do direito.

NM - Outra pergunta: existiam períodos do ano, da semana ou do mês, em que o SAMDU era mais chamado?

NA - Sim.

NM - Mais reivindicada a presença do SAMDU?

NA - Por exemplo, houve uma epidemia de gripe, no período, na época do Negrão de Lima eu acho, grassou aí gripe, então os chamados eram muito grandes. Segunda-feira, sexta-feira eram dias também muitos procurado pelo SAMDU.

NM - E por quê?

NA - E diminuir... Pelo problema também aonde havia maior necessidade de faltar ao serviço, a gente sabe que falta, é cíclico isso. Ele caía durante as festas, caía durante os feriados, como cai hoje, quer dizer, durante o carnaval diminui tudo, ninguém quer se internar, final do ano ninguém quer se internar, quer dizer, enquanto que durante o período, sem festas, todo mundo quer se internar, mas ninguém se interna no final do ano, e ninguém quer se operar no final do ano, e ninguém... Também a coisa acontece no Carnaval, ficam aí quase reduzidas as emergências. Mas isso é uma característica da assistência médica, isso acontece no consultório particular. Os médicos com boa clientela aproveitam para viajar, aproveitando esse período de festas, isso é um comportamento da sociedade. O que eu acho é que a Previdência embutiu na população aquele direito à assistência médica, coisa que era um privilégio do pessoal de maior renda, porque não tinha muita saída para a população, tinha que procurar os hospitais, Santa Casa, hospitais universitários, de indigentes, ou procurava o médico particular, o hospital particular, e a Previdência entra criando então, consumindo a assistência médica, que é um direito inalienável da população. Que o negócio é o seguinte: se o pobre do Morro do Pavãozinho, precisa operar o coração, ele tem que operar o coração, e a outra também falasse, pensar que as doenças coronarianas só dão no rico, não, dá muito mais no pobre, porque no pobre ele tem menos cuidados preventivos com hipertensão arterial, e acaba

morrendo, precisando de cirurgia cardíaca, precisando de cirurgia de pulmão, precisando de cirurgia de enxerto aórtico, de enxerto, cuidar das lesões arteriais graves. Quer dizer, a assistência médica é um direito inalienável dessa população também, não é só... A gente resolve o problema da prevenção, mas entra o outro problema, que é o problema da assistência médica do velho, é o direito da família que tem seu velho com arteriosclerose, que tem seu velho com acidente vascular cerebral, que não pode ficar em casa, que ele quer que a Previdência resolva. E isso é uma das grandes problemáticas da assistência médica.

MC - Doutor Nildo, o SAMDU fornecia licenças para a população que ele atendia, isso não causava muitas vezes revolta, ou pressão por parte dos empresários, diante...

NA - Sem dúvida nenhuma.

MC - De por exemplo situações...

NA - Reclamações muito dos empresários sobre isso. Mas esse é um dos problemas mais sérios, é o problema da licença. No dia que acabar, que o governo encontrar uma fórmula, como encontrou para o auxílio natalidade, não como encontrou no problema da natalidade, que os empresários mandavam as mulheres grávidas embora, e hoje não pode mandar embora, porque se tiver grávida, tem que pagar oito meses antes, e oito meses depois, não é isso? Como é que está?

MC - Não sei.

NA - O sistema hoje, é que antigamente o que era discriminação da mulher? Era fundamentalmente, quando ela engravidava, o patrão mandava embora, porque tinha o problema de creche, o problema da diminuição da capacidade de trabalho, a licença e tudo isso. Mas hoje o governo, isso data, se eu não me engano, tem uns dez anos, em que o patrão é obrigado a pagar, o período qualquer, se um patrão dispensar uma mulher grávida, ele paga todas as indenizações. Então, o problema da licença ainda é um problema hoje sério. Porque transformar um médico em polícia é um problema muito sério, principalmente na área do subjetivo. Você chega, se queixa que está com uma dor, e como é? Sai ou faz uma bateria de exames, ou faz um verdadeiro *check-up*, perdendo horas seguidas, ou um dia, dois dias, três dias de licença. Esse problema, se nós buscamos a humanização do atendimento médico da população, é necessário se encontrar uma fórmula de obrigar a população a recorrer a um atestado médico. Várias coisas foram tentadas, inclusive foram tentados... A Previdência hoje obriga os empresários a aceitar um atestado médico, de qualquer médico, de qualquer instituição, seja Previdência, seja Ministério da Saúde, seja estado, seja município. Mas isso é por lei...

Fita 5 – Lado A

NA - Na verdade isso se discute muito: a posição do médico assistencial, no momento que ele está dando uma licença que ele vira perito, isso fica também uma discussão muito semântica. Porque na verdade não se pode penalizar a população, no momento em que eu estou atendendo um doente que vem se consultar comigo, no setor de emergência, está com uma cólica nefrítica, ou uma mulher que está com uma hemorragia uterina, que tem que ser atendido, eu tenho que atender, mas aí eu justifico a falta dela, aí não é uma

perícia, aí é justificativa de falta, aí cria-se às vezes discussões semânticas do problema da perícia. O que se poderia buscar é a forma, buscar uma forma, para que a população não fosse obrigada a recorrer à rede pública, porque hoje como está tudo universalizado, ou tende a ser universalizado através das Ações Integradas de Saúde, e aonde o atestado, o município, o estado, a universidade obriga a dar o atestado, eles não dão não. Mas eles são obrigados a dar. Por que eles não dão? Porque é uma forma de diminuir a demanda. Isso aí também perpassa muito por aí, se eu for dar muito atestado, o sujeito vem aqui, sempre buscar. Mas a problemática, é preciso encontrar uma forma, para que não seja obrigatório o empregado que faltar, precisar ter uma licença, ter uma licença da Previdência Social. Como? Aí cabe a vocês encontrarem essa forma. Que seria dar para o patrão a responsabilidade dos 15 primeiros dias? Que na verdade o atestado médico tem valor durante os 15 primeiros dias, depois dos 15 primeiros dias tem que mandar para o INPS, para o auxílio-doença, benefícios; e esse problema é um dos problemas muito sérios, problema da licença que é que caracteriza a imagem da desumanização da Previdência Social, dos nossos postos, perpassa pelo volume muito grande de doentes que poderiam não procurar espontaneamente, desde que não fosse obrigado a buscar a assistência médica. Porque às vezes o sujeito no início de uma gripe, ou ele machucou o pé, ou qualquer motivo, ou doença do seu filho, perdeu o dia de trabalho, se ele não fosse obrigado a procurar a Previdência Social, diminuiria o volume muito grande. Isso explica São Francisco Xavier chegar naquele ambulatório São Francisco Xavier, se eu não me engano perto de 8 a 12 mil pessoas por dia.

MC - 8 a 12 mil pessoas por dia?

NA - É, deve ser isso. Ele, ali o SPA – Serviço de Pronto Atendimento – dá aos montes. Isso é muito mais de manhã cedo, isso acontece aqui no hospital. Aqui no hospital, se você chegar às 6:30, 7 horas encontra ali embaixo uma fila muito grande, é o pessoal que a Zona Sul é a zona terciária de produção, onde tem supermercado, onde tem o faxineiro, onde tem empregada doméstica, onde tem faxineiro, onde tem o porteiro, onde tem o sujeito que trabalha nas pequenas lojas, tudo isso, mas que não mora aqui, eles vivem aqui, mas moram nas cidades dormitório. Então, eles passam aqui com a ideia primeiro de ser atendido, ou senão para justificar a falta.

MC - Para justificar a falta anterior, que ele...

NA - Quer dizer, esse problema, por isso quando se fala muito em humanização do atendimento na Previdência Social, eu acho que vai passar por um estudo bastante aprofundado no sentido de como a licença vai contribuir para essa humanização.

MC - Porque parece que pegando esse período aí, o início dos anos [19]60, parece que foi um dos motivos, esse...

NA - Absenteísmo.

MC - Absenteísmo existente à época motivou a que as próprias empresas instalassem serviços médicos, ou contratassem empresas médicas para controlar essa situação.

NA - Então, nós temos inicialmente as grandes empresas, elas mesmas tinham o próprio serviço médico. Aí se desenvolve no período da década de [19]70 os grupos médicos, as empresas médicas, com convênio com empresas para atendimento médico.

MC - Mas...

NA - Atendimento desde a admissão do empregado até a justificativa de falta, e o atendimento, deixando a empresa de pagar um percentual à Previdência Social, na medida em que tenha esse convênio. Mas isso, realmente não funciona, funciona para a categoria dos empregados diferenciados, para a massa da população, eles vão lá e querem ser atendidos, vão buscar a Previdência Social.

MC - Mas parece que, por exemplo, os convênios que foram feitos do IAPI com empresas automobilísticas lá de São Paulo, parece que foram os primeiros.

NA - Foi.

MC - E parece que deu certo, no sentido de ter caído o absenteísmo, né?

NA - Eu não sei se deu certo, porque primeiro a gente tem que analisar o absenteísmo sobre vários aspectos: Por que o sujeito falta ao trabalho? Condições de trabalho, mau relacionamento empregado, empregador, mau relacionamento empregado e seu chefe, distância, problemas familiares, *stress*. Então, a gente admitir que num sistema desse vai diminuir o absenteísmo, não. Ele vai punir a uma população bastante sofrida, mas não acredito que num sistema desse, o médico polícia vai resolver essa situação, ele vai é punir. O empregado chega, o médico acha que não é justificável a falta e ele acaba sendo mandado embora.

MC - É, a outra situação também seria o próprio período de internação que parece que os empregados pelas empresas médicas, eles eram internados no período, ele ficava menos tempo fora do trabalho.

NA - Aí é outra, o outro lado da questão. São Paulo: de onde se expande os grandes conglomerados de serviços, de grupos médicos e grupos médicos e empresas médicas? É São Paulo. Na verdade, consta, porque o sujeito ficava de licença esperando ser operado. E aí, não sei se havia consciência real do problema social. Porque eu parto do princípio que o exército de reserva de mão-de-obra é muito grande. Ora, então, acho que o empresário não está preocupado com isso não, pode ser que ele fique preocupado com uma determinada categoria de especialistas, que ele é capaz até de pagar. Então, aí diminuiria porque ele seria operado por essas empresas. Mas a massa trabalhadora assalariada que representa de um a dois salários-mínimos, essas empresas para mim não têm absolutamente nenhum significado. Acho que foi uma das grandes distorções da área da assistência médica, tão grave como o setor privado, a contratação do setor privado. Porque para mim isso funciona sempre no sentido, pode ser que isso em Diadema, pode ser isso, um reduto lá do nosso Lula lá, isso funciona. Porque o poder de barganha desse grupo de empregados é muito grande, empregados... Você coloca empregados do ABC paulista em outra dimensão, em outro tipo de dimensão, são três, de três a sete salários, até dez salários, não é isso? Então, ele tem outra posição. E há uma pesquisa, se eu não me engano, até que eles preferem, a própria população prefere ter esse tipo de atendimento, do que ter o tipo de atendimento da Previdência. Há alguns trabalhos, eu não li, mas eles citam. Mas aí é uma comunidade assalariada acima da maioria da população, que está tendo uma relação com essa empresa médica, com esse serviço médico de outra forma. Como você se tiver o seu seguro Bradesco, seu Seguro Itaú, seu

seguro Golden Cross, e todos esses seguros, a tua relação ela é uma relação diferente. Aí pode ser que nessa minoria as coisas se passam por aí, mas a maioria não.

NM - Eu queria propor a gente discutir isso, quando nós estivermos falando da unificação e da cogestão. Eu gostaria de aprofundar um pouquinho mais a questão do SAMDU. Mais duas ou três dúvidas só. Uma é o seguinte: quando eu olho hoje um hospital como esse, ou um outro hospital do sistema previdenciário, de modo geral nós estamos diante de um verdadeiro complexo técnico, tecnológico administrativo, envolvendo não só máquinas, e uma tecnologia bastante avançada, como diversos profissionais de administração, diversos especialistas. No seu tempo de SAMDU, de IAPC, qual era o grau de desenvolvimento tecnológico, de aperfeiçoamento, de formação especializada que existia, tanto no SAMDU como no IAPC?

NA - No SAMDU a coisa era mais simples, era o atendimento primário. Então, na verdade a coisa se estruturava numa administração de médicos, e uma administração de meios, aonde o médico atendia uma massa de população sem muita tecnologia avançada, essa era o atendimento do tipo do SAMDU, atendimento primário. Claro que quando chegava no Hospital do SAMDU, que era um hospital de urgência, você já sentia algum avanço tecnológico do problema. Na Previdência Social a tecnologia aumentou, porque os próprios médicos começaram a ser os grandes personagens dessa tecnologia, e muitas vezes não adequadas em termos de comprar um equipamento. Quantas vezes esse equipamento vai ser usado? Então, esse desenvolvimento da tecnologia médica se deu também numa forma desordenada, e nem sempre adequada ao processo das necessidades da população. Que isso se faz em termos de análise, que é pressão econômica das multinacionais, a grande pressão econômica dos médicos em busca desses equipamentos, dessa tecnologia, e cada hospital ficando com esses equipamentos, com essa tecnologia, com um índice de ociosidade bastante significativo. O outro lado, aí eu acho que também é um lado positivo, é que a administração hospitalar ela virou uma ciência, aí começou a absorver um pessoal de nível de administração, engenharia, engenheiros que os hospitais possuem, quer dizer, engenheiros para gerir das firmas contratadas, quer dizer, isso foi positivo no sentido de absolver um processo global de todo o sistema. Se essa tecnologia está sendo adequada ou não, aí realmente a gente pode discutir essa demanda.

NM - Essa necessidade de complexificação técnica, tecnológica de um atendimento médico, isso seria uma espécie de deformação, que viria desde a universidade, ou seria ainda o espírito liberal marcando a categoria?

NA - Em primeiro lugar, o médico é bombardeado sob vários processos. O equipamento, os fabricantes de equipamentos, patrocinadores de todos os congressos, de todos os congressos internacionais, congressos nacionais; as multinacionais de medicamentos; ele é bombardeado por revistas estrangeiras onde vende todos esses equipamentos de alta tecnologia, onde a geração desses equipamentos se faz muito rapidamente, quer dizer, daqui a pouco vem um pedir que se adquira um equipamento que foi adquirido há dois anos, mas saiu uma segunda ou terceira ou quarta geração. Para se ter uma ideia desse processo, eu tenho uma experiência, o problema de medicamentos, quando nós instituímos aqui no Hospital de Ipanema o controle da infecção hospitalar, no período de três anos com mais doentes internados do que mais doentes operados, eu diminuí o consumo de antibióticos em 73%, e diminuí a taxa de infecção em 20%. Porque na verdade, a demanda, a pressão em cima da corporação médica. Se eu desse a linhagem de todos esses antibióticos leva a esse desacerto absoluto, que as promissões de controle de

infecção hospitalares hoje indo sempre como... E hoje já está conscientizado dos profissionais médicos de boa linhagem técnica, que eles devem usar o antibiótico com parcimônia, usando sempre o antibiótico de primeira linha, depois o antibiótico de segunda linha, deixando os antibióticos mais caros, os antibióticos de terceira geração para os casos realmente indicados. Então, nesse exemplo, como se diminui o consumo de antibióticos nesse hospital, com o maior número de doentes internados no período de [19]70 e [19]73 a [19]76, sem aumentar a taxa de infecção hospitalar, mostra o que é isso e também a gente pode extrapolar em termos de equipamentos.

NM - O senhor falando, de repente me veio na memória alguns fatos dos anos [19]60, tanto no início dos anos [19]60 como no final dos anos [19]60, no início eu me lembrei logo de dois seriados é, “Doutor Kildare, e o McCase*”. E no final dos anos [19]60 eu me lembrei do Globo Repórter*. No início o chamado padrão global de produções. É, isso aí de certa maneira se faz sentir como exigências às novas demandas.

NA - Eu sei, pressão muito grande. Vamos dizer, hoje os médicos falam muito do jornal científico do Fantástico*, que joga aquilo diariamente, todo domingo os grandes avanços da medicina, isso funciona como mecanismo de pressão. Às vezes dos médicos e às vezes da população. E evidentemente nem sempre é verdade. Mas isso remonta também que foi... A gente tem que analisar que o setor social à assistência médica, ele funcionou, ele teve um grande impulso na década de [19]60 e [19]70 como um diminuidor de tensões sociais, quer dizer: o governo apertava muito de um lado, empurrava o salário para baixo, começava a pensar que estava repartindo renda com a assistência médica, então que há uma grande expansão da assistência médica em nível Brasil, em termos Brasil. E sempre através de quê? Através do setor privado. Porque não havia estrutura nacional para receber essa expansão desse serviço médico, como também não havia a vontade política de institucionalizar o setor de assistência médica com um serviço próprio. Partindo sempre do custo-benefício, como em assistência médica não se fala em custo de benefício, para se falar em custo de benefício em economia, na assistência médica não se pode falar em custo de benefício. Porque o sujeito sai daqui operado de vesícula, sai daqui sem a vesícula e tudo isso, o custo de benefício não tem. O custo de benefício a gente pode falar na medicina preventiva, quer dizer, você dá vacina para poliomielite, você vai evitar no futuro, doentes que vão morrer de poliomielite, ou uma sequelas de poliomielite, inclusive da internação. Aí se expande o setor médico hospitalar, no setor privado, que é na verdade aquilo que o Gentile sempre falava, o fator incontrolável de corrupção, que foi sempre a compra e venda de serviços, e uma assistência médica nem sempre adequada à população, Isso é o ciclo de [19]67 e a década de [19]70. Era também na época em que a Previdência Social estava com muito recurso, inclusive financiando outros setores do governo via Previdência Social. Quer dizer, esse período de [19]67 e a década de [19]70 é caracterizado por isso, uma grande expansão desses equipamentos, e depois vem a queda do processo, o processo recessivo de [19]80, [19]82 quando a Previdência andou mal das pernas à beça, e esse processo perpassa por aí, que também como perpassa por aí o seguinte: você pode acabar com uma série de doenças, mas na medida, dizem, e vocês mais do que eu podem saber disso, que o melhor remédio é melhorar o nível de renda da população, melhora o nível de renda da população e você acaba com uma porção de doenças. Melhorou o nível de renda, o sujeito começa a morar melhor, a comer melhor, a educar melhor os seus filhos, a andar de sapato, aí ele tem menos doenças endêmicas, quer dizer, o nível de renda é fator fundamental para melhoria da saúde da população, não

* Programas da TV Globo.

da assistência médica, porque a assistência médica ela até, à medida que melhora o nível, melhora, na medida em que nós vamos diminuir a mortalidade infantil, na medida em que aumentamos o tempo de vida da população, a assistência médica começa a atuar mais nesse sentido.

MC - Esse debate sobre a assistência médica, em termos de um lado, se colocar que ela é um saco sem fundo, como parece que dizia o pessoal do IAPI, e por outro lado é um saco sem fundo, mas é uma questão social então tem que ser resolvido de qualquer maneira, quer dizer, então você tem mais ou menos essa discussão, quer dizer, você tem que ter vontade, como o senhor disse, tem que ter vontade política, e aí nessa vontade política não se pode utilizar o cálculo atuarial, quer dizer, há uma certa incompatibilidade, se eu estou entendendo, entre resolver a questão da assistência médica, e o cálculo atuarial. Mas eu fico pensando assim: como é que o senhor se insere no debate dos anos [19]40, [19]50, que começa até no final dos anos [19]30, esse problema de assistência médica, já que o IAPI começa sem querer pensar em assistência médica. Quando você tem o maior instituto, que corresponde a quase 50% da massa segurada, e que está sempre colocando a questão de que se não houver capitalização dos recursos existentes, nós daqui a médio e longo prazo, não poderemos dar os benefícios necessários a essa proposta do segurado. Como é que o senhor...

NA - É, essa teoria, é a teoria, foi sempre uma teoria da ideia que a Previdência Social é uma seguradora, que diria, mas na verdade, quando o Brasil passou a fazer parte da Associação Internacional de Seguridade Social, aí não mais se capitalizou, ele era obrigado a gastar na própria massa dos segurados. E avançando nesse processo, isso é um grande avanço, que foi o abandono dessa capitalização. E também aquela ideia de que o governo é responsável por essa assistência médica, não é o segurado, nem é somente o empregador e o segurado os responsáveis, o governo é o segurado. Pensar que a Previdência Social é um saco sem fundo isso é uma falácia porque é o direito que a população tem que ter assistência médica. Isso foi durante o período, e se discutiu muito na década, isso mais na década de [19]60, [19]50, [19]60.

MC - Tanto é que a assistência médica mesmo para valer do IAPI, ela começou no final dos anos [19]50. Eu acho até mais impulsionada pela Lei Orgânica da Previdência Social.

NA - A Lei Orgânica da Previdência Social, que dizia que a assistência médica era dada dentro dos recursos da arrecadação, até o limite sensitivo. E ficava discutindo negócio do 25% era destinado à assistência médica ou não. Na verdade, a assistência médica, a Previdência Social era o grande financiador de todo sistema de saúde do Brasil, temos em mente isso. Porque na medida em que aumenta, que o país passa pelo processo de desenvolvimento, a arrecadação da Previdência aumenta, a prova que ela financia todos os sistemas, ela financia o sistema universitário, ela financia o sistema do Ministério da Saúde, ela financia o sistema do estado e do município, e ela financia o setor privado, sendo no caso aí o setor privado leva a fatia maior em termos de Brasil não em termos de Rio de Janeiro, mas em termos de Brasil. Que aí que vem o setor privado responsável por 80% das internações na rede, da massa de segurados.

MC - Você teria mais alguma questão sobre o SAMDU?

NM - Não, não.

MC - Eu gostaria, já que a gente começou a falar sobre a LOPS, gostaria que o senhor falasse um pouco sobre assim, quer dizer, se o senhor acompanhou esse processo de luta pela Lei Orgânica da Previdência Social, já que é uma Lei Orgânica que demora 13 anos para ser aprovada. O senhor teve algum acompanhamento como médico, como...?

NA - Não, eu tive acompanhamento aí como médico nessa fase, vamos dizer, da minha experiência do SAMDU. Quer dizer, que aí já se discutia a reformulação da Lei Orgânica da Previdência Social que é de [19]46.

MC - Não, a Lei Orgânica é de [19]60, foi aprovada em [19]60.

NA - É aprovada em [19]60.

MC - Primeiro projeto...

NA - Primeiro projeto.

MC - É de [19]47, do Aluísio Alves.

NA - A Lei Orgânica é de [19]60.

MC - Ela é protelada.

NA - Então, ela vem marcar, é o marco da expansão na área da assistência médica, às vezes caracterizando, aí nesse período, no período da década de [19]60; no período da década de [19]70 caracteriza a expansão do setor ultrapassando as casas estipuladas de 25%, chegando à década de [19]70 a Previdência Social gastava até 27% dos recursos arrecadados. Isso não quer dizer que eles gastaram bem, porque na verdade continuamos gastando mal, essa que é, mas na verdade isso foi uma vitória, eu acho que todo esse processo da Lei Orgânica foi uma vitória do processo sindicalista brasileiro da época.

NM - O senhor se lembra disso assim, um debate no Sindicato dos Médicos, sobre isso...

NA - Não, Sindicato dos Médicos não.

NM - Não, no SAMDU, nos hospitais...

NA - Não, a gente tinha noção através da CGT, na época da década de [19]60, do grande movimento sindicalista brasileiro.

MC - Quer dizer, o sistema de pressões da...

NA - É.

MC - Classe trabalhadora no sentido da Lei Orgânica ser aprovada.

NA - É. Lei Orgânica ser aprovada, melhoria da assistência médica, problema de benefício, tudo isso.

MC - Sim. Quer dizer, o que houve basicamente com a Lei Orgânica foi um ensaio do que viria depois a ser a unificação, quer dizer, primeiro houve uma uniformização dos benefícios, e também na parte da assistência médica, o senhor se lembra assim, consequências imediatas da Lei Orgânica na assistência médica?

NA - Bem, a Lei Orgânica, quando saiu a Lei Orgânica da Previdência Social, a assistência médica começou a ter vez na cabeça dos que comandavam a Previdência Social, principalmente esses cálculos atuariais se diz, porque ficou definido que a assistência médica era devida, apesar da Lei Eloi Chaves, colocado em seu primeiro artigo, a assistência médica, a assistência farmacêutica, tudo isso. É de [19]30 e...

MC - De [19]20 e...

NM - De [19]23.

NA - É...

Fita 5 - Lado B

NA - Aí, com o Elói Chaves, e só veio a ter isso em [19]60. Quer dizer, na verdade o que é a discussão e a necessidade de um lado os trabalhadores, mas do outro lado o governo, o empresário para diminuir as tensões e para também começar a cuidar melhor daqueles que produzem riqueza.

MC - Sei.

NA - Porque também isso não é à toa que o Bismarck criou a Previdência Social, ele criou a Previdência Social para ela poder ter cada vez mais o homem produzindo, e produzindo dentro da mais valia.

MC - Sei. É uma das conquistas da classe trabalhadora nesse momento, da aprovação da Lei Orgânica, foi a questão da direção colegiada.

NA - Do DNPS.

MC - Não...

NA - É, Departamento Nacional de Previdência Social.

MC - Não, no Departamento também havia a ...

NA - Colegiado.

MC - Colegiado, quer dizer, mas a direção colegiada passava por todos os institutos.

NA - Todos institutos.

MC - Quer dizer, a representante de empresários, de trabalhadores, e do governo.

NA - Em cada IAP.

MC - É, em cada instituto tinha essa forma de administração.

NA - Isso mesmo.

MC - O senhor, como é que o senhor avalia essa forma, essa nova forma de gestão da Previdência?

NA - Muito boa. Essa foi a melhor forma de gestão de Previdência Social. Com a participação, essa participação colegiada foi e ficou até 1900...

MC - 1965, se não me engano.

NA - Não, não.

MC - Houve intervenção, mas ainda continuou.

NA - Não, em 1967 já da unificação...

MC - Já não existia mais.

NA - Já existia. Inclusive eu era diretor desse hospital, quando eu recebi um dossiê muito grande, do Departamento Nacional de Previdência Social a respeito de vários problemas de material, material de consumo, material permanente, tudo dentro desse hospital. Eu acho que ainda o INPS, quando foi formulado o INPS, chegou ainda ficar num período com uma administração colegiada, se eu não me engano.

MC - Não, pelo que parece a direção colegiada, quer dizer, ela funcionou em termos assim, de representação tanto dos trabalhadores, quanto dos empresários, como do governo, uma participação democrática até [19]64, quando houve a intervenção dos institutos.

NA - Houve a intervenção, mas só se processa a unificação que o DNPS continuou.

MC - Continuou?

NA - A prova que eu não... Era diretor do SAMDU em [19]64, eu tinha o Conselho Fiscal, e esse Conselho Fiscal tem representatividade nas três categorias: governo, empresário e empregador.

MC - Sim. Mas, por exemplo...

NA - Eu acho que desaparece a administração colegiada, logo depois da unificação.

MC - É, por mais ou menos...

NA - Houve a intervenção...

MC - É.

NA - Houve a intervenção, houve a cassação, houve tudo isso. Mas o ...

MC - Exatamente. É isso aí.

NA - Mas o colegiado continuou. Evidentemente sem atuar como atuava no passado.

NM - E como é que atuava no passado? Por exemplo, o senhor já pertencia ao quadro do IAPC, já estava aqui nesse hospital?

NA - Não, já eu estava em Niterói.

NM - No início dos anos [19]60.

NA - No IAPC de Niterói. O colegiado, quer dizer, as decisões tomadas eram sempre em via de colegiado, claro que aí eu era um médico militante. Eu senti o reflexo do colegiado. Mas sabia-se da importância desse colegiado, representação das três categorias: governo, cada instituto tinha o seu... E tinha um colegiado maior no Ministério do Trabalho, que era o Departamento Nacional de Previdência Social. Além de ter o colegiado em cada instituto, havia o colegiado maior.

MC - Porque antes o sistema era presidencialista, quer dizer, muito centralizado, não que deixasse de ser depois, mas...

NA - É, continua.

MC - É, continua presidencialista, mas rotativo e eleito mesmo que de maneira indireta. E antes era indicação, quer dizer, os presidentes dos institutos eram indicados pelo Presidente da República.

NA - Sem dúvida nenhuma.

MC - Com uma certa variação, alguns institutos até contavam lista tríplice, como o dos bancários, e o Presidente da República escolheu um desses, da lista tríplice. Como é que o senhor vê a situação anterior de presidentes serem indicados, presidente dos institutos serem indicados pelo Presidente da República, e depois, sendo eleito pelas categorias? O senhor vê, funcionava antes melhor?

NA - Não, não entendi a pergunta... É eleito pelas categorias como?

MC - Não, porque antes, a presidência dos institutos era indicação do Presidente da República, até [19]60. Então, depois de [19]60, os empregados elegiam o seu representante, os empregadores os seus, e os representantes do governo eram indicados pelo próprio governo. É isso que caracteriza a administração...

NA - O colegiado?

MC - O colegiado. Qual era a melhor forma do funcionamento? Qual aquela que o senhor via assim, com maior simpatia?

NA - Essa da indicação do colegiado.

MC - Porque o que se diz é que na época havia muito assim, uma incompetência de presidentes, que às vezes eram indicados pelos empregados, ou empreguismo. Aumentou...

NA - E mudando a forma melhorou o empreguismo? Mudando, melhorou o empreguismo? Quer dizer, ao mudar a forma, melhorou o empreguismo? Ou continuou o mesmo empreguismo?

MC - Essa pergunta eu faço ao senhor.

NA - Quer dizer, essa que não me parece que esta alegação tenha bases técnicas, base teóricas ou políticas para isso. Acho que dentro do processo político esse colegiado era o melhor. A chamada manipulação pelo populismo, quer dizer, a manipulação pelo grupo populista do Getúlio Vargas era o processo orgânico da sociedade. A chamada que se dizia os grandes líderes sindicais, eram pelegos, essa figura denominada, no período de Getúlio, que avançou no período do Jango. Mas na verdade eles eram, eles representavam uma sociedade na época, eles representavam o desejo, o desejo da sociedade da época, Esse, a tecnocracia, entre aspas, veio melhorar esse período, quer dizer, esse período onde a intervenção se processou, houve uma expansão nesse período, sem dúvida nenhuma pode deixar de reconhecer que na década de [19]70, houve a grande expansão do serviço médico, mas foi expansão desordenada, expansão inadequada, a compra de serviços do setor privado, por ser mais simples, ou por ser mais interessante para o poder dominante. Aquela ideia contra a institucionalização, contra a estatização. Era um poder que se criava para isso. Mas nem isso foi adequado. A grande expansão de equipamentos, a grande expansão da rede, trouxe melhoria de atenção à população. Democratizou a assistência médica sem dúvida nenhuma. Mas me parece que não veio, tirou da população o direito de participação. Que se era adequado ou não, a discussão, a evolução. Por isso que a democracia é o melhor sistema. Mas temos que reconhecer que na década de [19]70 foi a década da expansão do grande sistema, porque também reconhecendo isso nós estamos reconhecendo o sentido de que era necessário cuidar da mão-de-obra produtora de bens de serviço, para afinal produzir bens de serviço, e também a ideia de que a assistência médica, e os benefícios funcionavam como distribuição de renda, que era uma falácia.

MC - Queria fazer uma pergunta pro senhor. Como é que se refletiu no senhor, e qual era a situação que o senhor vivia na época, quando houve o Golpe de [19]64? Onde é que o senhor estava, como é que...

NA - O Golpe de [19]64 eu estava em Deodoro, dia 31 de março eu estava dando plantão em Deodoro. Nunca trabalhei tanto como naquele dia. Porque até hoje eu não entendi, porque a CGT fez uma greve geral, tirou a população das ruas. Até em Deodoro eu nunca atendi tanto. Aí dia primeiro de abril, eu estava descendo de Deodoro. E aquele, todo mundo atendendo, e a população vendo os tanques passar, era ali em Deodoro, o regimento, e tudo isso. E, na verdade, o que se esperava naquela época, que as coisas não iam acontecer como aconteceram.

NM - Quer dizer, se esperava mais resistência...

NA - É lógico, o que aconteceu é que aí vem, como a minha situação. Aí veio essa situação de fortuna, eu estou no Posto de Deodoro, sou chamado, aí me trocam para eu vir para o Posto da Gávea, eu acabo diretor do Hospital do SAMDU.

NM - Mas o senhor não era militante do Partido Socialista?

NA - Era. Mas acontece que o Partido Socialista era tão pequeno, que pouca gente sabia. Muita gente sabia, inclusive muitos colegas me denunciaram, mas aí, é o velho problema, eu não sei, pode ter funcionado, que eu tinha um irmão militar, que era aviador. Mas o fato é que funcionou pouco.

NM - O senhor se lembra do Golpe Militar, o impacto dele assim, no SAMDU, nos IAPs?

NA - Não, o impacto do SAMDU: então, do impacto do SAMDU eu tenho muito vivo na minha memória o problema do Carlos Gentile de Mello, foi uma das vítimas do SAMDU. Na verdade, e por acaso o General que fez o IPM do SAMDU, uma das coisas era tio do meu cunhado. Uma vez ele me chamou para conversar com ele, ele disse: “Olha, eu estou abismado, porque tem um médico que eles estão me denunciando, e eu nunca vi, eu tenho lido os trabalhos dele, é um sujeito altamente, ele escreve, ele é um sujeito voltado para esse problema, eu não encontro nada contra ele”. Na verdade, o que houve com o Gentile, é que ele foi denunciado pelos maiores vagabundos do SAMDU. Porque ele era um sujeito, quando estava chefiando um posto, chegando uma equipe, ele era chefe do gabinete do Anna Néri, ele era intolerante com vagabundo, ele não dava colher de chá, então, ele foi denunciado, e na verdade não se provou nada, ele foi preso, passou 15 dias preso, foi onde ele sofreu o seu primeiro infarto, e depois ele foi solto, e veio trabalhar comigo em [19]68. Evidentemente eu não podia dar para ele uma função gratificada, mas o resto aceitavam, os presidentes aceitavam, vinha conversava e tal. E ele escrevia. Então, se nós pegávamos os trabalhos de equipes, que ele começa de [19]68, [19]69, [19]70, que é uma crítica tremenda ao sistema, é que o Gentile precisava fazer isso para poder o sistema deixar, o setor saúde, educação, e a música popular poderem falar. Porque era, vamos malhar o setor saúde, vamos malhar a educação, vamos deixar a música popular, e o resto aperta. Isso é preciso entender que não é à toa que o Gentile é livre para escrever, tem uma coluna na *Folha de São Paulo*, tem uma coluna e se chamava todas televisões, tudo isso. E o Gentile foi um dos críticos, mas vocês devem conhecer bem o problema da Previdência Social, da história da Previdência Social, é ler os dois livros do Gentile, que ele através de artigos, ele traduz muito bem a crítica. Que é a crítica que hoje nós estamos sabendo que o que ele dizia era a grande verdade. Que era contra a expansão desordenada de serviço, era contra medicina no setor privado, era contra o sistema de pagamento por O.S., era contra as empresas médicas junto aos médicos. Ele foi sempre o paladino dessa defesa, e que hoje nós estamos conseguindo implantar.

NM - Antes de [19]64 o senhor participou da Terceira Conferência Nacional de Saúde?

NA - Antes de [19]64, não.

NM - 1963? A Terceira Conferência Nacional de Saúde?

NA - Não, terceira foi antes, não, eu participei depois.

NM - Depois?

NA - A Primeira quando foi? Não, a primeira foi depois de [19]64. Houve oito Conferências, não é isso? A última foi o ano passado, não é?

MC - Foi.

NA - Eu participei da sétima e da quinta. Então, acho que a Conferência Nacional de Saúde veio, a primeira quando foi? Eu não tenho...

NM - A Terceira eu me lembro que foi coordenada pelo Wilson Fadul, quando ele era Ministro da Saúde.

NA - É isso, foi isso.

NM - Isso foi em [19]63. O senhor não participou dessa?

NA - Não. Ainda estava na minha fase de militante de médico, não estava mais envolvido na área da administração médica.

MC - O senhor então, em [19]64 o senhor não é atingido pelo golpe militar? Quer dizer, o senhor não...

NA - Não.

MC - Não sofre nenhum tipo de...

NA - Inclusive em 1967 representando o Brasil na XVI Assembleia de Seguridade em Leningrado.

MC - Em Leningrado. Mas antes de a gente entrar nesse Congresso, o que houve lá? Foi uma assembleia ou foi um congresso, como é que foi isso?

NA - Congresso.

MC - Foi um congresso? É...

NA - Não, esse chama assembleia.

MC - Assembleia.

NA - Esse é uma assembleia dos delegados membros...

MC - Mas foi em [19]64 que o senhor entrou para direção do hospital...

NA - Do Hospital do SAMDU.

MC - Hospital do SAMDU.

NA - Que eu já era chefe de equipe, eu era chefe de equipe do SAMDU em Deodoro, do Hospital das Clínicas João Goulart. Aí eu fui ser chefe de equipe da Gávea, depois eu fui ser diretor do Hospital do SAMDU.

NM - Hospital de Clínicas João Goulart?

NA - É, em Deodoro.

NM - E o nome permaneceu?

NA - Não, desapareceu. Chamaram Posto de Deodoro. Mas eu trabalhei, eu fui chefe de equipe, e também chefe de posto, alguns períodos eu fui chefe do posto, depois eu fui para ser diretor do Hospital do SAMDU.

MC - Como é que o senhor chega à direção do Hospital do SAMDU? Como é que se deu esse processo?

NA - É por fortuna.

MC - Fortuna?

NA - É, por acaso. O diretor geral do SAMDU é o meu vizinho do meu prédio, conhecedor, um dos primeiros moradores comigo, que trabalhava também em Bangu, me convida. Evidentemente mandou levantar a minha ficha, não deu nada, e aí eu fui ser o diretor geral do SAMDU, diretor do SAMDU.

MC - Mas aí também é a virtude, não é? Não é só fortuna, e a virtude onde entra nisso?

NA - Não, ele me chamou, e eu não senti, porque eu sempre, muito cedo, em 1957, eu fiz a minha opção pelo setor público, só me dediquei ao setor público. E sempre trabalhava, eu fui diretor do ambulatório do IAPC de Niterói durante dois anos, ou três anos; era chefe da equipe do SAMDU. Isso aí... Eu digo por acaso é que ele me chama para colaborar com ele. Eu até digo: “Alemão, você vê aí a ficha, se ...” “Não, não tem nada não, está livre”.

MC - Mas o senhor tinha vontade de ser diretor do hospital?

NA - Não, eu tinha vontade era sempre de lutar pela estatização do setor saúde, isso independente, eu sempre fui um fervoroso adepto, eu não digo, estatização, eu digo, da institucionalização do setor saúde, privilegiar os serviços públicos, em caso de excepcionalidade, serviços privados. E muito cedo eu sempre defendi essa tese.

MC - Doutor Nildo, o senhor manteve essa trajetória, e essa opção que o senhor fez pelo serviço público. E além da prática que o senhor teve, e também do conhecimento médico, que outra literatura, quer dizer, que outros é assim, outras leituras que o senhor fazia, já que o senhor tem um discurso assim, eu estou querendo dizer, muito sociológico em certas passagens. Dá para perceber que há uma leitura aí, essa leitura é mais recente, ou é uma leitura que acompanha o senhor em todo esse processo?

NA - É, foi por muito tempo. Não é uma convivência muito grande, nosso falecido, que morreu ontem, J. G. de Araújo Jorge.

MC - Morreu?

NA - Morreu. Teve parada cardíaca e morreu.

MC - Não sabia.

NA - E essa convivência muito tempo com o J. G. de Araújo Jorge, amigo, nós convivíamos muito na tentativa de ele se candidatar. E, vamos dizer, não posso marcar qual foi o período dessa minha vontade social, essa minha opção pelo social.

MC - Então, o senhor tem até uma coisa constante há algum tempo, que o senhor lê sobre a questão social, essas leituras são...

NA - É, acho que sim, se o processo da opção mesmo, dessa opção pelo serviço público. Eu não tenho, meu período de atividade privada, de consultório privado é muito pouco. Até gazeteava muito o meu consultório, esquecia às vezes o meu horário. Que sempre trabalhei na época em que eu estava na universidade, o meu período todo na universidade. Claro, evidente que se pergunta por quê? Porque pela origem familiar eu podia fazer isso. É aquilo que eu sempre disse, que agora eu digo, eu desaproprio o capital para poder me dedicar ao setor público. Também tem isso.

MC - Essa pergunta que eu ia fazer para o senhor porque...

NA - Eu posso me dar a esse luxo, não? Eu fiz a opção, eu tive a capacidade de fazer essa opção.

MC - O respaldo, vamos dizer assim?

NA - É, o respaldo, quer dizer, eu deixo de ganhar mais, mas tenho uma vida adequada, tranquila. E aí eu tenho muito mais a dizer do meu filho, que se formou engenheiro químico, e hoje só faz cinema-arte. Ele é um cara que já foi premiado aí, já foi tudo, faz vídeo, é um intelectual da melhor linhagem técnica, mas só faz isso, não faz nenhuma concessão, convida para montar uma firma, ou fazer um filme comercial, que ele não faz. O guru dele é o Godard, e ele vai pensando que vai ser o Godard. Mas, é uma opção que ele fez. Quer dizer, eu fiz uma opção também... E eu digo, de uma maneira irônica que eu sou um daqueles que desaproprio o capital para poder me dedicar ao setor saúde, pode fazer isso.

MC - O senhor pode fazer isso, não é?

NA - É. Mas sempre na medida em que a gente faz essa escolha, a gente também deixa de fazer outras escolhas. Eu não viajo para Europa, eu moro no mesmo apartamento, que eu moro desde [19]46. Quer dizer, tem essa contrapartida, eu fiz uma opção pelo social e me sinto muito satisfeito com isso. Não me arrependo em nenhum momento.

MC - Certo. Esse período que o senhor está na gestão do SAMDU. Quer dizer, o que o senhor pode dizer sobre esse período, que é um momento também de mudanças do País?

NA - É, mas sem muito, quer dizer, quando o Amílcar, que me convidou para ser diretor...

MC - Qual era o nome?

NA - Amílcar Veiga da Silva.

MC - Era o antigo diretor do SAMDU?

NA - É, em [19]64 ele foi diretor do SAMDU. Quando ele me convidou para ser diretor do SAMDU, do Hospital do SAMDU, ele me convidou no sentido da minha experiência, lá em Deodoro, que ele estava lá em Bangu, na minha experiência em Niterói, ele então me convidou para eu ser diretor do Hospital. No sentido de quê? De uma amizade e avançar no Hospital do SAMDU, de produção, de produtividade, dedicação e tudo isso. E eu ficava lá também como fico aqui, 12 horas.

MC - Bom, para ser o diretor do Hospital do SAMDU antes do movimento militar, era necessário ser do PTB? Ou não?

NA - Não necessariamente.

MC - Não necessariamente, para ser diretor do hospital não teria que ter uma vinculação partidária...

NA - Eu, por exemplo, fui chefe de equipe, chefe de posto, e não fui do PTB. Eu fui diretor do Ambulatório do IAPC em Niterói, e não era do PTB. As minhas indicações geralmente são oriundas muito mais em função do meu trabalho, do que, por exemplo, por que eu viro diretor desse hospital em [19]66? Porque o médico, que era superintendente do IAPC em [19]66, o diretor estava saindo, então um colega meu do SAMDU, indica na... “Olha, tem um nome muito bom para você, eu digo, para você que fez uma boa gestão lá no SAMDU, que é o Nildo Aguiar”. Que é o doutor Guilherme Vianna, que trabalhava também no SAMDU, mas não no hospital. Aí o superintendente me chamou, tive uma conversa com ele e virei diretor.

MC - Então, o Guilherme Vianna indica o senhor?

NA - Indica para o Paulo Fontoura, para eu ser diretor aqui. E sempre foi assim.

NM - O senhor chegando aqui, o senhor encontrou isso aqui em que situação?

NA - Não, eu cheguei aqui em [19]66, como Hospital do IAPC, um hospital pequeno, um hospital com uma melhor linhagem de médicos, profissionais, era um hospital só de cirurgia, não tinha emergência. E nesta ocasião eu já trabalhava a dois anos aqui, porque eu tinha feito a permuta com um colega daqui que estava em Niterói, trabalhava, e como trabalho na cirurgia de mulheres aqui. E vou virar diretor, [19]67 faz a unificação. Aí eu já aproveito e trago o pessoal da dupla situação do SAMDU, e monto o setor de emergência do Hospital de Ipanema. Foi aí que deu a esse hospital, aí deixou de ser Hospital do Comercário, para ser denominado Hospital de Ipanema.

NM - Como é que o senhor, em 1967, no momento da unificação qual era o quadro dos hospitais dos outros IAPs, da assistência médica nos outros IAPs?

NA - Eu no Hospital do IAPC, hospital de...

NM - IAPB, IAPC...

NA - O IAPB, o IAPB estava com um hospital novo, que é o hospital dos Bancários, também com a melhor linhagem técnica, os marítimos, o IAPETC, tudo, todos eles da melhor linhagem. Inclusive o IAPM absorveu o Hospital dos Marítimos, absorveu o contingente do SAMDU. E aí que virou o Hospital dos Marítimos, é hoje considerado o grande hospital de emergência da Previdência Social do Rio de Janeiro. Que foi a entrada dos médicos do SAMDU, foram absorvidos lá pelo IAPM. Que eu trouxe para cá alguns que já pertenciam aqui ao hospital.

MC - Mas como é que se dá esse processo de absorção? Do SAMDU pelo IAPM? Isso daí se dá na unificação?

NA - Não, porque em 1966 Castelo Branco permite a acumulação dos médicos. Aí desaparece o SAMDU, os médicos então, podendo acumular, os médicos então são absorvidos pelos demais institutos.

MC - Mas a maior parte dos médicos do SAMDU foram para o Hospital do...

NA - Sim. Aí os médicos do Hospital do SAMDU, e os médicos de outros ambulatórios, e de outros institutos.

MC - Foram para os Marítimos?

NA - Foram para o Hospital dos Marítimos.

MC - Mas como é que foi, como é que se deu essa escolha? Eles poderiam ir pro Hospital de Bonsucesso, que é do IAPETC?

NA - Não. Porque aí o Hospital dos Marítimos foi o escolhido, condições no momento o mais... para absorver o Hospital do SAMDU.

Fita 6 – Lado A

MC - Eu queria fazer uma pergunta ao senhor. Pode falar? Esse processo de unificação apesar de ser um desejo de alguns técnicos e também de alguns institutos, havia uma vontade da unificação, mas parece que ela como foi feita, ela teve resistências. O senhor se lembra, na época, o senhor acompanhou esse processo da unificação, o senhor se lembra dessa situação de resistência?

NA - Em primeiro lugar a gente começa a ter que fazer, começa fazendo a pergunta: a unificação foi boa como reforma? Ela se impunha? Claro que se impunha em função de alguns institutos serem deficitários e outros não serem deficitários. Não é isso? E a unificação baseava-se fundamentalmente no princípio já de dar uma dinâmica do setor de assistência médica. Por ter sido uma reforma, as resistências foram muito grandes. Durante muito tempo o IAPC passou a ser do IAPC, o IAPETC passou a ser do IAPETC,

o Lagoa passou a ser do Hospital da Lagoa, Hospital dos Bancários; mesmo até hoje você encontra às vezes chamando Hospital dos Bancários, ou Hospital do IAPC, ou Hospital dos Comerciários, Hospital do IAPETC. Porque na verdade, se fez a unificação e levou muito tempo, eu acho que antes, a unificação de fato ela se dá em termos de INPS quase que no período de [19]73. Aí vem de [19]73 a [19]78 que vira INAMPS, quer dizer, então, na verdade a unificação... A gente pergunta se a unificação foi boa para as categorias profissionais. Alguns acham que não, em função de que o atendimento por categoria profissional dava aquela ideia de uma sequência de sua casa, quer dizer, os comerciários se atendiam nos Comerciários, os marítimos nos Marítimos, os bancários nos Bancários, mas essa é uma ilusão, porque a assistência médica já naquela época era prestada pelo setor privado, e o setor privado tinha no mesmo local, na mesma casa de saúde que eu trabalhei em Niterói, uma casa de saúde com médico próprio, não médico credenciado, mas médico próprio, o IAPC alugava “X” leitos da casa de saúde. Nós do IAPETC alugávamos, o IAPI alugava. Quer dizer: na verdade essa ideia de que a unificação descaracterizou a vinculação da categoria profissional, mas ela trouxe o benefício do avanço do IAPI em cima da massa da população do IAPI que eram aqueles que não tinham nem sequer um hospital, ou estavam construindo um hospital em Fortaleza. Quer dizer, então, a massa de segurados da previdência social na época, aquela não tinha nem sequer hospital. Então, a unificação para a população trouxe as suas vantagens, que não eram, que não deixaram de ser... Acho que a reforma da Previdência Social é que se processou da forma autocrática, sem ouvir as categorias, inclusive a não ter essa experiência, abandonar essa experiência do SAMDU de uma assistência mais humanizada, mais próxima, mais perto da população menos favorecida.

MC - Que categorias o senhor, na época...

NA - Mais reagiram?

MC - Mais reagiram ao...

NA - Os bancários, os comerciários.

MC - Reagiram à unificação?

NA - Reagiram.

MC - Os comerciários também. O senhor que estava dentro do Hospital dos comerciários, como é...

NA - É, por exemplo...

MC - Como é que eram as formas de resistência?

NA - É... Porque o IAPI comandou a unificação, traçou o perfil total da unificação. Primeiro lugar pelo poder da área do conhecimento previdenciário que o IAPI tinha, eu não estou falando em assistência médica estou falando área de conhecimento da Previdência Social; segundo, pela resistência passiva das outras instituições, fizeram uma resistência passiva. O próprio SAMDU não se manifestou, apesar de ter um almirante dirigindo o SAMDU, ele deixou acontecer os fatos. Quer dizer, os institutos, o IAPI

comandou a unificação da assistência médica, isso moldou a unificação da assistência médica.

NM - O senhor está chamando de IAPI o quê?

NA - Eu estou chamando de IAPI porque, vamos ver seu eu faço me entender: o IAPI era o instituto previdenciário que tinha a melhor linhagem de tecnocratas. Se você pega a história da Previdência Social, você vai encontrar nessa linhagem esses tecnocratas.

NM - É o que o Carlos Gentile de Mello chamava de cardeais?

NA - Cardeais do IAPI. Então, tinha o Celso Barroso Leite, Paranhos Veloso, Moacyr...

MC - Velloso Cardoso de Oliveira.

NA - É, Velloso Cardoso de Oliveira, o Celso Barroso Leite, o Hugo Alqueres, Murilo Villela Bastos. O Murilo Villela Bastos era um estranho no ninho. O Murilo Villela Bastos era do IAPC e foi para fazer as normas PAPS, que é o contato primeiro com esse grupo que estudou a unificação chamado Normas PAPS, e aí veio o Corrêa Sobrinho, e outros mais. Mas a área do Hélio Beltrão que era também oriundo do IAPI, quer dizer, o IAPI era um instituto que tinha a melhor linhagem da área do conhecimento previdenciário.

MC - Por quê?

NA - Porque se dedicou muito a essa preocupação dessa formação, concurso, todos entravam por concurso, eles tinham a bienal, eles faziam muito, eles investiam muito em recursos humanos. O Torres de Oliveira foi presidente do INPS, mas também “cardeal” do IAPI, o Torres de Oliveira era um homem dedicado a recursos humanos do IAPI. Então, o IAPI na área administrativa, ele era que pagava melhor os seus funcionários, por causa da bienal, e isso processava através da ascensão por méritos, por cursos.

MC - A bienal é de dois em dois anos... Havia...

NA - De dois em dois anos o sujeito ganhava, mas tinha que ter o acesso. Então, o IAPI deu, fez essas molduras, tirando a assistência médica, quer dizer, tira...

NM - O senhor está me colocando uma perspectiva, digamos assim, de competência técnico-administrativa.

NA - É.

NM - Mas num momento de mudança política eles... Qual é o peso político deles nessa época?

NA - Eu acho que a área do conhecimento, viu? O poder da área do conhecimento, da área do conhecimento previdenciário.

MC - De certa maneira, quer dizer, quando o senhor fala assim... Desculpa. Quando o senhor fala que a unificação foi feita de forma autocrática, o senhor acha que seria possível fazer a unificação de uma outra maneira? Será que...

NA - Eu acho que não, porque aí ninguém iria abrir mão das suas vantagens, quer dizer, as categorias profissionais, os bancários jamais queriam a unificação, o IAPC também não, o IAPETC também não, o IAPM também não. Agora, ele fez uma pergunta muito interessante: Porque o grupo do IAPI que se manteve no poder, é que fez esta unificação, inclusive com a participação do Hélio Beltrão. Porque eles tinham a área do crescimento, a área do crescimento previdenciário.

MC - E o senhor acha, o senhor não acha também que eles também estavam, vamos dizer, até que ponto também não existia a questão de estarem sintonizados com...

NA - Com a redução?

MC - Com esse projeto de unificação?

NA - Sim, porque a gente fala...

MC - Que peso isso tem?

NA - A gente fala em unificação, nós temos falado em unificação, porque a unificação começa a ser discutida na década de [19]60?

MC - A unificação vem de antes.

NA - Vem de antes. A unificação começa, mas começa com a Lei Orgânica da Previdência Social, e aí começa...

MC - É, de fato...

NA - Aí vem a comunidade de serviços, os técnicos da Previdência Social, os atuários, tudo isso começa a buscar o problema da unificação nesse período, e ela se processa em [19]67, e quem faz a unificação como presidente, primeiro presidente da unificação foi o Nazaré.

MC - É.

NA - Quer dizer, que também era um cardeal do IAPI. Quer dizer, a unificação se concretizou em [19]67, o desejo de 15, ou 20 anos atrás me parece que seria essa a colocação.

MC - Sim, quer dizer, porque me parece o seguinte: Todo mundo é a favor da unificação, ninguém se coloca contra, mas de fato, quer dizer, uma coisa é todo mundo se colocar a favor, outra coisa é isso de fato acontecer. Quer dizer, os bancários que se colocavam a favor da unificação, mas eles colocam: devia de ser mais lentamente, e devia estar em sintonia com os desejos dos segurados, ou uma forma mais lenta. Quer dizer, todo mundo no discurso se colocava a favor, mas na hora da prática havia resistências, como o senhor está dizendo, resistências passivas, quer dizer...

NA - Não. Eu pergunto o seguinte: Quando começou a se falar em unificação?

MC - Quer dizer...

NA - Em ... Quando...

MC - Se falar mesmo em unificação, desde o final da década de [19]30 há técnicos querendo a unificação.

MC - Está, a mobilização...

NA - O grande conhecimento, os grandes estudos, as grandes preocupações, o princípio já inclusive da associação AISS – Associação Internacional de Seguridade Social – já defendia esse processo universal da unificação. Então, havia os estudiosos principalmente a gente junta o grupo do IAPI, os “cardeais” do IAPI, os sábios do IAPI nesse sentido, defendendo isso, quer dizer: então a unificação veio no sentido de sobrevivência da Previdência Social, como sistema viável. Porque as Caixas eram deficitárias, o IAPC ficava também deficitário, o IAPETC não era deficitário porque... E o IAPM não era deficitário porque tinham o monopólio do seguro de acidente de trabalho.

NM - Doutor Nildo, eu não estou entendendo uma coisa: está certo, eu compreendo que o IAPI formou uma certa elite, técnico administrativa...

NA - É...

NM - Mas nos outros IAPs nós encontramos algumas personagens, que marcaram também profundamente o pensamento previdenciário no Brasil, a prática previdenciária no Brasil. E por que eles ficaram tão isolados...

NA - Então, mostra um, me cita um.

NM - Piquet Carneiro não era do IAPETC?

NA - Era do IAPETC, mas o Piquet Carneiro era do IAPETC como grande clínico, grandes serviços de clínica médica do IAPETC, professor universitário da UERJ, era se eu não me engano também da Federal, quer dizer, hoje Fundão, mas também depois foi ser catedrático de clínica médica da UERJ. Não sei se o Piquet Carneiro estava envolvido no problema da administração previdenciária. Fora do IAPI o outro nome Murilo Villela Bastos e Hugo Alqueres, oriundos do IAPC, que foram fazer a unificação, e foram depois, se não foram “cardeais”, mas foram “arcebispos” ou “bispos”.

MC - Estavam no espírito, estavam no espírito...

NA - Quer dizer, que a gente, quer dizer, buscando dessas pessoas, a gente vê que...

MC - É um fato, quer dizer, você encontra assim, Stanislaw Peslovski*, que era do IAPETC, você encontra. Não chega assim, quer dizer, pela literatura que a gente vê é realmente o pessoal do IAPI que estava...

NA - A defesa da unificação era uma necessidade, quer dizer, era uma política que se impunha a unificação. Mas a unificação se processou do IAPI, nos moldes do IAPI. Por isso com a unificação continuou-se sempre com a ideia de que a assistência médica é um saco sem fundo, é melhor comprar serviços do setor privado do que do setor próprio. Também eu acho que perpassa por aí, a política dominante dos melhores técnicos tecnocratas da época, mas sempre com aquela visão de que a assistência médica não devia estar misturada com benefício. Que me parece que é o pensamento do pessoal voltado para a Previdência.

NM - E o que significou antes dessa unificação, as normas PAPS?

NA - As normas PAPS significaram os passos para a unificação, para o INPS, mas com pouca participação, que se conta nos dedos quando ele fala, em alguns outros setores das instituições. Se pode contar o Cabral, se tem um outro também, que eu não me lembro o nome, que estava nas Caixas do IPASE, que também eram favoráveis à unificação, e foi o último instituto a entrar na unificação. O IPASE entrou praticamente na unificação na área da assistência médica com o INAMPS, o porquê, veja bem, vamos ver se a gente faz uma similitude com o IPASE. A unificação da assistência médica, não, a unificação dos institutos, e o IPASE, em nível de benefícios, e tudo isso, ele também se unifica, mas o instituto, o hospital, a assistência médica continua independente ao IPASE. O Hospital dos Servidores do Estado passa a incorporar a rede da Previdência Social em 1978 como o INAMPS. Por que isso? Por causa do grande poder do funcionário público. Ainda havia a categoria de funcionários públicos, porque em 1966, é [19]66, que não entra mais, quando o funcionário público entra celetista, quando é que...?

MC - Não sei, não sei quando.

NA - Os concursos do DASP, quando o concurso passava a ser abandonava a Lei 1711, passara a ser como CLT, se eu não me engano, se dá em 1966, ou [19]67. Mas havia um grande contingente de funcionários públicos.

MC - É.

NA - Eu, por exemplo, nesse hospital sou um dos poucos regido pela Lei 1711, funcionário público. A maioria dos médicos que aqui trabalham, dos funcionários que trabalham são celetistas, aí, por isso é que eu acho que o IPASE foi o último a se incorporar, pelo grande poder hegemônico dos funcionários públicos. Desliga, eu...

NM - Vou repetir então, uma pergunta sobre o IAPI.

NA - O IAPI, porque dominou a ...

MC - Vamos fazer o seguinte...

* Transcrição aproximada do nome.

NM - É claro! Vamos ter que repetir aí. Pode começar? Doutor Nildo, eu gostaria de saber novamente: Por que os técnicos do IAPI controlaram a Previdência Social, o processo da unificação?

NA - Porque o IAPI era um instituto que sempre foi voltado para a modernização administrativa. E não é por acaso que o Ministro Hélio Beltrão acabou também Ministro da modernização administrativa do Brasil. Na verdade eles tinham, eles dominavam a tecnologia, a implantação da organização e método da modernização administrativa, a área da computação médica, tudo isso, o IAPI foi detentor desse processo.

NM - Doutor Nildo, em fevereiro de 1900...

NA - Pára, também quero fazer a ressalva, o IPASE só se incorporou ao sistema previdenciário com a implantação do INAMPS. Até [19]78 o IPASE era um instituto em separado, porque em [19]67 que os concursos públicos mudaram, não eram mais como funcionários públicos eram como celetistas. E o desaparecimento progressivo da categoria dos funcionários públicos, e então em [19]78, o IPASE passa a integrar o sistema da Previdência Social, quer dizer, passa a integrar o INPS, passa a integrar o INAMPS, passa a integrar o IAPAS.

MC - Mas há um aspecto político aí também, não é?

NA - Sim, é um processo político em função de que os governantes eram funcionários públicos, no sentido dado pela... da palavra, quer dizer, todos... o poder decisório é... eram dos funcionários públicos.

MC - Que talvez... olha, aí também entra uma outra questão, né? Que é... que com a unificação, quer dizer, a qualidade dos serviços ela cai, não cai a qualidade de serviços? Não cai os hospitais previdenciários?

NA - Não!

MC - Não?

NA - Não, de jeito nenhum, porque com a unificação... Então, é aquilo que eu estava falando anteriormente, a década de [19]70 marca a grande expansão do setor da Previdência Social tanto no setor próprio como no setor de compra de serviços na rede privada. No setor próprio é a colocação de dinheiro, muitas vezes desordenado, muitas vezes inadequado, mas a melhoria da assistência médica se fez desse tipo em termos de expansão, inclusive a rede própria, inclusive esse mesmo hospital que era do IAPC depois passou para o INPS, tem a pujança maior desse hospital, apesar de ter aqui a melhor linhagem técnica, iniciar a cirurgia cardíaca, neurocirurgia, algumas especialidades, mas a atenção à população, a maior demanda se processou com a aplicação da unificação da previdência social.

NM - Doutor Nildo, ainda voltando à questão do IAPI, da unificação: a segunda metade dos anos [19]60 foi profundamente marcado por um determinado tipo de ideologia, que encontra no decreto-lei 200 de fevereiro de [19]67 talvez o seu momento máximo. Aquela ideologia que está marcada pela palavra modernização, racionalização, e custos...

NA - Descentralização.

NM - Descentralização e custos diminutos. Ora, nesse sentido o SAMDU, a reforma que significou, representou a unificação, trouxe alguma coisa do SAMDU.

NA - Nesse período o SAMDU já está estruturado como instituição, e aí nesse período ele também se expande, ele entra no mesmo esquema da reformulação. Só que os custos do SAMDU em termos de assistência médica eram custos socialmente baratos no sentido de levar assistência perto e próximo e com medicamentos, quer dizer, era assistência primária. Quer dizer, ele entra também, ele recebe essa vantagem do Decreto-Lei 200 da modernização administrativa, que é oriundo do grupo do IAPI. O Decreto-Lei 200 é de 1967.

MC - É que o senhor poderia, o senhor se lembra, destrinchar um pouco o que foram assim as normas PAPS?

NA - As normas PAPS precederam o Decreto da unificação, porque o decreto, não, a unificação foi aprovada no Congresso. Não foi decreto-lei, não, acho que não, foi aprovada. As normas PAPS foram normas criadas em nível de Executivo para estudar a unificação. Essas normas PAPS se processaram no período de [19]65, [19]66, [19]67, com mais ênfase no período de [19]66, [19]67. Aonde me parece por essas condições do domínio da tecnologia, no domínio da modernização administrativa, no domínio do poder da área do conhecimento, o IAPI dominou todo esse processo, e os outros institutos ficaram à margem, à margem por desconhecimento.

MC - O desconhecimento...

NA - É, desconhecimento do sistema gerencial.

MC - E não haveria, e por discordância também a gente poderia incluir.

NA - Não, a discordância em nível de cúpula não havia, quer dizer, porque esse processo da unificação se processa, já se discutia isso em termos objetivos, em termos de organização de trabalho, em termos da Associação Internacional de Seguridade Social, e já se defendia, propunha-se a unificação de todas Caixas e os institutos, quer dizer, todas as categorias profissionais. Então, nesse período é que se monta todo esse mosaico que foram as normas PAPS, dando então a estrutura do INPS.

MC - O senhor mencionou aí, antes mesmo de avançar mais na parte da assistência médica depois da unificação. O senhor mencionou a questão da Seguridade Social, e o senhor participou da questão da Seguridade Social, e o senhor participou de um congresso na União Soviética, da Associação Internacional de Seguridade Social. Como é que o senhor foi para esse congresso? Quer dizer, o senhor foi como delegado do Brasil, nesse congresso.

NA - É. Eu fui o único médico da delegação brasileira, aí aparece mais uma situação de fortuna. Um dia me telefonaram, eu estou aqui embaixo, disse: “O chefe do gabinete do presidente do INPS – Nazaré – ele está pedindo... o Presidente está pedindo que mande para chefia do gabinete em três dias o seu *curriculum vitae*. Eu mandei. Um dia fui chamado para conversar com ele. Nessa ocasião ele perguntou qual era a minha

disponibilidade de tempo, disso, daquilo. Eu disse que estava habituado, eu só me dedicava à Previdência Social, aquele negócio lá. “Não, porque o senhor foi o único médico escolhido para a Delegação de Seguridade Social onde vai o Moacyr Velloso, Torres de Oliveira, o Correia Sobrinho, o Cabral e o Hugo”. “Mas vocês querem me dar tempo de eu pensar?”.

MC - Estava bem cercado.

NA - Ir para Leningrado. Fiquei, no mínimo levei um susto. Aí evidentemente que fui perguntar ao meu irmão querido, que era coronel aviador, o que eu devia fazer. Disse: “Não, você vai, e tal”. Aí eu fui, aí eu fui para Leningrado, e passei lá 18 dias.

MC - Só em Leningrado, só em Leningrado, o senhor...

NA - Não, fui em Leningrado e depois por conta própria fui à União, à Moscou. Aí foi aí que eu tive uma visão da grande problemática da Seguridade Social mundial, foi aí também que eu tomei conhecimento de que numa assembleia anterior alguns países assinaram um protocolo de investir da área de dinheiro da Previdência Social em medicina preventiva, e depois de cinco anos, essa assembleia se realiza de cinco em cinco anos, e depois de cinco anos esses países que investiram, que assinaram esse protocolo, que investiram em medicina preventiva, diminuíram os seus custos de assistência médica. Quer dizer, então, o negócio de que assistência médica é saco sem fundo, não. É que a Previdência tem que investir também em medicina preventiva no sentido global, para diminuir os custos viáveis da medicina coletiva.

NM - A previdência...

Fita 6 - Lado B

NM - Qual o significado assim... último desse congresso de [19]67?

NA - Significado positivo? Não, não deu, deu em termos [19]67, então nós temos então... Vocês estão com o meu currículo aí, não é? Que tem aí alguns, tem, então a Previdência começa já em [19]67, aí já com uma outra participação da Previdência Social e com a articulação com o Ministério da Saúde através da Comissão Permanente de Consulta, a articulação com os hospitais universitários, tudo isso já levando a uma fase, como é que o Ministério da Educação e Cultura, levando a Previdência no seu setor abrangente. Abrangente, mas aí a Previdência sempre financiando o setor assistencial.

MC - Eu queria voltar um pouco antes de o senhor começar a falar sobre essa nova situação da Previdência. Sobre esse congresso mesmo de seguridade. O senhor disse que foi discutida a questão, quer dizer, uma das questões foi a medicina previdenciária. Mas o que houve lá de discussões, o senhor se lembra das questões?

NA - Que houve...

MC - Em termos Seguridade Social, é claro que o senhor... Que não eram novas, mas...

NA - Mas essa Associação Internacional de Seguridade Social, a característica era a mudança da capitalização pela repartição, quer dizer, daí os membros dessa organização se comprometiam não mais capitalizar e sim repartir os recursos arrecadados para benefício ao trabalhador. Na área da assistência médica, na área da saúde, não de assistência médica, mas na área de saúde o que me chamou a atenção é que os países membros que lá representavam, principalmente a Alemanha Ocidental; alguns países da África; a França, a importância que eles estavam, que a Previdência Social já estava voltada para a atenção de prevenção, investindo, quer dizer, pegando recursos canalizados pelos seus financiadores para a medicina preventiva. Isso é o resumo que eu trouxe de lá, e também a tese de um sistema unificado de um... regido pelo... a unificação, que era o INPS daqui, né? A Itália que já tem também... tem... a Itália tem a mesma sigla, né? Instituto Nacional de Previdência Social ela também investia parte desses recursos em medicina preventiva.

MC - É, mas que pontos da medicina preventiva eram mais levantados?

NA - Eram aquelas mais da incidência da criança, materno-infantil, do velho, e do cuidado de prevenção das doenças possíveis de prevenção como a hipertensão arterial, o problema da alimentação, toda essa gama aonde é viável o cuidado para evitar doenças secundárias, mas fundamentalmente a área materno-infantil, a mortalidade infantil, o sarampo, a paralisia infantil, tudo isso.

MC - O senhor estava viajando com os cardeais do IAPI?

NA - O único que não foi, foi o Torres de Oliveira, que ia ser o presidente.

MC - Mas o Francisco Torres de Oliveira era também do IAPI?

NA - Era, mas o Torres de Oliveira ia na delegação, não foi, só foi o ...

MC - Não foi.

NA - O Moacyr Cardoso...

MC - O José Dias Corrêa Sobrinho.

NA - O José Dias Corrêa Sobrinho, o Cabral...

MC - O Cabral que era...

NA - Um convidado que era do IPASE, e eu médico.

MC - Sei. É, e como o senhor está aqui colocando, todos aqueles que participavam desse congresso, o que ao menos essa própria associação, eram simpáticos com adeptos da visão de Seguridade Social, não é isso? Só que pelo menos dois deles, quer dizer, tanto o Moacyr como o José Dias Corrêa Sobrinho participavam de um instituto que tinha muito em mente a ideia de seguro social.

NA - Seguro Social. Essa era a preocupação deles, e conversavam muito sobre isso, da importância de equacionar os recursos recebidos com o dispêndio, e com a progressão do

dispêndio em termos de aposentadoria, em termos de benefícios, em termos de acidente de trabalho, em termos disso. E o Moacyr estava muito preocupado na área do direito social, que era uma especialidade dele. E até quando eu cheguei ele me convidou para fazer parte de um grupo de direito social.

MC - Mas hoje em dia, de algum tempo para cá, já é consensual a ideia de Seguridade Social. Mesmo entre aqueles que foram adeptos da ideia de seguro social, representados pelo IAPI. Quer dizer, como é que isso, a partir de quando houve essa passagem? Da ideia dominante de seguro social para a de Seguridade Social, o que leva a essa mudança?

NA - Esse, para mim começa realmente a mudar isto a partir da década de [19]70, [19]69, [19]70 aí começa a mudar o sentido da Seguridade Social.

MC - É. E como é que o senhor...

NA - Mas encontro em [19]73 ainda já com o Luiz Siqueira Seixas começa a haver a ideia de expandir o setor próprio do INAMPS, quando ele expandiu não só na rede ambulatoria, como também expandiu na rede hospitalar. Indiscutivelmente a gente pode colocar se essa expansão... Se há troca ou não, se a compra desses hospitais foi adequada ou não, mas na verdade houve uma expansão do sistema em nível não só do Rio de Janeiro, mas também em nível do Brasil. E temos aqui no Rio de Janeiro o Carmela Dutra, o HTO*, que é o antigo Hospital dos Acidentados, e outros mais. E temos então também já aí o início da preocupação, ou da articulação da Previdência com o Ministério da Saúde e com o Ministério de Educação e Cultura. Em [19]68 se começa a discutir...

NA - Em [19]68 se começa a discutir a participação da Previdência Social nos hospitais de ensino. Com uma resistência muito grande do MEC e vamos dizer, dos titulares da área do ensino, partindo de que de um lado a resistência era das duas partes, a resistência da área da Previdência Social era a resistência de que o segurado indo para um hospital de ensino era considerado indigente. Então, eles achavam aquele grupo, achavam que um segurado indo para um hospital universitário acabava sendo atendido pelo estudante, porque um hospital universitário é um centro de treinamento. Esse era um lado da resistência do grupo da previdência social. O lado da resistência dos hospitais de ensino era porque a Previdência estava muito preocupada com o tempo de permanência desses doentes. Então, os professores universitários, participantes do processo e do MEC achavam que aquele doente era também um campo de ensino. Então, ficavam naquela discussão que dura, que era o doente ficar mais tempo internado para poder mais gente aprender. E o lado da Previdência Social se colocando contra essa situação. Aí aparece então, a ABEM – Associação Brasileira de Ensino Médico – Clementino Fraga, Aloysio Salles, mais tarde a participação do Hésio Cordeiro, e outros, o Bevilacqua, então, onde já começa a definir que qualquer hospital público que seja de ensino, seja do estado, do município ou da Previdência, ele é um hospital de ensino e pesquisa, assistência. Assistência, ensino e pesquisa. Então, sem esta diferenciação. E que o treinamento dos profissionais de saúde, quanto mais doentes entrassem nos hospitais, quanto mais rápido eles saíssem, melhor seria o treinamento. Que isso vem mostrar também o início da Previdência Social, da democratização do acesso ao conhecimento dos médicos, que isso era o embate, isso vem se realizar de fato, começou em [19]68 e vem se realizar concretamente o chamado Convênio MEC – INPS – MEC – Ministério de Educação e

* HTO: Hospital de Traumatologia e Ortopedia.

Cultura, INPS – Ministério da Previdência e Assistência Social em [19]74 quando o presidente era o Reinhold Stephanes, que eu fui representá-lo em São Paulo. Aí marca-se então, é um marco da integração. Porque não mais a Previdência pagava, a Previdência pagava aos hospitais universitários diretamente, os hospitais universitários viraram fundação para se adequarem, para que esse recurso fosse usado pelos próprios hospitais universitários, os hospitais universitários viraram fundações, porque senão o dinheiro teria que ser carregado para o Ministério de Educação, e ser repassado. Então, foram criadas as fundações. Aí a Previdência instituiu nesse Convênio de [19]74 que pagava por altas clínicas, altas cirúrgicas, e procedimentos por portes, quer dizer, cirurgia de grande porte, médio porte, pequeno porte e consultas ambulatoriais. Então, se delineia um dos grandes problemas que era o problema do aumento da permanência ou não, que o hospital universitário estava fazendo ou não, porque ele pagava por altas clínicas, altas cirúrgicas, procedimentos e consultas ambulatoriais. Desapareceram daí os chamados atendimentos individualizados. Mas nesse momento também os médicos reagem aos hospitais universitários. Porque o convênio que foi firmado, que eu estava representando o Reinhold Stephanes, dizia que esse dinheiro não era mais para o médico, era para os hospitais universitários ou hospitais de ensino. Então, havia uma resistência muito grande, porque anterior a esse convênio, o dinheiro repassado a esses hospitais era para beneficiar os titulares ou os médicos dos hospitais, e não a instituição como um todo. Então, a resistência se processava dentro dessa parte. De [19]74 a [19]80 não se tem uma grande, os hospitais universitários ligados ao MEC assinam convênio, mais outros hospitais... Alguns não, somente os hospitais mais da área estadual não assinam, por resistência da corporação, os chamados professores assistentes, até que em [19]80 com a adoção do CONASP, não é [19]80 que entra o CONASP? É [19]80.

NM - Não sei.

NA - [19]80, é.

NM - [19]80 é o PrevSaúde.

NA - É, o Prev não.

NM - [19]81 é o CONASP.

NA - É, [19]81 vem o CONASP. Então, o CONASP então força muito a entrada do Ministério, dos hospitais universitários, hospitais de ensino, convênio MEC – INPS. Mas aí era sempre o problema, todas as discussões sempre se batiam num problema, era o financiamento, era a preocupação básica desse lado do financiamento. E os hospitais privados foram beneficiados bastante com esses convênios, que foram tratados igualitariamente com os hospitais públicos, os hospitais de ensino, da área federal e da área estadual. E os dois hospitais no Rio de Janeiro que assinaram esse convênio foi o primeiro de Niterói e depois a UERJ.

MC - Doutor Nildo, eu queria fazer uma pergunta para o senhor, eu queria deixar para a próxima seção explorar mais isso que o senhor já está abrindo aí, em termos de colocações na relação entre a Previdência e os hospitais universitários; queria finalizar com uma pergunta, que é a seguinte: qual foi a impressão que o senhor teve da União Soviética?

NA - Bem, eu cheguei no...

MC - Já que o senhor estava nesse congresso de Seguridade Social?

NA - É, eu aproveitei na União Soviética, e evidentemente para área de saúde. Então, eu tive a oportunidade em Leningrado de conhecer bem, muito pela facilidade do próprio consulado lá da Leningrado, fácil de conhecer e ter também intérprete. A nossa intérprete falava muito bem português. Então, tive a oportunidade de conhecer bem a assistência médica, e a saúde na União Soviética. Na verdade, eu encontrei já a União Soviética com um nível de saúde de sua população perfeitamente adequado ao processo. Diminuição da taxa de mortalidade, diminuição do atendimento ao velho, diminuição do atendimento assistencial universal da população. Evidentemente sem maiores, sem muita preocupação com a sofisticação. Muito mais voltado para o atendimento primário, atendimento básico, fundamental, primário, secundário. Deixando aí a uma hierarquização muito marcante na União Soviética, que eram os institutos científicos. Também verifiquei lá, que o médico, qualquer pessoa que se formasse era obrigado a fazer dois anos no lugar que se formava. Então, o médico que se formava em Leningrado era obrigado a trabalhar dois anos em Leningrado, nessa ocasião ele podia ter dois empregos, é o problema de um emprego não é só... E que o médico recém-formado trabalhando, ele ganhava o salário de um trabalhador não especializado, na época, se eu não me engano, era 90 rublos. Mas a corrida aí dos médicos que era para a especialização, e nesses dois anos, em três anos ele entrava no funil da especialização. E eu tive essa visão maior quando fui para Moscou, que me encontrei com um amigo meu, que estava radicado lá. Mas a minha própria guia da nossa delegação era uma moça que tinha se formado engenheira de estrada de rodagem, trabalhou dois anos como engenheira de estrada de rodagem, aí foi fazer línguas neolatinas, e nessas línguas neolatinas ela tinha um grande conhecimento da área da língua portuguesa. E aí ela foi para a Companhia de Turismo Estatal Soviética, que era em Turinst, o processo, que era um processo de acesso, a massificação, mas a especialização, o funil se dava na especialização, e na verdade era um instituto científico. A gente chegava assim, num instituto científico, na área de pesquisa, na área terciária e quaternária, e você tinha toda uma tecnologia avançada, mas na área de massa, na medicina é muito não é, a gente não pode dizer, que seja porque era russo, ou porque era fruto da revolução, não era fruto da medicina europeia, uma grande influência da medicina alemã, uma grande influência da medicina francesa. Então, a gente tem que entender aquela aparente simplificação da medicina soviética massificada, na verdade era uma tradição, porque quando depois voltando à Rússia eu vou a Paris, eu tenho oportunidade de conhecer através do meu cunhado um dos diretores de uma grande fábrica de perfumes, uma das coisas que ele mais reclamou comigo, era que eles ficavam muito irritados de ir ao médico, olha que ele é um sujeito muito bem, e o médico pedir exames de laboratório, que mandava para um outro especialista, que isso em [19]67, não faz muito tempo. Quer dizer, o próprio francês achava que esta excessiva especialização, excessivo exame era demasiado... Isso eu tenho essa experiência com essa pessoa com quem eu convivi durante uma semana.

MC - O senhor está então colocando de certa maneira em contraposição a medicina americana?

NA - Sim, em contraposição à medicina americana.

MC - Que o do paciente ter maior...

NA - Sim, claro.

MC - Influência.

NA - Influência.

MC - Quer dizer, que era uma medicina mais especializada.

NA - Lógico, claro. Mais especializada, mais voltada aos equipamentos, mais instrumentalizada, vamos falar em termos, medicina instrumentalizada e não instrumentalizada. O que está havendo é um excesso de instrumentalização médica, essa que é o grande problema.

MC - E a tradição soviética seria mais...

NA - Não é pela redução, mas é pela...

MC - Sim, mas pela tradição médica mesmo.

NA - Tradição francesa e alemã, que evidentemente nós não vamos dizer que a tecnologia francesa e a medicina francesa não é tecnologicamente avançada, mas ela não é tão armada, não é tão instrumentalizada no seu sentido amplo, máximo, como é a americana, como é a nossa. Partindo de um pressuposto, que 80% das coisas são resolvidas com uma consulta. Se a gente admite que em termos de população, que uma população deve de ter dois e meio a três consultas ano por população. Então, você há de convir que as coisas mais comuns do cotidiano da nossa vida, que precisam de uma atenção médica é resolvido com uma consulta, duas consultas. Mas a ideia da instrumentalização excessiva da medicina faz com que esse custo aumente populacionalmente, a custo muito alto, e quem está pagando isso é a população. Agora, por que isso? Aí eu entro, acho que a distorção de todo o sistema capitalista, o avanço tecnológico muito grande, a tecnologia médica acaba sendo um produto, um subproduto das outras tecnologias, então esses avanços entram num problema de mercado. E esse avanço é incorporado para nós, e os próprios médicos patronais estão querendo isso, que leva a essa distorção tremenda, mas também é o tal... É muito bom lá, mas na hora que o sujeito está precisando fazer um transplante de fígado, aí fica a população do Fantástico leva aquela criança lá e lá nos Estados Unidos eles cobram 180 mil dólares, então São Paulo começou a fazer o transplante de fígado, transplante do coração. Quer dizer, porque tudo isso a sociedade começa a incorporar. O sujeito pode morar numa favela, mas ele tem uma televisão, ele tem luz elétrica, ele usa...

MC - Ele vai...

NA - Reivindicar, quer dizer, o consumo faz parte. É aquilo que eu contei a vocês da minha primeira aula de sociologia, quando eu subi no morro: o cara preferia morar no morro de Cantagalo, do que estar na sua fazendola.

MC - Fazendola.

NA - Que tinha um telefone, água da bica, e o prédio onde eles trabalhavam.

MC - Então, vamos dar uma paradinha hoje.

NA - Vamos.

Data: 22/04/1987

Fita 7 – Lado A

NM - Bem, hoje é dia 22 de abril, nós recomeçamos a série de entrevistas com o doutor Nildo, presentes além do doutor Nildo Aguiar, Nilson Moraes e Marcos Chor Maio. Doutor Nildo, no último encontro nós batíamos papo e falávamos sobre os anos [19]60 e terminávamos falando sobre a sua experiência nos URSS, a partir daí começa em sua trajetória alguns dados bastante interessantes, por exemplo, esse período posterior a 1968 é marcado pela publicação de diversos artigos na imprensa, não só artigos seus como artigos com outros médicos principalmente o doutor Carlos Gentile de Mello, como é que o senhor de repente vira intelectual e se propõe através da imprensa a desenvolver um projeto de assistência médica, de atenção médica na Previdência Social?

NA - Quando eu assumi a direção no Hospital de Ipanema em 1966, antigo Hospital dos Comerciários, foi um momento decisivo da escolha minha pelo setor público, abrindo mão de todas atividades, outras atividades inclusive atividades de profissional cirurgião, atividade privada para me dedicar em caráter definitivo, em tempo integral, e dedicação exclusiva ao setor saúde em 1966, ao assumir a direção do Hospital dos Comerciários, um hospital com características próprias que atendia a uma clientela exclusiva dos comerciários, ele foi se amoldando a uma necessidade e já de uma preocupação maior em 1967, [19]68 para a expansão do atendimento mesmo porque com o desaparecimento do SAMDU houve uma absorção dos quadros de médicos do SAMDU. Foi quando implantamos aqui a Unidade de Emergência e Unidade de Terapia Intensiva. Em [19]68 já se começava a discutir em função das explosões das escolas médicas em nível Brasil, principalmente no Rio de Janeiro e a ABEM preocupada com o padrão dessas escolas médicas começou-se a discutir a participação da Previdência Social através das suas unidades hospitalares da residência médica ou da formação do alunado do quinto e sexto ano em residência médica, essa discussão se passava através da ABEM junto com os técnicos da Previdência Social, se tornou como fato, é uma situação de fato a criação e a participação da Previdência para o alunado. Coisa que no passado, nos idos de [19]56, [19]58 havia através do Departamento Nacional da Previdência Social ter sido proibido que os hospitais da Previdência Social já nesse período de [19]68 evoluiu até 1974, quando em [19]74, na época do presidente Reinhold Stephanes se firmou numa reunião da ABEM em São Paulo. Que a décima segunda reunião anual da Associação Brasileira de Educação Médica, realizada em São Paulo, em 1974, eu representando então o Presidente do Instituto Nacional da Previdência Social, foi então oficializado o convênio MEC/MPAS, convênio esse que tinha como finalidade recomendações que mereceram unânime aprovação dos presentes. Os hospitais universitários de ensino deverão ter prioridade absoluta para efeitos de contratos e convênios da Previdência Social com o terceiro para a prestação de serviço médico. Os contratos e convênios da Previdência Social com os hospitais universitários de ensino não podem nem devem ser idênticos aos contratos firmados com casa de saúde ou por outras entidades privadas. Na avaliação dos indicadores técnicos dos hospitais universitários de ensino deverão ser levados em conta não apenas os aspectos assistenciais, mas sobretudo a repercussão das atividades didáticas e pesquisa.

NM - Mas isso não foi feito sem resistência, quer dizer, resistência...

NA - Não havia resistência na área da própria Previdência, dos próprios técnicos da Previdência Social como também havia resistência da própria universidade. O sentido era a integração já dos hospitais de ensino, dos hospitais universitários, com uma necessidade imperiosa para a formação dos alunos de último ano de medicina e a resistência médica nesse momento se faz esse convênio, dando ao chamado convênio MEC/MPAS/INPS – Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Previdência e Assistência Social, onde era um convênio diferente do convênio com a rede privada, com qualquer outra instituição. Nesse convênio a preocupação para Previdência Social era priorizar a preferência da internação e o pagamento da internação por altas clínicas, altas cirúrgicas e alguns procedimentos sem levar em conta nenhum outro tipo de registro que era comum no setor privado.

NM - Agora é comum a gente ouvir no interior das universidades, que dos hospitais universitários que partiram principalmente de professores titulares a resistência contra esse convênio, por que seria essa resistência?

NA - Antes da assinatura deste convênio, chamado MEC/MPAS, que foi firmado em 1974, a Previdência fazia contratos com alguns serviços de hospitais universitários ou com as Santas Casas, onde eram oriundos os serviços universitários, onde beneficiavam e pagavam por unidade de serviço principalmente os titulares, essa resistência realmente se processou em função de que somente os titulares recebiam por unidade de serviço, que às vezes faziam uma caixa única de redistribuição para os seus assistentes. Na universidade realmente houve essa reação no sentido de que deixou de se pagar aos titulares e aos médicos em particular para se pagar aos hospitais de ensino. Nesta situação foi necessário que os hospitais de ensino, para poderem receber as verbas diretamente oriundas do INAMPS, virassem fundação, como foi o Fundão, que se tornou Fundação José Bonifácio; e a Unirio, que é uma Fundação do Gaffrée Guinle; o Pedro Ernesto e outros hospitais de ensino, tanto da rede federal como da rede estadual, porque na verdade, o repasse era feito diretamente ao hospital universitário, na verdade a reação se prolongou por algum tempo porque havia aquela ideia dos docentes, de admitir que ali a posição deles não era uma posição de atendimento assistencial e sim uma posição de ensino. Eles deveriam receber também pela área assistencial, é uma posição esdrúxula e difícil de compreender como também, na medida em que por determinação do governo a Previdência Social começou a receber os internos encaminhados pelos hospitais de ensino e pelas universidades e faziam pagamento a esses internos através do estágio, alguns médicos também da Previdência Social se acharam no direito de também receber uma parcela porque eles estavam contribuindo no ensino. Na verdade, essa discussão da ABEM se processou durante muito tempo tendo como os maiores batalhadores desse programa o Clementino Fraga, Aloysio Salles da Fonseca, Henry Jouval e outros, aonde eles definiram então que os hospitais institucionais são os hospitais de ensino, pesquisa, assistência ou de assistência ensino e pesquisa. Partindo que os hospitais do setor público, eles estão preparados na verdade, para a formação, a multiplicação de recursos humanos, em toda a área da saúde, dessa época de [19]74 a [19]78 foi a época que mais se desenvolveram estes programas de recursos humanos avançando para outras áreas da saúde, os hospitais da Previdência Social recebendo enfermagem, a enfermagem já na parte de treinamento pós-graduação, a enfermagem no treinamento de graduação, assistente social, nutricionistas.

NM - O senhor poderia falar um pouco mais detalhadamente o que foi a administração desse período, qual a sua participação, tanto na administração do doutor Seixas como do doutor Moura com qual foi o seu papel nesses momentos?

NA - A minha participação se processou mais na administração do doutor Seixas, em função de que eu já tinha tido um contato maior com o Seixas quando diretor do Hospital do SAMDU, e o Seixas como médico plantonista do Hospital do SAMDU, nessa convivência se fez quando ele assumiu depois de várias crises nesse período que o período de [19]70 a [19]74 a Previdência Social, o Seixas assume no período de [19]70, então havia também já na preocupação do doutor Seixas, o aumento da rede própria na época, do Seixas, a rede própria deve ter aumentado de sua capacidade instalada em 320% que isso no Rio de Janeiro se caracteriza muito bem com a Carmela Dutra passando para a área da Previdência Social, o Hospital de Traumatologia antigo Hospital dos Acidentados, as casas das comerciárias transformando-se em hospitais dos Acidentados, as casas dos comerciários, transformando-se em hospitais, em hospital de clínica, que foi um processo demorado em função de retirada de pensionistas lá da Casa dos Comerciários, que hoje é o Hospital de Laranjeiras. Apagou a maternidade da Praça XV e em termos de Brasil outras entidades que deram motivos também a vários processos e é nessa colocação havia uma preocupação do Seixas de cada estado deveria ter uma ou mais unidades próprias do INAMPS, para dar essa cobertura também como foi da preocupação do Seixas nesse período do Seixas a vontade de ressurgir o SAMDU com uma nova roupagem chegou a ser até transformado em decreto, mas não foi operacionalizado, em função, acredito, causa da expansão aí do PPA, quer dizer, o plano de pronta ação, que já universalizava praticamente o atendimento de urgência que era o PPA o Plano de Pronta Ação, era uma universalização indistinta do atendimento de urgência de segurados ou não-segurados, na época do Reinhold Stephanes quando ele assumiu em [19]74 a minha participação também já foi aí mais efetiva, também nesta ocasião de [19]68, hoje eu comecei a ter a participação efetiva de Carlos Gentile de Mello no Hospital de Ipanema como meu assessor e como grande implantador na área de administração hospitalar, da auditoria médica da infecção hospitalar de avaliação e desempenho dos hospitais e através dos seus escritos principalmente na *Folha de São Paulo*, ele divulgava muito não só em nível Brasil da política de saúde como grande crítico do sistema caótico e corruptor da assistência médica como também defendia a integração dos serviços públicos aí universitários, hospitais de ensinos, estados e municípios e Ministério da Saúde, e Reinhold Stephanes também preocupado nessa área de recursos humanos preocupado nessa área da formação da melhoria das gerências dos administradores, o Reinhold Stephanes fez então encontros com todos os diretores da rede assistencial do Brasil, sendo que esse primeiro encontro foi até realizado e montado pela UERJ, através da medicina social, chamado naquele tempo CEPLEB. Era ainda um montável, então até quem montou este encontro dos primeiros diretores dos hospitais da Previdência Social que foi feito na UERJ foi Hésio Cordeiro que era na época, o diretor desses cursos, isso se fez durante todos os anos de 1978, o último em 1977, então eu já estava no desejo aí embutir e incluir os hospitais universitários. Como se hospitais próprios fossem da Previdência Social e a UERJ que foi o segundo hospital a assinar esse convênio depois do Hospital Antônio Pedro de Niterói, a UERJ foi aquele que respondeu imediatamente, inclusive foi na ocasião que se desativou um posto, se eu não me engano, o posto da Bandeira e se colocou dentro do Hospital Pedro Ernesto. O hospital da UERJ que é hoje o posto Vila Isabel, foi aí a resposta bastante positiva dessa integração entre Previdência Social e ensino médico, mais tarde entrou o Fundão com resistência no Rio de Janeiro, menores,

resistência fora do Rio de Janeiro, maiores em função do pagamento da UERJ ser ao profissional.

MC - Doutor Nildo, eu gostaria de voltar um pouco atrás, e perguntar ao senhor o seguinte: o senhor colocou que um dos determinantes para esses convênios entre a Previdência Social e os hospitais universitários eram no sentido de que houve uma explosão de escolas médicas e havia uma preocupação, por parte da ABEM, em termos da qualidade desse ensino, ensino médico dentro das escolas médicas, eu gostaria de perguntar ao senhor por que houve essa explosão nas escolas médicas?

NA - Bem, o grande problema é que se nós admitirmos antes da explosão das escolas médicas, do Rio de Janeiro, a gente chega de 1961 a 1970, ou seja, em menos de nove anos surgiram nada menos que 45 novas escolas médicas, verdadeira explosão, cerca de cinco novas faculdades cada ano: Carlos Gentile de Mello, esse ritmo acelerado de crescimento do ano do ensino médio não encontrou aumento paralelo na esfera de recursos materiais humanos indispensável para uma adequada atividade didática, então o que é que aconteceu? Havia, de nosso conhecimento, que o grande problema dos excedentes dos vestibulares este era um motivo de reação de passadas permanentes, fora dos campos universitários como dentro dos campos universitários, que era a pressão da sociedade para abrir o espaço maior para absorção de alunos de medicina. Então essa explosão da escola médica que se processou no governo Costa e Silva com o patrocínio da dona Yolanda Costa e Silva, houve então uma criação exagerada dessas escolas, inclusive escolas inadequadas. Através de uma avaliação feita pela Associação Brasileira de Escolas Médicas, em que chegou a conclusão que a maioria dessas escolas médicas teriam que fechar por falta de condições materiais, condições físicas de dar o atendimento e foram chamadas essas escolas de escolas de fim de semana, neste momento, é que para corrigir o processo entra a Previdência Social para completar através das suas unidades, principalmente no Rio de Janeiro, o alunado do quinto e sexto ano e a residência médica.

MC - Quer dizer, como o senhor está colocando, parece que a preocupação maior da Previdência Social em relação aos hospitais universitários tinha relação com a qualidade do ensino. Mas não haveria outros aspectos, como, por exemplo, no sentido de que realmente os hospitais universitários poderiam cobrir de certa maneira o atendimento necessário à população naquele momento como até hoje?

NA - Sim, claro que não se poderia, nós não aceitávamos que os hospitais de ensino fossem ociosos, não tivessem preferência da internação, só pudessem atender indigentes e a Previdência Social se omitisse nesse processo, partindo de que a compra no setor privado ficaria mais barata do que no setor... Nos hospitais universitários, quando na verdade, nós achávamos que era aí o grande momento não só de reforçar o hospital de ensino que era o hospital que precisava de recursos materiais, mas também aonde o previdenciário poderia ser melhor atendido. Nesse momento, para isso, precisou-se nesse convênio MEC/MPAS do Reinhold Stephanes abandonar os parâmetros do sistema do setor privado, não mais preocupado com o tempo médio de permanência, não mais preocupado com taxa, com o tempo médio de permanência, com os exames realizados, então se pagou numa forma diferente do setor privado, se pagava inicialmente por altas clínicas, altas cirúrgicas e atendimentos ambulatoriais.

MC - Mas parece que havia algumas reclamações no sentido do tempo do paciente ficar nos hospitais universitários que era diferente do tempo de outros estabelecimentos médicos.

NA - Estas...

MC - Outros hospitais...

NA - Este argumento era um argumento muito usado pelos técnicos da Previdência Social, que enquanto os hospitais privados tinham a preocupação de não ficar muito tempo com o doente, o hospital universitário tinha a preocupação de avaliar melhor o doente, fazer mais exames, usar mais a tecnologia complementar de diagnóstico e tratamento, sem estar com a preocupação do lucro, então na verdade tem-se que colocar esse processo, primeiro nesse convênio MEC/INPS que foi firmado na XII Reunião da ABEM, aí já começa o marco da diferenciação de tratamento, tratar o hospital universitário como se o próprio fosse, evidentemente, muito aquém de um orçamento, de um hospital universitário, mas só a mudança de pagamento por altas clínicas, altas cirúrgicas, exames, atendimento ambulatorial já dava margem para que os hospitais respondessem melhor, e o melhor exemplo disso: Hospital da UERJ que foi aquele que respondeu rapidamente e deu mais melhoria, é muito grande dentro do processo, depois veio o Hospital do Fundão.

MC - Eu não sei se eu estou entendendo bem, mas eu vou fazer uma pergunta que talvez, até eu me repita talvez, quando eu falo que havia reclamações em relação aos hospitais universitários, no sentido de que para a Previdência era muito oneroso, havia grupos ou pessoas dentro da Previdência Social que achavam muito oneroso bancar os hospitais universitários, no sentido de que a preocupação dos médicos era muito mais no caráter científico, a uma parte ligada à pesquisa do que propriamente de assistência, nem para aquilo que...

NA - E isso era a versão, mas não era o fato. Na verdade o que queriam aqueles defensores da privatização da assistência médica estão hoje aí em pauta partindo sempre dos hospitais públicos, dos hospitais próprios, os hospitais, os ambulatórios, tudo é mais caro do que na rede privada, na verdade, eles argumentavam isso, quer dizer, isso diz uma versão mas não era um fato real, que na verdade, o hospital universitário dava melhor segurança e não tinha fraudes, o hospital universitário não visava fraude, por isso que no convênio é muito claro que o dinheiro não reverteria ao hospital para participar do custeio do hospital.

MC - Eu talvez faça uma pergunta agora meio contraditória, porque é o seguinte: os médicos que reclamavam que eles deveriam receber um pagamento a mais por estarem assistindo ao paciente, quer dizer, o que o senhor colocou como visão é uma posição esdrúxula, eles não tinham assim em parte razão no sentido de que eles estão realmente, quer dizer, realmente ou talvez substituindo os hospitais, os hospitais previdenciários? Será que não, na realidade, quer dizer, o que é que o hospital universitário hoje em dia, será que realmente é um lugar de ensino ou se coloca lá o médico ou alunos, que às vezes não têm aquela assistência necessária para fazer trabalhos que os médicos normalmente têm que fazer, já formados...

NA - Eu responderia da seguinte forma: para mim todo hospital público é um hospital de ensino, assistência e pesquisa, ou aliás de assistência ensino e pesquisa, porque nós

sabemos que a democratização do ensino médico, a participação é o processo de acesso dos médicos para docentes e titulares das cadeiras, se processou com as urgências do desenvolvimento do crescimento da Previdência Social, nós temos aí, se formos pegar, principalmente no Rio de Janeiro, nós vamos encontrar um grande número de titulares, os grandes formadores de escolas que foram oriundos da Previdência Social, na verdade, um hospital de ensino como hospital próprio, a preocupação é fundamentalmente com os doentes e não com o lucro, essa visão de que o médico no estado, na atividade assistencial é a visão que se coloca também de uma maneira contrapondo, é que a gente sabe que um internato e a residência médica melhora e motiva o corpo clínico do hospital, todo mundo sabe que um hospital ele se autoavalia, ele se autopolicia na medida em que ele tem residentes, na medida em que ele tem internos, porque a própria escolha da residência médica é feita pelos próprios residentes no seu concurso, eles vão fazer a sua opção pelo hospital que está melhor estruturado, aqueles que têm melhores trabalhos científicos, aqueles que têm melhor desenvolvimento, atendimento em todos os níveis, que tem um bom centro de estudos, que tem uma boa biblioteca, então, na verdade, tanto isso é uma verdade para os hospitais de ensino como é uma verdade para os hospitais da Previdência Social e também havia uma outra defesa aí de Clementino Fraga, de Aloysio Salles, de Gentile e outros que diziam o seguinte: na medida em que o aluno fosse conviver com o paciente previdenciário, dentro do hospital, ele tinha uma visão de uma medicina mais comum, de uma medicina mais de massa, de uma medicina de maior abrangência, quando os hospitais universitários ficavam muito preocupados na seletividade dos casos que seriam um dos argumentos na verdade, do lado da universidade, interessados nesse casamento entre hospitais universitários e Previdência Social, buscava essas duas feições do processo.

MC - Como é que o senhor analisa essa experiência que vem desde o final dos anos [19]60? Desses convênios da Previdência com os hospitais universitários, como é que o senhor tem assim um...

NA - Não.

MC - Uma avaliação?

NA - Essa mudança do primeiro, mudança de convênio real dando uma outra dimensão, uma outra priorizando os hospitais de ensino em 1974, o que era anterior era um convênio igual, com o setor privado.

MC - Sei, mas é o privilegiamento que...

NA - O privilegiamento aonde a Previdência Social admitiu através do Ministério da Previdência Social e do MEC que o hospital universitário tinha um convênio.

Fita 7 - Lado B

NA - Começa essa discussão no Luis Seixas...

MC - Sim, mas...

NA - Em [19]68 e se concretiza em 1974 com o papel muito marcante da ABEM – Associação Brasileira de Ensino Médico.

MC - Então nesse sentido como é que o senhor avalia esses convênios que foram estabelecidos?

NA - Eu acho que foi naquela época um dos grandes avanços, um dos grandes processos de avanços, para que se começasse a ter um sistema público nos mesmos níveis e que hoje se traduz isso pelas cogestões, pelas Ações Integradas de Saúde, que na verdade, é a busca da universalização, a busca do sistema único independente da qualificação evidentemente, que até 1983, [19]84, a Previdência Social até mudou o convênio MEC/MPAS já avançou do convênio MEC/MPAS, pagando, remunerando melhor os hospitais de ensino, aqueles que tinham qualificação de excelência como o Fundão, como a UERJ e outros índices de valorização e pagando também procedimentos por transplante e por outros... Medicina nuclear, radioterapia, daí dando então maior... E além disso começou a pagar os não-previdenciários, dentro do hospital universitário internos não-previdenciários ele está pagando o momento atual, isso nasceu em 1984, [19]85, quer dizer, o hospital universitário ao internar o não-previdenciário ele cobra como se previdenciário fosse e também nasceu aí o momento que já a tese do CONASP que é o tempo integral geográfico, facilitando com que um professor, um docente, um assistente trabalhando na Previdência Social e trabalhando no hospital, pudesse fazer tempo integral na universidade e isso foi muito usado como resultados muito positivos na articulação com o hospital Pedro Ernesto e o posto do INAMPS.

NM - O senhor mesmo criou uma polêmica bastante grande por causa de um artigo que o senhor escreveu onde defendia a criação do médico previdenciário, em cima dessa experiência, em cima dessa situação do professor universitário?

NA - Não, a ideia era o grande problema da medicina. O grande problema do processo médico se processa, me parece e fica no problema da dupla militância, dupla militância que o médico pertencia a várias instituições ao mesmo tempo, não é verdade o que se propunha, o que eu defendi através da absorção do médico pelo estudo chamando o médico previdenciário, era constituir uma carreira do médico que entrasse na Previdência Social em tempo integral. E também dedicação exclusiva, fazer com que ele não tivesse anseios ou desejos de ter outra atividade fora. Hoje está se falando também muito nessa reforma do tempo integral e da dedicação exclusiva para que com salários adequados, que é o primeiro ponto, seria o problema dos salários adequados, porque a dupla militância, a tripla militância nasce do pagamento de todo o sistema público.

MC - Eu queria voltar um pouco na gestão do Luís Seixas. Que o senhor falasse sobre, quer dizer, até [19]70, pelo que parece, havia toda uma política de assistência médica privilegiando os serviços de terceiros. O que uns chamam... Houve uma tese de privatização da assistência médica, então é o período do governo Geisel, desculpe, do governo Médici, entram Luis Seixas e privilegia os serviços próprios, como é que o senhor entende esse processo? O senhor acha que foi a atuação de um indivíduo ou havia uma política definida, como é que o senhor...

NA - Me parece que aí é o seguinte: o grande defensor da privatização da assistência médica era o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, na verdade foi o Instituto do IAPI que tinha o maior nível de contatos que fez o maior nível de contatos, partindo do pressuposto que era muito mais barato contratar uma rede privada do que ter a rede própria, outros institutos como o IAPC tiveram alguns hospitais próprios, mas por esforço mais pessoal do prestígio de alguns médicos que conseguiram com seus prestígios

pessoais criar seus hospitais, tirando aí evidentemente o IAPETC e os marítimos que já tinham a tradição de ter seus hospitais próprios, a mesma coisa acontecia no seguro de acidente de trabalho na gestão do Seixas. Nós vemos uma tentativa do Luís Seixas querer. Na gestão do Seixas se deu uma tentativa dele querer pegar o acidente do trabalho e montar como uma atividade própria, pegando o hospital da ordem dos mínimos e transformando aquele Hospital da Ordem dos Mínimos em lugar de internação dos acidentes de trabalho com equipes de neurocirurgiões, cirurgias plásticas e tudo isso e tal, que na verdade, foi uma experiência boa, a gente chega até no período Seixas, que é a tentativa dele de aumentar a rede própria que ela aumentou em 320%, a rede própria, claro evidentemente que depois houve uma série de processos, reverteram hospitais inadequados e tudo isso, mas para mim foi um grande esforço que ele estava fazendo contra um processo que sempre foi a privatização da medicina, segundo foi a tentativa dele no Rio de Janeiro, através do Hospital da Ordem dos Mínimos montar um hospital próprio com equipe própria, um hospital com equipe própria que era a Ordem dos Mínimos para o acidente de trabalho e no período que funcionou houve uma queda vertiginosa de internações em termos de acidente de trabalho e essa equipe que era uma equipe de bom padrão técnico com neurocirurgiões, ortopedistas, cirurgiões plásticos, que quando acabou a ordem dos mínimos, por falência na Ordem dos Mínimos nós absorvemos na nossa rede própria. Aqui mesmo no hospital tem bons cirurgiões plásticos ainda daquela época, na verdade o acidente de trabalho é ser próprio, ser da nossa utilidade, a UERJ fez essa tentativa de através de Landmann, de o diretor ele fazer um convênio de acidente de trabalho também. Mas evidente que a tentativa do Seixas desapareceu... Eles sempre alegam problema de ordem técnica, que nós da área assistência não sabemos tratar acidente de trabalho, por causa do problema de perícia coisa que é inacreditável, quer dizer, até hoje eu não consigo entender isso, o sujeito cai e quebra o braço é o problema do início...

NM - E estávamos falando sobre setor privado...

NA - Sim, claro, é evidente que havia sido uma preocupação de que o pagamento ao setor privado, as casas de saúde privadas, que eram pequenos hospitais na época, eram pequenos hospitais, a maioria dos próprios médicos pagando através da unidade serviço ficava mais barato do que manter uma rede própria ou ter esses convênios com a rede pública. Isto foi o denominador, que acho que até hoje continua esta discussão, principalmente nós não podemos. O Rio de Janeiro é uma ilha nesse processo porque é a maior rede instalada do setor público, daí que eu acho que foi no Rio de Janeiro que a viabilidade da cogestão, a viabilidade das ações integradas de saúde, de uma resposta mais imediata e de uma viabilidade por causa da instalação do setor público ter sido a capital, a Capital Federal do estado do antigo estado da Guanabara, mas quando nós percorremos o resto do Brasil, nós vamos ver que o predomínio do setor privado é muito grande, principalmente de entidades chamadas filantrópicas, entidades sem fim lucrativo, que na verdade preferem ter o relacionamento com o INAMPS através sempre da compra e venda de serviço, através de um médico funciona aí sobre dois aspectos, o código quatro e o código sete, o código quatro é quando o médico é empregado da casa de saúde isso acontece nas casas de saúde ou nos hospitais de doentes crônicos, clínica médica e psiquiatria, mas nos hospitais de curta duração, nos hospitais de cirurgia os médicos geralmente são código sete, o que é o código quatro? Código quatro é um médico empregado da casa de saúde, o código sete é um médico credenciado, ele é depositado na conta dele o que ele fatura pelo ganho, não tem nada a ver com o hospital, o hospital nada

mais é que uma oficina de trabalho, essa foi uma mudança que se processou na implantação da mudança da GIH pela AIH.

MC - GIH, o que quer dizer isso?

NA - GIH era Guia de Internação Hospitalar, que na verdade era aí no sistema baseado no faturamento do hospital e na fiscalização, AIH já foi, AIH é Autorização de Internação Hospitalar, jogada já no computador, o INAMPS pagando agora por procedimentos e não por unidade de serviço, e não por altas, e não por dias de internação e não por exames complementares. Então o INAMPS teve uma avaliação do quadro, uma média estabeleceu o pagamento por uma apendicite, uma hérnia, uma vasectomia, uma varizes, tudo, mas na verdade esse processo era um processo que ao longo do tempo foi o ganho desse descaminho da Previdência Social, foi na verdade a grande expansão desordenada do setor privado.

MC - Como é? Porque não ficou muito claro, quer dizer, eu queria me situar melhor, que o senhor estava desenvolvendo, falando sobre a gestão do Luis Seixas, em que ele privilegiou o setor dos serviços próprios...

NA - Ele tentou privilegiar...

MC - Tentou...

NA - Inclusive querendo a criação de um sistema de assistência médica do tipo SAMDU antigo, ele tentou privilegiar que tem cada estado, cada capital, cada estado ter um hospital próprio, tudo isso foi a tentativa.

MC - Já que o senhor esteve perto dessa gestão, o senhor estava atuando nessa gestão, eu queria que o senhor analisasse essa situação. Até então há uma política de expansão...

NA - Dos seus setores privados.

MC - Setores privados, e depois há uma tentativa, como o senhor disse, ele tentou uma certa guinada para o setor, para os serviços próprios, como é que o senhor entende isso, quer dizer, havia uma política de governo naquele momento que facilitava esse tipo ...

NA - Não.

MC - Esse tipo de política ou foi uma decisão individual, quer dizer, o Seixas entrou ou estava ligada a um grupo, quer dizer, do Julio Barata?

NA - Na verdade aí não era uma política de governo, a política de governo vem quando a explosão das escolas médicas, o baixo índice de ensino nessas escolas, dessa explosão de escolas médicas, onde o governo então decide que a Previdência Social através das suas unidades próprias recebesse os alunos.

MC - Essa era uma política de governo.

NA - Essa foi uma política de governo, isso foi em [19]68, a tentativa de se fazer, de crescer o setor próprio ou o setor público, era da característica individual e da

característica e do prestígio individual, no caso o prestígio individual do Seixas, evidentemente contrariando toda uma política, da própria política da Previdência Social, privilegiando sempre o setor privado. Inclusive a reação dentro da Previdência Social, quando os hospitais nossos se tornaram hospitais de ensino foi muito grande. Era comum dizer não é o hospital, é do previdenciário, ele vai virar um hospital de ensino, vai custar mais caro e aquela história toda, sem pensar de que apesar de nós estarmos atendendo o doente, nós estamos formando o doente, nós estamos formando médicos, formando enfermeiros, formando assistentes sociais, formando nutricionistas de qualidade e boa e de uma eficiência melhor, por isso mesmo a Previdência Social apresenta o maior número de residências médicas e de alunos das escolas médicas.

MC - Quando o senhor fala que hospital de ensino é criação de residência médica nesses hospitais, até então tinham chamado centro de estudos nos hospitais previdenciários, não é?

NA - Mas aí não tinha residência médica oficializada, nem tinha alunado, que tinha uma lei do INPS de [19]56, [19]57 que proibia os hospitais da Previdência Social de terem alunos de medicina e residentes.

MC - Agora é quando o senhor fala assim, quer dizer, o prestígio pessoal do Luís Seixas, a ter esse prestígio, a trajetória um pouco da trajetória dele, quer dizer...

NA - Não, o prestígio pessoal pela indicação direta do Presidente da República da época, pelas ligações que ele tinha com o processo dominante da época, e indicação do Ministro Barata, que fez questão também, que o Seixas foi, como também remontar anteriormente o esforço do Moura, para criar a CEME, a central de medicamentos que estava ligada diretamente ao Presidente, à Presidência da República, que depois passou para o nível da Previdência Social e hoje está no Ministério da Saúde. Na verdade, a CEME foi uma tentativa, na verdade, de se desvincular, a indústria farmacêutica criar uma indústria farmacêutica nacional para diminuir a dependência das multinacionais. A CEME era na verdade uma tentativa quando se estava, do ministro na Presidência da República, de se criar uma indústria nacional dos insumos básicos e dos medicamentos básicos, coisa que hoje a Fundação Oswaldo Cruz está tentando avançar nesse processo.

MC - Mas para haver essa política, política de privilegiamento dos serviços próprios, houve um deslocamento na época do pessoal do IAPI.

NA - Sim, claro, mas eu...

MC - O senhor se lembra desse processo, quer dizer, o pessoal do IAPI chamados "cardeais", que estavam... A cabeça, quer dizer...

NA - Não, eles continuavam na cabeça do sistema, mas o prestígio do pessoal fazia com que eles se afastassem, eu como diretor do Hospital de Ipanema fui representante do Reinhold Stephanes no convênio MEC/MPAS. O convênio MEC/MPAS foi na verdade um desejo do Reinhold Stephanes e o prestígio dele com o Nascimento Silva.

MC - Sim, é interessante porque a política do Seixas tenta implementar, nós poderíamos dentro de um quadro assim ideológico, se pudesse montar um quadro ideológico, poderíamos dizer que ele teria naquele momento uma visão mais progressista, se a gente

pensar que é o serviço que privilegia, quer dizer, uma política que privilegia alguns setores públicos, seja mais progressista do que a privatização, não sei se a gente poderia colocar nesse sentido.

NA - Não, eu não colocaria no processo ideológico, eu colocaria no processo do homem habituado e trabalhando no setor público, galga a presidência de uma instituição, então ele privilegia o setor público claro, evidentemente com o apoio de grandes figuras como o batalhador Carlos Gentile de Mello, defendendo toda e denunciando o [Sérgio] Arouca, Carlos Gentile de Mello, Noronha, Hésio [Cordeiro], Clementino Fraga, Aloysio Salles, tudo isso mostrando que isto era até as pessoas se colocavam no lado bom da questão, mas eu não acho que isto tinha um processo ideológico no meio.

MC - E o senhor colocou que a posição do Seixas não era ideológica, mas ele foi apoiado por pessoas que tinham um perfil ideológico muito claro. Como Gentile de Mello, como Arouca, como Hésio Cordeiro, como é que o senhor vê essa relação?

NA - Porque na verdade, o Seixas estava querendo e conseguiu aumentar a rede própria em 360% em tempo de vida do Brasil e estava defendendo o setor público e o Reinhold Stephanes ao chegar complementou, dando então a uma parte muito mais técnica, muito mais política ao processo, que foi o resultado final de uma discussão que se processava de [19]68 até [19]74, quando engloba os hospitais universitários dentro disso, que culminou numa reunião de São Paulo, quer dizer, eu acho que o marco da reunião da ABEM, da 12ª Reunião da Associação Brasileira de Ensino Médico é marco histórico no sentido dessa integração, agora claro que nem todos os hospitais entraram nos hospitais de ensino. Hospitais universitários não entraram nesse sistema, eles não eram obrigados, você encontra os hospitais universitários de ensino aumentando a sua integração no período já de [19]83, [19]84 aí quase que uma grande maioria de hospitais de ensino ou a grande contingente hoje participa deste convênio MEC/MPAS.

MC - Agora o senhor disse, quer dizer, por que se deu a saída do Seixas? Foi já a mudança de governo?

NA - É a mudança de governo.

MC - Do Médici para o Geisel?

NA - Aí o Geisel entra, o Reinhold Stephanes então, que ele começou a dar uma feição técnica, estruturar toda a Previdência Social, todo o INPS e dando então um caminho maior, uma abrangência maior da Previdência Social em todos os seus níveis: formação de recursos humanos, treinamento de recursos humanos, privilegiar os hospitais pobres, botando equipamentos nem sempre adequados o que era pedido, ele botava mandando o pessoal fazer cursos de treinamentos fora, foi uma época áurea nessa área de recursos humanos, com o Seixas, com um acesso muito grande na área do ensino e na área do pessoal que estava envolvido de todo esse processo.

MC - Stephanes?

NA - Stephanes, mas claro que está, mas nós já tínhamos embutido aí um PPA, Plano de Pronta Ação, que se universalizou em termos do Brasil menos no Rio de Janeiro.

NM - O que é que foi o PPA?

NA - Plano de Pronto Ação, que era o seguinte: era atender às urgências independente de segurado ou não segurado, foi daí que se chamou BAU, quer dizer, boletim é boletim, boletim é BAU...

MC - Assistência de urgência?

NA - É boletim de assistência de urgência, então o BAU São Paulo conhecia esse tipo de BAU, Minas todo lugar tinha um BAU que veio substituir o SAMDU. Claro, é necessário também lembrar que apesar de todas as mudanças, do desaparecimento do SAMDU, no Rio de Janeiro continuavam os postos funcionando como o PU hoje Voluntários da Pátria, Bangu, Campo Grande, tudo isso eles têm um PU, PU é Posto de Urgência de Atendimento Domiciliar.

MC - Quando o senhor, quer dizer, o senhor falou assim o PPA levou a universalização, não é?

NA - Da privatização, baseado na privatização.

MC - Baseado na privatização.

NA - E foi aí numa reunião no Sheraton, em que Carlos Gentile de Mello disse que na época o Ministro devia ter descoberto um poço de petróleo da duração da eternidade porque o recurso da Previdência Social não daria a não ser com recursos extras, aí foi também o grande descalabro do sistema.

MC - Esse estabelecimento do PPA foi na época já do Geisel?

NA - PPA vem de [19]74.

MC - [19]74 que é o momento em que se cria também o Ministério da Previdência Social, Ministério da Previdência e Assistência Social, não é? [19]74.

NA - É também. Isso não, o Ministério da Previdência e Assistência Social é no período Geisel, porque antes é o INPS.

MC - Como o senhor disse...

NA - Ligado ao Ministério do Trabalho.

MC - Ministério do Trabalho, quando o senhor diz que o Gentile no Sheraton disse que o Ministro deve ter descoberto um poço de petróleo, então está claro que havia uma defasagem entre a política implementada e os recursos para embasar essa política?

NA - Não, é que ele já previa que não havia recursos disponível para essa demanda, é essa elasticidade, porque nós sabemos que a demanda e elasticidade infinita, os recursos são infinitos, então o Gentile usava muito isso, quer dizer, quando se abre a demanda de uma maneira totalmente desordenada.

MC - Embasada.

NA - Embasada no lucro.

MC - No lucro.

NA - Aí a criação das fraudes foi muito grande?

MC - O senhor não acha que isso está ligado a uma tentativa já no início do governo Geisel, diante da crise que tentava uma legitimação, quer dizer, ele já vê a própria criação do Ministério da Previdência Social, o senhor não acha que esse programa, quer dizer, também está dentro desse bojo de políticas dentro da Previdência Social de legitimação...

NA - Da privatização?

MC - Não, legitimação do governo, do próprio governo, em um momento de crise?

NA - Sim, claro, evidente, porque eu acho que eu tenho a visão seguinte, o que se podia falar até há pouco tempo podia se meter o pau nos serviços públicos de assistência médica e na música popular, quer dizer, qualquer coisa era viável, o que não se podia eram as liberdades, mas falar. O Gentile, por exemplo, tinha acesso a todos os jornais, principalmente toda semana uma coluna na *Folha de São Paulo*, o [Sérgio] Arouca idem, Hésio [Cordeiro] também. Quer dizer, então havia uma permissão, havia um consentimento do sistema deixar falar mal, do sistema falar mal. Tudo isso, só que estes técnicos diziam na verdade a realidade que se busca hoje corrigir dentro desse processo. Você vê que na própria indicação para diretor desse hospital se processou num processo não político que ele indicou para cá para ser diretor do IAPC o Guilherme Vianna, Guilherme Vianna, colega meu do ex-SAMDU; e o Paulo Fontoura era o superintendente do IAPC. Então o Guilherme Vianna fez a indicação que seria um processo maior político. Quer dizer, o Guilherme Vianna que é um elemento conhecido da esquerda. Fez essa indicação para mim e eu dirigi isso aqui durante onze anos sem nenhuma outra dificuldade maior. Quer dizer que eu acho que o setor saúde era a válvula de escape, inclusive no sentido de tentar distribuir renda por serviço. Havia esta preocupação, quer dizer, o PPA é o salário referência para os maiores de 70 anos, não é isso? É tudo isso, o aumento da assistência médica em todos os níveis era uma tentativa do governo, e para diminuir. Eu chamo aí a válvula, o bico da chaleira.

NM - Eu gostaria de retomar a administração do Seixas, nós havíamos visto que essa administração foi caracterizada exatamente pela tentativa de expansão dos serviços próprios e eu tinha curiosidade de saber como eram as relações entre o Luís Seixas e sua administração com os órgãos, as instituições que representavam setores privados, medicina de grupo, FBH*, ABRANGE...

NA - Eu tenho realmente dúvida de opinar sobre esse processo, mas acho que vale a pena pesquisar que foi no período de Seixas, que menos convênios se fez com a rede privada e a medicina de grupo aparece nesse momento... Acho que não, a medicina de grupo aparece mais posteriormente...

* FBH: Federação Brasileira de Hospitais.

Fita 8 – Lado A

NM - E já ia colocar o argumento...

MC - Eu acho que a medicina de grupo, por mais...

NA - A medicina de grupo, as empresas médicas que faziam os convênios com as grandes indústrias, para a indústria deixar de descontar na sua folha salarial, a referência da área de assistência médica se processa na década de [19]70. Aí, é a expansão desse setor.

NM - Em 1975, o senhor participou do primeiro encontro de diretores de hospitais próprios da Previdência Social e INPS, IPASE – o senhor mesmo já falou nesse encontro, hoje. Qual foi a temática que ele...

NA - A temática era a preocupação do Reinhold Stephanes de buscar através de pessoal escolhido na área, no primeiro foi da UERJ, para dar um enfoque técnico administrativo de gerência, era essa a grande preocupação do Reinhold Stephanes, de formar gerentes para a rede da Previdência Social, e todos os encontros da Previdência Social sempre foram voltados na busca da eficiência e da efetividade do processo gerencial – era essa a preocupação do Reinhold Stephanes. Quando ele buscou esses encontros, a busca era a formação desses gerentes.

NM - Bom, e nesse momento, coerentemente, o senhor, o doutor Carlos Gentile de Mello escrevem, também, na *Folha de São Paulo* e apresentam em simpósios, conferências, uma série de denúncias e análises sobre cirurgias, medicamentos, tratamentos, digamos assim, desnecessários ou excessivos que estariam possivelmente ocorrendo no setor da assistência médica na Previdência Social, na assistência médica da Previdência Social, qual é o nexos que há entre essas falas?

NA - O problema é o seguinte, é claro e evidente que quando a gente fala no procedimento desnecessário que o exemplo clássico é o advento das cesarianas – tem até um artigo do Carlos Gentile de Mello que ele redimia as cesarianas, era que na verdade a Previdência Social privilegiava o parto cirúrgico ao parto normal. E, chegou a casa de... Ultrapassando os limites internacionais de aceitação dentro desse processo de procedimento. A mesma coisa acontecia nos chamados procedimentos complementares de diagnóstico complementares, e também as chamadas cirurgias desnecessárias que eram, também, denunciadas, pelo grupo, que não há sistema de controle que estabeleça o que é cirurgia desnecessária ou não desnecessária, porque isso se processa num mecanismo de compra e venda de serviço e de lucro. A gente sabe que os Estados Unidos houve a denúncia da associação médica, denúncia no Congresso, americano usou do excesso de histerectomia, nos Estados Unidos, que também era o mesmo pagamento por unidade de serviço, e o Gentile sempre caracterizava que unidade de serviço era fator incontrolado de corrupção, não havia sistema nenhum que controlasse o pagamento por unidade de serviço, o pagamento por ato médico, o que muda no convênio MEC/INPS é que isso desaparece, a Previdência Social não está mais preocupada com o convênio, com a universidade, com os hospitais de ensino, no pagamento da US, está preocupada na contribuição do atendimento da população previdenciária, não em um hospital de ensino sem o pagamento da chamada US – que é a unidade de serviço. Quer dizer, houve, então, a expansão do serviço, a expansão desordenada, a expansão de compra de equipamento

desnecessário, a demanda exagerada, a criação de expansão da rede privada se processou de uma maneira muito grande na década de [19]70 até [19]82, que aí é um marco da grande crise econômica e financeira da Previdência Social, refletindo o processo de recessão que o Brasil vivia. Alguns dizem até que o CONASP nasceu em função de: dificuldades financeiras da Previdência Social, tendo que refrear os seus gastos e se voltar a uma rede pública que estava ociosa, ineficiente e não efetiva, quer dizer, o CONASP então se baseia no retorno ao processo do setor público e à integração desse setor através dos mecanismos. Aí nós entramos já em [19]80, e o exemplo típico disso é o Ministério da Saúde, nesse momento, em [19]80, eu já estou no Ministério da Saúde, quando...

NM - O senhor está na famosa Embaixada de Nicarágua?

NA - Não, eu estou no Ministério da Saúde.

NM - O que era a Embaixada da Nicarágua?

NA - Era lá na Superintendência... Quando eu fui ser superintendente, isso foi em [19]83. Em [19]80, eu vou para o Ministério da Saúde, como assessor do Arcoverde, nesse momento, com o apoio do Arcoverde, com o apoio do [...] de Lima, com o apoio do Kerstz*, do Carlyle [Guerra de Macedo] então há a criação do regime da cogestão, que é o regime de administração conjunta das unidades do Ministério da Saúde com a Previdência Social, o exemplo típico é o Instituto Nacional do Câncer. Para se ter uma ideia, em 1980, o Instituto Nacional do Câncer tem 40 médicos, 10 enfermeiros, trinta e poucos auxiliares de enfermagem, um equipamento de radioterapia de primeira linhagem, um acelerador de em média 18 metros – que tinham dois no Brasil – 4 bombas de cobalto, e isso estava em plena ociosidade. No momento que se fez a cogestão, que foi a administração conjunta, não mais o convênio, mas a cogestão, que é a administração conjunta, nasceu daí a portaria da CIPLAN – a CIPLAN, vocês sabem o que é, comissão interministerial do planejamento do setor saúde – a CIPLAN com essa portaria da CIPLAN – portaria interministerial número 9, de 26 de agosto de 1982, o Ministério da Saúde da Previdência e Assistência Social, no uso das suas atribuições e tendo em vista a proposta da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – CIPLAN, resolve: que o Instituto Nacional do Câncer, da divisão nacional de doença degenerativa da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, do Ministério da Saúde, será administrado por regime de cogestão pelos ministros do Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social. A cogestão se fará através de um conselho técnico-administrativos, CTA, instituído por esta portaria, com as seguintes atribuições: aprovar a programação de atividade do Instituto; aprovar a proposta de orçamento operacional anual do Instituto e acompanhar a sua execução; acompanhar e avaliar o desempenho das atividades do Instituto e aprovar as propostas futuras administrativas do Instituto e suas reformulações, na programação do INCA. Serão seguidas as seguintes diretrizes: quanto à clientela: serão atendidos independentes da situação de previdenciário, ou não, sem discriminação, utilizando as mesmas instalações e dependências, horários, todos que necessitar dos serviços do instituto, quanto a recursos humanos: serão utilizados os recursos humanos dos dois ministérios de acordo com a disponibilidade de pessoal e necessidade para a execução da programação, quanto a recursos financeiros: considerar toda a atividade de administração, pesquisa, e ensino e assistência, os dois ministérios contribuirão, em partes iguais, para a manutenção do instituto – aí já muda, enquanto que

* Transcrição aproximada do nome

o convênio MEC/INPS estava preocupado e, na retribuição da assistência médica, na cogestão a preocupação já é com o ensino, com a assistência, com a pesquisa e com a administração, e já aí permite nessa portaria a troca de pessoal, quer dizer, o INAMPS poderia, os médicos do INPS poderiam trabalhar no Instituto Nacional de Câncer sem nenhuma perda dos seus vínculos das instituições envolvidas – quanto ao ensino e pesquisa: serão desenvolvidas atividades de pesquisas e ensino do instituto, bem como convênio com entidades nacionais e internacionais – então é aí que se respeita a individualidade da instituição, se estabelece até os convênios internacionais e nacionais e as pesquisas do treinamento, a participação do Instituto do INAMPS seria equivalente e necessária para isso. Claro e evidente que esse meio a meio nunca funcionou, o INAMPS sempre participou muito mais, hoje o INAMPS deve participar em termos de 71 a 80% do custeio do Instituto Nacional do Câncer. Mas na verdade, isso para o INAMPS foi da maior repercussão, porque o INAMPS passou, deixou de gastar na rede privada os tratamentos de radioterapia, e os tratamentos de medicina nuclear, para daí nascendo... Aí, vem a composição do Conselho, composição paritária, constituída de seis membros, indicado pelo Secretário de Medicina Social do INAMPS, pelo secretário nacional de programas especiais do Ministério da Saúde e o CTA anunciava ordinariamente, uma vez por mês, extraordinariamente foi convocado pelo presidente, o 50% do seu membro, o diretor do Instituto apresentará mensalmente ao CTA, relatório de desempenho do Instituto, inclusive emissões técnicas. Essa portaria entrará em vigor na data de sua publicação. Quer dizer, esse foi o que o constituiu, mais tarde, foi aprovado uma outra portaria da CIPLAN, criando o centro de transplante de medula óssea, porque na época de [19]80, em [19]82 havia uma grande evasão de doentes para os Estados Unidos, para tratamento de câncer. A maioria desses doentes era um custo muito alto para a Previdência Social, e, muitas vezes, sem nenhuma avaliação técnica. Então o Instituto Nacional do Câncer passou a ser o ponto de referência para mandar esses doentes para – via INAMPS – para o exterior, daí cria-se, então, o Centro de Transplante de Medula Óssea, que está hoje em pleno funcionamento no Instituto Nacional do Câncer, que o INAMPS, independentemente, já tem também uma participação efetiva no custeio desse centro. Com esta medida, com o desenvolvimento do Instituto Nacional do Câncer, o que resultou? Resultou que a radioterapia do município do Rio de Janeiro passou a ser feita, toda, pelo Instituto Nacional do Câncer; a mesma coisa aconteceu com os tratamentos quimioterápicos, e a medicina nuclear, que o Instituto Nacional do Câncer não tinha bastante desenvolvida, foi feita, então, um convênio através da Campanha Nacional de Combate ao Câncer com o Hospital do Servidor do Estado, que passou, que foi o nome de PIMN – Programa Integrado de Medicina Nuclear – e esse PIMN passou a absorver toda medicina nuclear do município do Rio de Janeiro e desenvolvendo todos os programas necessários para isso. Para se ter uma ideia do que isso representou um relatório do primeiro trimestre, o desempenho dele, durante o primeiro trimestre de [19]83, cotejado com indicadores técnicos e o volume de serviço produzido em igual período de [19]82, ocorreu, nesse período, uma redução de terminais de permanência em 13,9%, sendo 14,9 a média de dias de internação, a taxa de ocupação foi de 82,7, sendo inferior em 4,1 em relação a [19]82. Decresceu a taxa de mortalidade de 21,7%, sendo 7,6 do presente período, a taxa de infecção hospitalar foi de 9,1, tendo diminuído do 16,5 comparativamente a de [19]82; a taxa de necrófilo de 94,5% foi menor que a registrada no período anterior em 3,6. Foram efetuadas 1.226 internações, superiores em 9,4%, em relação ao primeiro trimestre de [19]82; os atos cirúrgicos cresceram em 24,9%, com 201 cirurgias realizadas nesse período; a consulta externa elevaram-se em 29.369, superiores em 13,6%, ao mesmo período de [19]82. O serviço complementar de emergência, comparado ao crescimento global, observado em 28,6% de aumento em radiologia, 6,4%

em anatomia patológica, 0,4 em patologia clínica, em 15,9 em medicina nuclear. O período de janeiro a maio de [19]86, o gasto global foi de 771 milhões, 386 mil 356 cruzeiros; os investimentos incluídos acima, e os investimentos não incluídos acima importaram em 34 milhões, 183, 282. Os custos globais, nesse trimestre foram superiores a 17,4 em relação ao contrato do mês de maio de [19]82. Conforme significa ao se inflacionar com base no ORTN, para fins comparativos, utilizando o mesmo método comparativo em relação aos investimentos realizados, registrou-se um aumento de gastos correspondente a 94,7%, aplicados em equipamentos e obras do projeto do Centro de Transplante e Medula Óssea. Na vigência do PIMN – do Programa Integrado de Medicina Nuclear – no Hospital dos Servidores do Estado, foram realizados nesse trimestre 18.110 aplicações de radioterapia, pelo INC, equivalente a 608 mil, 626 unidades de serviço importando com base no valor da US, que se trabalhava na época, na base da US, de 57 milhões, 480 mil, 080 cruzeiros. A produção de serviço de medicina nuclear, pelo INCA, no primeiro trimestre foi de 2374% possivelmente realizados equivalendo a 307 mil, 640 US, importando de 24 mil, 612 milhões de cruzeiros, com base no valor da US. Os dados do PIMN referentes à posição global de produção do trimestre, dos hospitais do INCA e do [Hospital dos] Servidores não puderam ser apresentadas por falta de informações até a presente data. Nos dois primeiros meses, no ano antes que se verifica o contexto que engloba o período de [19]82, um crescimento de serviço de medicina nuclear na ordem de 518%. Em radioterapia; 9,7% - porque radioterapia o Instituto Nacional do Câncer já estava na sua capacidade plena e a medicina nuclear ociosa no Servidores do Estado, que é um dos melhores serviços de medicina nuclear, ela cresceu no período de [19]83, comparada com [19]82, em 518%, isso na base do valor de 80 US, a produção atingiu no primeiro bimestre de [19]83, 163 milhões, 203 mil, 660 cruzados, poupado no setor público correspondente a 21 mil 230 procedimentos especializados.

NM - A unidade de serviço valia 80 cruzeiros?

NA - Cada US não, 80 cruzeiros por unidade de serviço.

NM - Essa ideia de cogestão, o senhor desde o início, no final dos anos [19]70 vem defendendo. E que o senhor conseguiu viabilizar no INCA...

NA - Não, a ideia da cogestão nasceu em 1980, no gabinete do secretário geral do Ministério da Saúde, quando, ele me convidando para ser assessor do Ministro Arcoverde, eu perguntei o que eu ia fazer, porque eu não queria ser assessor, por ser assessor. Então ele disse que era necessário cuidar dos aspectos do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Ele disse: “Não, mas acontece que o ministro está entregando os hospitais dele para o INAMPS”. Você vê como as histórias, em [19]80, o Ministério da Saúde queria entregar para o INAMPS. Eu digo: “Não, mas por que não fica no Ministério da Saúde com seus hospitais, principalmente seus hospitais de referência, como o Instituto Nacional do Câncer, que é um hospital na área de pesquisa e do ensino, é um hospital de referência na área do câncer e nós não propomos ao INAMPS o regime da cogestão, que é uma administração conjunta?” Foi aí que nasceu o processo da cogestão. Quer dizer, para mim a cogestão é um avanço na relação com o setor público.

MC - A ideia da cogestão é acabar com a ociosidade que havia?

NA - Acabar?

MC - Um dos motivos era acabar com a ociosidade existente?

NA - E acabar com a ociosidade grande, do Instituto Nacional do Câncer, que era um instituto mais antigo em nível da América do Sul, que teve o seu período áureo, antes, no período até o período de [19]64, antes da Revolução, aonde o ministro, aquele da privatização? Qual é? Não é o Rocha Lagoa, é o anterior. Aquele que era dono da Casa de Saúde Psiquiátrica. Qual é o nome dele? Ele botou em [...] pública o Instituto Nacional do Câncer, à venda. Como ninguém quis comprar o Instituto Nacional do Câncer, ele cedeu o Instituto Nacional do Câncer para a Unirio, naquela época era do ensino e cirurgia, FEFIERJ. A FEFIERJ transformou aquilo num hospital geral, mas não teve recursos para tocar adiante, foi daí que fizeram um convênio com a Previdência Social, do estilo MEC/MPAS até que a FEFIERJ entrega de novo, o Instituto Nacional do Câncer para o Ministério da Saúde, e ele então é incorporado na reforma do Ministério da Saúde. Mas é incorporado que o MEC deveria, também, assumir, essa parte, na área da cancerologia. Em [19]80, por felicidade, eu então implanto a cogestão no Instituto Nacional do Câncer, que eu repeti isso depois, em [19]83, com aquele governo do estado...

NM - Com o setor industrial?

NA - Não. Com o governo do estado, governador... Com o governador Brizola e com o Jamil Haddad, e o Júlio Sandre, na área da Secretaria do Estado, com Eduardo Costa. Que aí, mas eu já estava na superintendência, eu larguei o Ministério da Saúde para ser superintendente do Rio de Janeiro.

MC - Do INAMPS?

NA - Ser superintendente do INAMPS, do Rio de Janeiro. Então, a minha preocupação foi o meu processo, a minha preocupação política era criar, no Estado do Rio de Janeiro, o programa do sistema do regime da cogestão, porque eu ainda o considero um grande regime – o regime válido até o momento. É um caminho, é um degrau para o instituto único. Quando eu propus isso ao Ministério da Previdência Social, estava dentro da diretriz do CONASP, o Estado do Rio de Janeiro, com as suas unidades ambulatoriais, aí, já não mais, hospitalar. Aí, já pega todos os postos de saúde, todos os ambulatórios de todas as unidades primárias de saúde.

NM - É a ideia de integração de saúde?

NA - E cabe no sistema da cogestão. Antigamente o sistema da cogestão era só na rede hospitalar, já quando foi firmado o convênio com o estado do Rio de Janeiro, no município do Rio de Janeiro e com a prefeitura do Rio de Janeiro, a ideia já era uma integração do sistema como um todo, inclusive as unidades primárias de saúde. Para a rede do estado, nós, então, avançamos no projeto Niterói – que era um projeto que a Manuela, Maria Manuela, e Guilherme Sampaio Ferraz, montaram em [19]81, [19]82 – que era a ideia de Rio, Niterói, Campinas, não é isso? E Rio Grande do Norte; só vingou Niterói. Então aproveitando, eu já contando, então, na superintendência com um grupo que eu chamava Embaixada da Nicarágua – que era constituído pela minha chefia de gabinete, que era Manuela, professora de saúde comunitária da...

NM - UFF.

NA - Do Antônio Pedro...

MC - Fluminense.

NA - Da Fluminense, com o [Luiz Antonio] Santini, que tinha saído com o Guilherme Ferraz, lá da administração central em função dos descaminhos do processo político, dele, com o processo político da maioria. E eu, então, monto, dentro da minha chefia de gabinete, uma secretaria para as ações integradas de saúde...

MC - Mas por que isso... E, por que essa denominação: Embaixada da Nicarágua?

NA - Não, isso era uma piada que eu fazia, porque eu tinha dentro o Guilherme Ferraz, eu tinha o Santini, eu tinha a Manuela, eu tinha...

NH - Luiz Felipe?

NA - Não, o Luiz Felipe está no estudo da Sala do Câncer, eu tinha era um grupo de jovens...

MC - De esquerda...

NA - Voltados, junto, com a pessoa da esquerda, que hoje está defendendo a reforma sanitária, que está trabalhando com o [Sérgio] Arouca, estava, lá, firmando, que era no sexto andar, a superintendência era no sétimo, e no sexto andar era o grupo se articulando com o prefeito, e se articulando com as prefeituras, se articulando com as entidades filantrópicas. Aí, já se avança um processo adiante, enquanto que no CONASP havia uma preocupação de fazer as ações integradas de saúde, através das prefeituras, eu já defendia as entidades filantrópicas, independente se seria segurada ou não, segurada ao ler o projeto de Niterói, é mais ou menos esse esquema. O que eu estava preocupado era avançar no processo, abranger o mais possível o número de prefeituras. Em outubro de [19]83, em Brasília, se assina um convênio com o governo do estado e com o Jamil Haddad; que a minha preocupação, também, já era a municipalização, as discussões de ordem técnica com a Secretaria do Estado e Saúde e Higiene do Rio de Janeiro, ela enquanto queria um convênio sobre a égide do Estado, eu defendia um convênio bilateral, quer dizer, o repasse seria direto às prefeituras. Agora, havia um mecanismo coordenador que era a CIS – Comissão Institucional de Saúde – e a CMS – Comissão Municipal de Saúde – nesse grupo é que se criou, então, também, o chamado GEL – Grupo Executivo Local – que reunia, então, as regiões administrativas representação da comunidade, representação de classe, e tudo isso. E foi uma tentativa da regionalização e da universalização do atendimento médico. Claro que eu estava muito mais preocupado no avanço político da proposta, do que nos resultados, evidentemente, que isso não foi fácil. Não foi fácil, por quê? Eu estava contrariando uma série de interesses privatizantes e estava, também, contrariando interesses político-partidários. Mas, como eu acho que saúde e educação a gente tem que avançar no processo extrapartidário, o problema é um objetivo comum – isso, também, o Arouca disse, e o Nilson também fala nisso, porque senão a coisa não vai andar – então, na verdade, se avançou dentro desse processo, claro que as dificuldades, o avanço, foram grandes, há dificuldades, maiores ainda, mas hoje nós vemos vantagem da cogestão, porque já há um acordo entre o Ministério da Previdência Social e o INAMPS – junto com a Secretaria da Saúde e a prefeitura para um aproveitamento dos concursados da rede pública, no município, para trabalharem no

INAMPS, porque dentro do regime da cogestão está um item dizendo: quem trabalha numa instituição cogeriada, pode trabalhar na outra, por isso que nós vamos receber, conforme informações, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos para algumas especialidades maiores.

MC - E, pelo o que o senhor está colocando, o senhor primeiro é diretor do Hospital de Ipanema, depois o senhor passa a atuar na gestão do Seixas, depois no do Reinhold Stephanes, não é? E chega depois o senhor passa para o Ministério da Saúde...

NA - Não, antes eu vou para o Departamento de Administração Médica do INAMPS, do novo INAMPS...

Fita 8 - Lado B

NA - Eu fui indicado...

MC - Em 1968...

NA - Em 1978...

MC - [19]78...

NA - Eu fui indicado para diretor do Departamento de Administração Médica do INAMPS, para direção geral.

NM - Mas, antes disso, o senhor podia contar a história da criação do INAMPS. Tem um artigo famoso: Quem tem medo do INAMPS?

NA - Do Gentile.

NM - Do Gentile, que o senhor, mesmo, é citado nesse artigo, publicado pela Folha de São Paulo. Como é que foi essa gestação do INAMPS?

NA - A gestação do INAMPS foi a necessidade de se desvincular a assistência médica do sistema do Ministério do Trabalho, inicialmente. Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social se impôs aí a separação: o INAMPS cuidando da assistência médica, o INPS cuidando dos benefícios e aposentadoria e pensões, e o IAPS cuidando da arrecadação. Esta foi a visão, já do INAMPS, quem foi o primeiro presidente do INAMPS foi o Gérson Coutinho – ele era Almirante da Marinha, médico, convidado pelo presidente da CEME, primeiro presidente da CEME na época que passou para o Ministério da Previdência Social e, depois, foi chamado para a presidência do INAMPS. Nesse antigo método do INAMPS, eu entro dizendo que o estudo da evolução da medicina previdenciária revela que com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, de [19]67, e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, começou em caráter definitivo o crescimento em escala significativa de um programa de proteção e recuperação da saúde, de tal forma abrangente, que desde logo foi possível vislumbrar a sua universalização. Parece, evidente, que a sociedade, através do governo, não poderia aliar-se ao problema do corrente e o abandono da medicina liberal, que por sua vez resultou da desigualdade da distribuição de renda, que impede que amplos setores populacionais estejam possibilitados a pagar, diretamente, os serviços médicos e

assistenciais de que ele necessita. A dificuldade seria muito grande, entre outras razões, em face à comprovada desarticulação existente, entre atividades desenvolvidas pelas instituições federais, estaduais e municipais, bem como do setor privado. Optou a Previdência Social pela necessidade de racionalizar administrativamente sobre o império do Decreto-lei 200, através do planejamento centralizado de normatização do serviço de saúde, sempre em busca de maior produção de serviço. A participação cada vez maior do setor privado no panorama global do serviço de saúde deu lugar a um crescimento, nem sempre adequado, de números de leitos hospitalares promovendo a expansão do que se convencionou chamar de complexo industrial do setor de saúde, caracterizado pela demanda permanente de equipamentos médico-hospitalares, nem sempre prioritários, e nem sempre atendendo aos interesses de saúde da população. Esses fatores contribuíram de forma decisiva para uma atenção especial à primazia para a hospitalização e a prática instrumental da assistência médica em detrimento de programas mais abrangentes, de custos e benefícios mais eficazes, voltados para as ações primárias da saúde. Em outras palavras, ao invés de ampliar a cobertura, preferiu-se adotar a internação como preferência, precisamente a modalidade assistencial que deveria ser considerada como excepcional, somente utilizada quando não houvesse outra alternativa. Por outro lado, novas instalações e equipamentos introduzidos na metodologia de diagnóstico de tratamento, e de custo também elevado, substituíram, procuraram substituir a prática do médico generalista, figura que nos dias atuais procura se restabelecer. Nos últimos anos o sistema previdência sofreu justificada pressão no sentido de funcionar como instrumento complementar de distribuição de renda, diminuindo as tensões sociais, dentro de sua política integrante dos objetivos nacionais permanentes... Por isso mesmo é que nos quatro anos mais recentes o sistema brasileiro de previdência e assistência social ampliou o elenco das suas prestações, benefícios e serviços que entre, entre outros, o seguinte: benefício em dinheiro os maiores de 70 anos ou inválidos; distribuições de medicamentos, base da CEME, Central de Medicamentos; distribuição de alimentos a gestantes e crianças; prestações de assistência médica, urgências, sem discriminação, quem era PPA. Entretanto, a participação de ordenadas do setor privado, do sistema, dificulta o controle da demanda da assistência médica, sabidamente caracterizada pela elasticidade infinita, bem como pressiona para a internação, em relação ao atendimento do primeiro livro. O aparecimento do sistema nacional de saúde, instituído pela Lei 6229 de julho de [19]75 ficou perfeitamente definido o papel do Ministério de Previdência e Assistência Social na prestação de serviço de saúde a pessoas. Dois anos surgiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS – com o seu subsistema de assistência médica, o INAMPS. Dentro de uma programação técnica e administrativa, foi estruturado o INAMPS, com uma Secretaria de Medicina Social, a qual procura concretizar os objetivos desse órgão que resume na implantação efetiva no sistema nacional de saúde, responsável pela gerência administração do subsistema de prestação de serviço, da saúde individual. Portanto, o INAMPS, integrando o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, bem como o Sistema Nacional de Saúde, deve desempenhar a função básica de promover a saúde individual, em estreita vinculação com todos os demais órgãos públicos e privados, que de alguma maneira estejam envolvidos nessa área. Com a finalidade específica de corrigir as imperfeições do sistema, as normas operacionais podem ser definidas, em resumo, de acordo com as seguintes definições: primeiro, recomenda-se como norma geral a fixação de intendência dentro de uma política pragmática e gradualista; segundo, partindo do pressuposto básico de que a demanda de serviços médicos essenciais se apresenta com a característica de elasticidade infinita, a única alternativa para dimensionar essa demanda se encontra nos parâmetros da oferta de serviço, na sua regionalização e na sua hierarquização; terceiro, para calcular a oferta de

serviços médicos, ao mesmo tempo que há parâmetros que possam oferecer condições para avaliações dos serviços contratados, aconselha-se a racionalização das atividades dos hospitais e ambulatórios próprios, bem assim, da rede oficial conveniada. Os convênios MEC/MPAS. Fixação de prioridades, autorização ampla dos hospitais governamentais na esfera federal, estadual e municipal e o funcionamento não raro está comprometido pela escassez de recursos financeiros, humanos e administrativos. Fixações de prioridades ou prestação de serviços médicos e assistenciais em ambulatório e no domicílio, evitando-se quando possível a prestação de assistência a regime e internações hospitalares, nos termos da legislação, dos períodos da Organização Mundial de Saúde, plenamente consagrados pelos especialistas nacionais. Implantação do sistema regionalizado de saúde, em consonância com a lei que constituiu o Sistema Nacional de Saúde. Promoção de um perfeito entrosamento do aparelho utilizador de recursos humanos para a saúde, como aparelho produtor desse recurso, isto é, buscar uma estreita vinculação entre a Previdência Social e as Universidades brasileiras, notadamente no ensino médico. Criação de uma rede médica assistencial de complexidade crescente, de tal maneira que a unidade periférica fique com a responsabilidade de prestação de cuidados primários e unidade intermediária com encargo de prestar cuidados secundários, restando às unidades diferenciadas a prestação de cuidados terciários, nitidamente diferenciado por complexidade de especialização. O que é isso? A hierarquização, que na verdade, em qualquer parte do mundo o que existe é hierarquização. Periféricamente o atendimento tem que ser: pronto, próximo e com medicação, partindo de que uma consulta, duas consultas, resolvem 80% da demanda daqueles que procuram a assistência médica. Que é necessário, é, que esses postos periféricos e os ambulatórios, sejam resolutivos, inclusive, a maioria dos tratamentos podem ser feitos em regime ambulatorial, como se faz, por exemplo, a própria clínica privada, evitando as chamadas internações desnecessárias. Promover em ritmo acelerado o treinamento de recursos humanos, sobretudo, de nível elementar, auxiliar e técnico. Promover a ampla utilização de pessoal de nível elementar, auxiliar, devidamente internado, com respectiva supervisão. Desenvolver em âmbito nacional, nas unidades próprias e coordenadas, a padronização do medicamento da CEME, já iniciada em alguns hospitais. Adotar como norma um modelo de “minuto-abandono”, do convênio MEC/INPS, disciplinando relações entre a Previdência e hospitais universitários, os de ensino, bem como hospitais filantrópicos de finalidade social – [19]78 já preconizava a expansão do MEC-INPS para as entidades filantrópicas e estaduais e municipais.

NM - Incluindo as Santas Casas?

NA - Estabelecendo prioritariamente o programa que ele tem como objetivo, aplicação de medidas preventivas como norma operacional – quer dizer, já em [19]78 o INAMPS chegou a tentar implantar, em todas as unidades próprias, periféricas, e nos seus hospitais gerais como maternidades, incluindo maternidade, já a prática da vacinação sistemática e sistematizada das crianças e daquilo que fosse possível vacinar. A Secretaria de Medicina Social do INAMPS, deverá a curto e médio prazo, desenvolver mecanismo de controle e avaliação, de identificar e corrigir distorções no campo médico e assistencial. Para atingir os seus objetivos o INAMPS terá que contar com recursos humanos qualificados, razão pela qual será aconselhada a criação da carreira do médico previdenciário da mesma forma como foi criado a carreira do sanitarista. Somente com o esforço conjugado de todos que estão empenhado na área social, poderá o Ministério da Previdência e Assistência Social, através do INAMPS, cumprir integralmente todas as suas metas. Que se resume no bem estar da população previdenciária – mas, também, que é eu evoluir, da

evolução disso vem a cogestão, quer dizer, então, é nesse momento que eu estou na administração do INAMPS, até [19]79, com o Jair Soares, que nós, então... Consegui levantar todos os equipamentos existentes, em nível Brasil, de alto custo; implantar o controle de infecção hospitalar; implantar a padronização da CEME em todas as unidades próprias do INAMPS, ambulatório; aumentar a dispensação do remédio do CEME, e introduzir, também, a CEME, já nas unidades conveniadas do sistema médico – INPS. Então em [19]78 para [19]83, a evolução; para [19]80 tem a cogestão do Ministério da Saúde, para [19]83, bem já a integração com o governo do estado do Rio de Janeiro.

NM - Uma pergunta mais de caráter histórico: em 1967, quando foi a constituição do INPS, a participação daquela elite técnica-administrativa do IAPI foi determinante... Em 1978, na criação do SINPAS, aonde está essa elite do IAPI?

NA - Essa elite estava no serviço, no Ministério da Previdência Social, você tem o serviço médico, não é isso? Essa elite esteve no serviço médico quando Hugo Alqueres, Murilo Villela Bastos e os grandes atuários estavam trabalhando. O maior, que o Jair Soares teve que implodir esses serviços médicos. De diminuir a dimensão desses serviços médicos. Então, é o que a gente já defendia, porque a gente partia do pressuposto que a lei de 1975, que cria o Sistema Nacional da Saúde, ela criou uma dicotomia que é absurda, que é o Ministério da Saúde cuidando da saúde coletiva e o Ministério da Previdência cuidando da saúde individual. Mas a lei existia, essa lei não chegou nem a ser regulamentada, mas isso me pareceu que deu margem para se criar na época de [19]75 até [19]78, e até [19]79, as comissões permanentes de consultas, que eram técnicos do ministério da Saúde, técnicos do MEC, técnicos da Previdência, conjunto, discutindo os assuntos quando nasceu o PIASS*. Foi quando houve uma resistência, também, muito grande pela expansão do PIASS, inclusive, o Gentile falava muito disso, que era atenção elementar às populações mais carentes... Até que em 1980 isso se concretiza na universalização através do CONASP, nas ações integradas de saúde e na cogestão.

NM - A gente podia voltar um pouco atrás. Esse período, aí, entre [19]76 e [19]80, é um período profundamente marcado pela recuperação do debate sobre a situação das condições de saúde e condições de trabalho da população brasileira. Nós tivemos a V Conferência Nacional de Saúde, nós tivemos a reunião de 1976, [19]77, da SBPC, em São Paulo, e nós tivemos talvez como pano de fundo, a constituição de um grupo chamado REME – Renovação Médica. Como é que foi isso, como é que se deu a criação desse grupo, o que eles defendiam, o que eles representavam?

NA - Bem, aí já é quase que um avanço de um processo desse grupo que estava lutando, articuladamente, exceto na V Conferência, a V, de [19]75. A V Conferência Nacional de Saúde, quando o Murilo Villela Bastos solta um documento chamado: documento pirata, que é a contribuição da Previdência Social, do sistema do setor saúde, que é uma grande crítica de todo o sistema. Isso foi rejeitado pelo Ministério da Saúde, pelos técnicos do Ministério da Saúde e esse documento acabou circulando como grande documento crítico da área do setor saúde. Na verdade, na V Conferência não se discutiu a política de saúde, a lei foi instituída e não se discutiu. Com, também, na VII, então, já começa a discussão da política de saúde, é onde já começa, também, nessa VII Conferência Nacional de Saúde, uma colocação que foi muito debatida pelo Gentile, e pelos outros, quase privilegiando o setor saúde, privilegiando o setor privado, deixando o setor público com

* PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento.

ações primárias, com ações básicas e ações primárias, e deixando o setor privado com as ações secundárias, terciárias e quaternárias, quando na verdade, tem que ser todas as ações do setor público. Aí, foi o grande debate, que mais tarde vem, então, no movimento sindical, não é isso? Que o REME começou com um grande movimento sindical, não é isso? Na medida de mudar, já no processo político-ideológico, da estatização do setor público na área de saúde e numa abrangência como um sistema unificado de saúde.

NM - Outra coisa, uma das suas criações, digamos assim, o senhor teve uma participação direta no processo de fortalecimento fora os médicos residentes. Em 1977, eles também se manifestam, essa crítica dos médicos, essa posição crítica dos estudantes médicos, isso representava o quê? O que isso denunciava?

NA - Bem, todo passado dialético a gente tem que ir buscar a história. Olha, quando a UERJ se transformou em fundação houve uma greve dos estudantes da UERJ, luta, de tudo isso. Na mesma coisa aconteceu quando o Fundão virou Fundação José Bonifácio. Porque os estudantes achavam que aquilo que eles já traziam, de ser hospital universitário, para ser hospital assistencial. A minha participação na área de residência médica já nasce em [19]68, quando, na verdade, eu já começo a contratar, através de seleção, pelo centro de estudo, ainda não oficializado, nosso centro de estudo existente no hospital, médicos recém-formados que eram contratados no sistema de serviços avulsos, ficavam dois anos, saíam, e também aqueles que melhores eram aproveitados para formar os quadros do hospital. Em [19]74, veio então a estrutura do INAMPS, [19]76, veio um concurso do INAMPS, um concurso muito criticado, um concurso cheio de especializações, aonde, então, houve um grupo de sanitarista, inclusive Carlos Gentile de Mello, que defendeu que se criasse, nesse concurso, o concurso de médicos especialistas em saúde pública. O Ministério da Saúde vetou essa categoria no INAMPS, dizendo que o currículo era inadequado e que isso do Ministério da Saúde, você vê que o processo é dos dois lados, a resistência é dos dois lados. E tem até um artigo do Gentile sobre isso, quando é retirado sanitarista; e alguns, até o Arcoverde, fez esse concurso, alguns sanitaristas fizeram esse concurso em 1976. Tinham todas as especialidades intensivistas, endocrinologista, pneumologista, endoscopista, radiologista, angiologista, cirurgião vascular, tinha todas as gamas das especialidades, e subespecialidades, quando se botou saúde pública, então, o governo mandou tirar, por pressão do Ministério da Saúde. Aí, veio o CONASP, não é isso, que reformula a compra, então, dando ênfase às quatro clínicas básicas, que era a pediatria, ginecologia-obstetrícia, cirurgia geral e cirurgia clínica.

NM - O senhor está falando de que CONASP? Que tem uma história, inclusive...

NA - Não, eu estou falando da CONASP do Aloysio Salles, que foi implantada em 1982. Você quer falar do PREV Saúde? O PREV-Saúde foi a tentativa na VII Conferência Nacional de Saúde, que foi em [19]77.

NM - [19]79?

NA - [19]79. Então o Carlyle [Guerra de Macedo], já da Organização Mundial de Saúde, traz, então, o PREV-saúde número 1. Essa PREV-saúde é discutida em todos os níveis, então, aparece o PREV-saúde número 2, depois o PREV-saúde número 3.

NM - Qual a diferente entre o PREV-saúde 1, o 2, o 3?

NA - Aí é um problema porque o PREV-saúde número 1 é um PREV-saúde voltado, exclusivamente, para o setor público, que é responsabilidade do setor público, do PREV-saúde, o número 2 já são as pressões de ordem externa para as mudanças desse curso – o Jair Soares era o Ministro da Previdência Social na época.

NM - E existe também uma história sobre o Doutor Carlos Gentile de Mello, que teria questionado o Ministro sobre...

NA - Não, houve uma reunião, essa reunião ia ser na OAB, mas pelo volume de gente acabou sendo no auditório do INAMPS, na época do Harry Graeff. Nesse auditório do INAMPS estava o [Waldir] Arcoverde, Jair Soares, os dois secretários de estado; aí começa-se a discutir, os oradores se levantam e falam que não só existia um PREV-saúde, então, a gente levantou e disse: não, tem o primeiro, o segundo e o terceiro, se esse equivale ao primeiro, então, quem fez os dois, eu peço para não incinerar os autores, eu quero que incinere os dois últimos. Isso foi, então, todo mundo apoiou tudo isso, e os dois secretários ficaram muito chateados por causa da intervenção do Gentile – essa foi a história do PREV-saúde. Daí, veio o CONASP, que na verdade...

NM - E o resultado do PREV-saúde, qual foi? Ele chegou a ser publicado, ou ficou só no documento?

NA - Não. Ficou só no documento.

NM - Agora, ele envolveu um debate ideológico...

NA - Muito grande, em todos os níveis da sociedade e, o pessoal todo voltado a esse setor, ao longo do tempo, era o grande defensor do PREV-saúde.

NM - E quanto ao CONASP, pela altura da situação, o Ministro Jair Soares já tinha processado um conjunto de mudanças no interior do Sistema de Assistência Médica da Previdência Social. O Carlos Gentile de Mello, inclusive, escreve um artigo em que ele coloca sobre o desconhecimento da história, tentar montar a história da Previdência Social.

NA - É isso. Daí, em [19]82, dentro da grande crise financeira da Previdência Social, há uma vontade do Ministro Jair Soares de passar o INAMPS para o Ministério da Saúde. Nesse momento, se reúne com o Ministro da Saúde, um grupo da CIPLAN*, quer dizer, o Mozart [de Abreu e Lima], o Sólon [Vianna], o Eduardo Kertz, o Carlyle [Guerra de Macedo] e eu, o [Edmur] Pastorello; estamos lá para a discussão da passagem do INAMPS para o Ministério da Saúde. A proposta, apresentada no final, foi quase que uma proposta que o Gentile considerou e eu, também, considereei, que era uma proposta de voltar o setor saúde e cuidar das ações básicas e ações primárias, e delegar as ações secundárias e terciárias às empresas. Acontece que o Jair Soares retirou a sua proposta, então, o INAMPS não passou para o Ministério da Saúde. Foi aí que voltamos, foi aí que veio, então, o problema, e se eu não me engano, foi entre o período de [19]80 a [19]82.

* Comissão Interministerial de Planejamento.

Data: 29/04/1987

Fita 9 – Lado A

NM - Hoje, 29 de abril, nós vamos para a quarta sessão com o doutor Nildo Aguiar, Nilson Moraes e Marcos Chor Maio, fazendo novamente a entrevista com o doutor Nildo. Doutor Nildo, para recomeçar esse encontro, eu gostaria de saber o seguinte: um dos primeiros lugares onde foi criado um centro de estudos, um dos primeiros hospitais que teve um centro de estudo foi exatamente aqui, no Hospital de Ipanema, e o senhor fez parte da criação desse centro de estudo, desde o primeiro momento. Como funcionava, qual era o tipo de temática que era trabalhada, aqui, nesse centro de estudos?

NA - Na verdade, eu acho que o Centro de Estudos sempre existiram nos hospitais dos antigos IAPs, principalmente, o Centro de Estudos do Hospital do IAPETC, Centro de Estudo do Hospital dos Marítimos. Em 1966, quando eu assumi a direção aqui do Hospital de Ipanema, já existia, também, um Centro de Estudos, e que o que aconteceu é que houve uma dinâmica maior, uma implementação maior a esse Centro de Estudos, inclusive, esse Centro de Estudos que não estava dentro de um organograma estruturado para receber recursos, esse Centro de Estudos passou a ser uma entidade da comunidade do hospital e mantido por essa comunidade do hospital, no período... Foi quando se começou a realizar as jornadas médicas, aqui no Hospital do IAPC. O que aconteceu, é que na unificação do INPS, em 1966, o INPS, então, criou, de fato, na sua estrutura organizacional, o Centro de Estudos, congregando toda área de saúde, todos os [...] de saúde nesse serviço, todos. O que o Centro de Estudos do Hospital de Ipanema se caracterizou, foi na verdade um enfoque na área técnica e na área de administração hospitalar, então, se desenvolveu, através desses estudos, todos os grandes momentos desse hospital, que foi a auditoria médica montada pelo Gentile de Mello, a comissão de controle de infecção hospitalar, e as reuniões, permanentes e sistemáticas dos níveis técnicos não só da área médica como, também, de enfermagem, nutricionista e assistentes sociais. Porque na verdade, também, foi nesse período em que o INPS oficializa um internato nas áreas de saúde, e a residência médica e, também, a formação, a pós-graduação de enfermagem e assistentes sociais, nutricionistas. Então, o Centro de Estudos se caracterizou como o local de discussões e debates voltados para o problema de ordem técnica desenvolvendo todas as profissões. Isso me parece que vem culminar em 1976 com essa criação do Centro de Estudos. Que essa criação do Centro de Estudos, em 1976, ele já colocava que o Centro de Estudos deveria haver uma diretoria, aonde deveria ser eleita pelo corpo clínico e demais profissionais de saúde, de nível superior; e o nome ser homologado pelo diretor do hospital – esse é um ato do Reinhold Stephanes, em 1976. O doutor Hésio Cordeiro, agora, determinou, ampliou mais o Centro de Estudos; coloca, também, em caráter de que a diretoria do Centro de Estudos tem que ser eleita; qualquer elemento da área de saúde, de nível superior, pode dirigir o Centro de Estudos; e houve esta eleição, aqui, no Hospital de Ipanema, uma esse ano. Essa eleição já é caracterizada com um médico e uma enfermeira, como vice-diretor do Centro de Estudos. E nessa eleição são votados todos os componentes do Hospital de Ipanema, todos os funcionários do Hospital de Ipanema. O Centro de Estudos, hoje, com a portaria do doutor Hésio Cordeiro, ele amplia o Centro de Estudos no sentido de que o Centro de Estudos é o local de congregação e de formação e treinamento de recursos humanos em todos os níveis.

MC - O senhor teve uma experiência anterior ao período da sua gestão – na sua primeira gestão – no Hospital de Ipanema, em relação ao Centro de Estudos, por exemplo, no SAMDU?

NA - O Centro de Estudos, também, no hospital do SAMDU, o Centro de Estudos existia, também no SAMDU, um Centro de Estudos, e houve dois congressos médicos no SAMDU, que o tema central era assistência médica domiciliar e de urgência e a unidade, e o hospital do SAMDU, que era uma unidade de urgência, também tinha seu Centro de Estudos.

NA - Não, no meu período de [19]66 até [19]78, eu não vivi esse problema, apesar de ter um Centro de Estudos que não era nem sequer reconhecido pela instituição – reconhecido no sentido de que a instituição estava na sua estrutura formal, é um Centro de Estudos mantido pela comunidade, principalmente, comunidade médica e outros profissionais de saúde como: enfermeira, nutricionista, assistentes sociais. Nesse Centro de Estudos, na verdade, por ser um local voltado para o processo de vir de discussões técnicas, discussões de clínica, reunião de clínica, o Centro de Estudos, para mim, sempre funcionou como um território livre, território independente aonde o Centro de Estudos administra o local para esta realidade. Hoje, por exemplo, a Associação dos Servidores do Hospital de Ipanema, ela se reúne num Centro de Estudos, aonde tem seus dias agendados, lá, pelo Centro de Estudos; o Centro de Estudos é uma estrutura que hoje funciona com toda a sua independência, inclusive agora, nessa última etapa, quer dizer, de [19]85 para cá, esse Centro de Estudos, também foram convidados vários parlamentares, vários candidatos para falarem e opinarem.

NM - Mas isso faz parte, essa situação faz parte de uma política que é adotada por um tipo de liderança, por um tipo de administração...

NA - Eu acredito que sim. Quer dizer, eu parto sempre do princípio de que as coisas que funcionam num hospital, funcionam porque o diretor está diretamente envolvido dentro do processo. Quer dizer, uma auditoria médica que funciona dentro do hospital, se o diretor der apoio a essa auditoria médica, uma comissão de controle de infecção hospitalar, a mesma coisa, se o diretor der apoio a coparticipar dessas comissões, essa comissão não vai adiante, e o Centro de Estudos é a mesma coisa, se o diretor, por qualquer motivo, se omitir, tanto no Centro de Estudos como nos demais setores do hospital, as coisas me parecem que irão mal.

NM - O senhor é um homem que tem quase 20 anos de sua vida ligada à história do Hospital de Ipanema. O senhor tem uma trajetória dentro das instituições previdenciárias bastante marcante e acentuadamente urbana. Vamos esquecer um pouco, assim, o Hospital de Ipanema, vamos tentar pensar o problema de assistência médica no meio rural e no meio urbano. Qual é a avaliação que o senhor faz desse quadro?

NA - Bem, apesar de ter vivido, eu tive a sorte de na época do SAMDU, quando fui diretor do Hospital do SAMDU, de conhecer todo o Brasil, e criar vários SAMDUs, em vários estados, inclusive, os últimos estados que nós fizemos concurso para o SAMDU, foi Belém, Manaus. E eu conheci o SAMDU de todo o Brasil, tanto do sul, como do norte, do nordeste. E na verdade o que acontecia, naquela época, em [19]64, é que fora do Rio de Janeiro e de algumas capitais, o que existia, na verdade, era o serviço médico de assistência domiciliar e de urgência. E que assistência médica! Era uma assistência

médica prestada, geralmente, pelo setor privado; o que na verdade se repete hoje, em menor escala, mas se repete hoje a mesma coisa, tirando o Rio de Janeiro onde tem maior instalação do setor público, no município, sem contar no resto do estado do Rio de Janeiro, pelo interior do estado do Rio de Janeiro, nós vamos encontrar também, a grande participação do setor privado. Claro que há a mudança da política, que começou em [19]82 e que está agora em pleno desenvolvimento que as ações integradas de saúde, absorvendo, municipalizando a assistência médica, através da prefeitura, através das entidades filantrópicas, através dos conselhos comunitários, nós vamos encontrar o grande processo de mudança dentro da assistência médica, mas claro e, evidentemente, que temos ainda, aí, poucas entidades ou poucos setores públicos: o Executivo, que a área metropolitana do Rio de Janeiro, que chama-se Nova Iguaçu – município de Nova Iguaçu – faz parte da área metropolitana, o hospital que a Previdência montou aí em Nova Iguaçu foi o Hospital da Posse, em 1982. Na verdade, o setor privado na Baixada Fluminense é predominante. Apesar que ainda se fomos ver, conhecer ou aprofundar em termos da baixada fluminense nós vamos encontrar, ainda, os postos, os chamados PU'S, funcionando no mesmo sistema, nos moldes dos antigos SAMDU. Por isso que uma das propostas, agora, do doutor Hésio é a chamada reforma sanitária, é levar a assistência médica, através dos postos, através de ambulatórios, através de hospitais ou pequeno, ou imensos hospitais, para dar aquela assistência que é fundamental, perto e próximo, e com medicamento do segurado, que na verdade, corre, tudo, para o centro da cidade. Mesmo Ipanema, ao longo do tempo, desde quando o Gentile começou a mexer com ambulatoriamento, em [19]67, [19]68, uma das coisas que ele pesquisava periodicamente era o domicílio da internação e do atendimento no hospital. Internação, ainda, o grande percentual, era a cidade dormitório do Rio de Janeiro. E, hoje, se repete a mesma coisa, apesar do Hospital de Ipanema ficar embaixo de três grandes favelas: Pavão, Pavãozinho e Cantagalo, mas, na verdade, nós temos o grande contingente de internação, o pessoal da baixada fluminense. Porque eles correm para cá. As duas interpretações, dentro do processo: uma, é a interpretação que na verdade os trabalhadores de baixa renda passam o maior tempo da sua vida dentro da condução ou trabalhando nas áreas de serviço e ficando muito pouco tempo onde moram, mas, aí, também, se entende que esse familiar, essas crianças, e as famílias, também, correm na mesma proporção. Isso é uma verdade para o servidor do Estado, isso é uma verdade para o Hospital de Ipanema, isso é uma verdade para o Hospital da Lagoa, para todas as unidades periféricas, isso é uma realidade.

NM - O senhor tem alguma experiência da assistência médica da Previdência Social, no caso, no meio rural?

NA - A assistência médica no meio rural, via Previdência Social, sempre é feita através de ambulatórios, através do atendimento de urgência era delegado ao setor privado, mas, hoje, através das ações estampadas, que foi a minha experiência na superintendência do Rio de Janeiro, a partir de [19]83, a onda começou a se envolver às prefeituras e às entidades filantrópicas, através do conselho comunitário da cidade, com um resultado bastante positivo, como foi: Niterói, através do projeto Niterói; aconteceu em Valença, aconteceu em Teresópolis; aconteceu em Magé e as várias áreas do estado do Rio de Janeiro, aonde ações integradas avançaram com 64 prefeituras e entidades filantrópicas.

NM - Pelo que eu estou entendendo o senhor está quase que desenvolvendo uma tese, de que as ações integradas de saúde, constituídas a partir do CONASP, elas vão, na verdade, constituir um foco de refortalecimento dos serviços próprios da Previdência Social?

NA - Não. As ações integradas de saúde, que a gente pode ter como marco de [19]83, na verdade ela começa o fortalecimento do setor público, a integração do setor público. Entre essa mudança de enfoque se traduz a dificuldade que teve a assistência médica, em função da recessão econômica, aonde ela se viu na necessidade de absorver esse setor público, como um todo, para melhor diminuir os seus gastos com o setor privado. Isso poderia ser colocado, também, nesse enfoque, dessa necessidade que foi o período de recessão, que se processou e que estava passando o país. Mas ao CONASP, como um plano com uma doutrina, uma reorientação da assistência médica, na verdade é um passo, foi o primeiro passo que se deu para sair para uma política de ações integradas de saúde que foi oficializada pela CIPLAN e que hoje o dominador da grande reforma sanitária é o primeiro passo, também, para a unificação de todo setor saúde e um comando único de saúde. Mas, para isso, não basta o dinheiro da Previdência Social. Para isso basta outros recursos, porque o recurso só da Previdência Social. Ele não pode, sozinho, marcar com toda a saúde no seu sentido estrito que é a institucionalização, que é manter o mínimo necessário do setor próprio – setor próprio, aí, não mais previdenciário, setor próprio como um setor único. E o exemplo da cogestão que foi feito em [19]80, é um exemplo típico, porque a cogestão também é um exemplo aonde não se faz mais convênio, se faz, já, uma articulação, uma administração conjunta, em termos de todos os hospitais do Ministério da Saúde, do Rio de Janeiro, e fora do Rio de Janeiro. Se fez, também, a cogestão com alguns hospitais universitários, algum envolvimento até tripartível, Belém do Pará, por exemplo, houve o sistema de cogestão envolvendo universidade, o MEC, envolvendo o Ministério da SAÚDE, envolvendo a Previdência Social e a Secretaria de estado de saúde de Belém do Pará. Quer dizer, na verdade, eu acho através das ações integradas de saúde, em suas várias modalidades, que é a modalidade, primeiro a universalização, as ações integradas de saúde, o que caracteriza é a universalização, o atendimento indiscriminado da população; e a cogestão que se fez, também, em termos de coparticipação dos recursos. Com o estado e o município do Rio de Janeiro se fez essa coparticipação em termo de 50% de uma parte, 50% de outra; no Ministério da Saúde, também, mas na verdade a realidade mostrou outra, a Previdência Social chegou a financiar o Instituto Nacional do Câncer, em termo de 85%, em toda a sua atividade seja: pesquisa, de ensino e assistência médica, para mudar, sairmos para o caminho que é a institucionalização e acabar com a ociosidade do setor público.

NM - Doutor, o setor privado pela literatura dominante foi o grande privilegiado, pelo processo de unificação da Previdência, a partir de [19]67. No entanto, aí deve se criar um problema sério pra setor privado, a relação da Previdência Social e o setor privado, porque ela foi um crescendo de ampliação do número de leitos. Como é que fica essa pressão de um lado pela ocupação mais racional, mais efetiva dos serviços próprios e os setores ligados à iniciativa privada?

NA - Claro que na unificação da assistência médica da Previdência Social através do INPS, o que houve foi uma grande expansão do setor privado, inclusive, quando acabaram com o SAMDU, se entregou a assistência de urgência, também, à população para o setor privado. Esse setor privado cresceu desordenadamente e teve outros benefícios como o FAS, houve uma tentativa do PIS que foi saber, conhecer aonde estavam localizadas as unidades médicas de todo o Brasil, mas na verdade nada mais fez do que reforçar o problema de recursos do FAS para a expansão do setor privado, desordenadamente. Mas, aí, é um marco histórico, também, que é do CONASP, quando em 1982, a Previdência Social retorna à portaria 826, foi bastante combatida, bastante pressionada pelo setor privado, mas na verdade ela freou as internações no setor privado, e o que aconteceu,

antes? Os hospitais criavam, se expandiam, aumentavam seus números de leitos e os contratos com a Previdência Social eram contratos, às vezes, de 50 leitos e dentro do hospital já tinham até 300 leitos, e recebia como se tivesse 300 leitos. A 826 que foi implantada em 1982, pelo CONASP, ela define, sabe o que a portaria 826... A Portaria 826 de [19]82 estabelece que o INAMPS só pagaria os leitos que estivessem, de fato, no contrato inicial. Se tivesse 50 leitos contratados, usava 50 leitos. E isso foi uma grande campanha do setor privado contra a 826, contra os parâmetros estipulados pela 826, como, também, a portaria 826, porque nós temos que pensar em termos da reorientação de saúde da Previdência Social, que é o CONASP, que é o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, criado em 2 de setembro de [19]81, então, os dez mandamentos eram: prioridade maior às ações primárias de saúde, com ênfase na assistência ambulatorial, cujo funcionamento adequado representa uma verdadeira porta de entrada para o sistema; segundo, a integração das instituições de saúde mantendo pelo Governo Federal, Estadual e Municipal num mesmo sistema, regionalizado e hierarquizado, cuja amplitude pode, e deve, ser estimada local e regionalmente, incluindo a população rural; terceiro, utilização plena da capacidade do serviço por essas instituições, às quais deve ser assegurada prioridade no atendimento à clientela; quarto, estabelecimento efetivo de nível e limites orçamentários para cobertura assistencial, ajustando seus programas às condições reais da economia nacional; quinto, administração descentralizada dos recursos previstos; sexto, reconhecimento da participação complementar da iniciativa privada na prestação da assistência médica – aqui, o CONASP já coloca o setor privado por uma participação complementar; sétimo, o estabelecimento e critério mais racionais para prestações de serviços médicos, não só pelas instituições ou médico privado, mas também pelo próprio estabelecimento do serviço público, com vista de melhoria das condições de atendimento; oitavo, simplificação concomitante dos mecanismos de pagamento de serviço, prestado por terceiros, como necessário controle pelos órgãos públicos – que é a implantação da AIH, autorização de internação hospitalar, já é sistema computadorizado e o abandono do GIH, que é a guia de internação hospitalar; nono, racionalização das indicações de prestação de serviços médicos elevados, assim como tratamento fora do município ou do país, com criação de centro de referência para prestação de tais serviços – foi quando se processou, em nível do Brasil os determinados hospitais universitários, hospitais de ensino, com qualificações de hospitais gerais e de melhor qualidade, eles passaram a ser centro de referência em ter uma qualificação, um financiamento maior na sua participação no INAMPS – implantação gradual da reforma para os outros, que permite, entretanto, reajuste eventuais. Esses são os dez mandamentos da regionalização e hierarquização do CONASP, que na verdade é isso que se iniciou em [19]82, e que hoje se expandiu em nível do Brasil, que eu acredito que todos os estados do Brasil estão hoje envolvidos nessas ações integradas de saúde, e já, até, integrando as superintendências de algumas capitais, principalmente das áreas do nordeste já estão trabalhando em conjunto, já estão harmonicamente imbricadas sobre a égide da secretaria da saúde do estado.

MC - Doutor Nildo, eu queria tentar fazer com o senhor uma reflexão sobre as conjunturas que, desde o final dos anos [19]60 até hoje, e as mudanças que houve na parte de assistência médica da Previdência Social, quer dizer, nós temos a criação do INPS, em [19]70, [19]69, [19]70 há uma mudança do grupo que fez a unificação, uma gestão do Julio Barata, no Ministério do Trabalho e Previdência Social. Depois, parece que na época do Geisel, volta, outra vez, o pessoal do antigo IAPI. Longe daqueles elementos que estavam antes, volta, que estava na época da unificação, voltam, viu? Parece que há uma expansão do amplia-se a assistência médica, na época da gestão do Reinhold Stephanes.

NA - Amplia-se o serviço...

MC - A expansão dos serviços médicos na época com o Reinhold Stephanes. E como o senhor frisa a época de [19]82. Conflui com o CONASP, eu gostaria que o senhor falasse um pouco sobre quem leva essa mudança, quer dizer, quem leva, por exemplo, numa época como da unificação que se privilegia os setores privados, o setor privado e, depois, o CONASP, se privilegia o setor primário. O que acontece?

NA - Não. Relembrando que na época do Júlio Barata e com o Seixas, há uma tentativa de se criar em cada capital do estado, uma unidade própria do INAMPS unida ao estado. Foi quando houve uma expansão dos serviços próprios, em nível do INAMPS. Isso foi muito polêmico, no Paraná chegou a não ser implantado; em Florianópolis foi implantado e em alguns estados foram implantados. Então, com o Reinhold Stephanes nós vemos, então o marco, também, histórico da tentativa de unificação, de privilegiar o setor público, mas aí, em nível dos hospitais de ensino, hospitais universitários, e também aí é uma verdade que houve uma grande expansão nesse período, que foi o período áureo da Previdência, com grandes recursos, quer dizer, quando o Seixas deixa a Previdência Social, e o INPS assume.

Fita 9 - Lado B

NA - Então, privilegiando todo esse setor privado, mas, ao mesmo tempo, estava se privilegiando, também, aí, o convênio MEC/INPS, que foi em 1974, com o Reinhold Stephanes, aonde se oficializou, de fato, um convênio em moldes diferenciados com relação à Previdência Social, assistência médica com o MEC.

MC - Quer dizer, nos dois, na gestão do Reinhold Stephanes, os dois setores se expõem, tanto o setor público através dos convênios...

NA - Não, o setor público, não, o setor universitário.

MC - Setor universitário, em convênio...

NA - Os hospitais de ensino e o MEC.

MC - E o MEC, e a rede privada, também se expande?

NA - E a rede privada se expande de uma maneira desordenada.

MC - Desordenada.

NA - E também há um grande investimento, nem sempre adequado, na própria rede própria, em que seria equipamentos de alta tecnologia. Então, na verdade, o período de [19]74 a [19]78, nós temos a expansão do setor privado, em grande escala, mas temos, também, um grande investimento público, próprio da Previdência Social e um convênio MEC/INPS.

MC - Parece que depois de [19]78 há um certo... Não sei se estaria certo colocar assim, um certo hiato que virá, depois com o CONASP, que é a gestão do Jair Soares. Eu gostaria que o senhor falasse um pouco sobre esse período, da gestão Jair Soares.

NA - Bem, tome-se [19]78 a criação do INAMPS, mas aí, em [19]78, nós já estamos vivendo a grande crise de recessão econômico-financeira do país. Então o Jair Soares assume a Previdência Social com esse processo; e há, então, também, uma expansão aí, sim, eu acho que o maior número, com o Jair Soares, do setor privado. Expansão, essa, inclusive, a construção de unidades em nível, principalmente na região sudeste, não é isso? Na região sudeste, vamos dizer, sudeste e sul, grande setor privado, inclusive no chamado atendimento rural, que era o crédito rural, não é isso? Crédito rural. E as unidades próprias já estavam, já começavam sofrendo seus sub-tratamentos. O investimento nas unidades próprias já se fez, também em termos bastante diminutos. Até que em 1981, [19]82, há a proposta do próprio ministro Jair Soares de passar o INAMPS para o Ministério da Saúde em vista das dificuldades econômicas, neste período que se discutia muito, o que a assistência médica recebia – vamos admitir que a assistência médica chegou a gastar 25% do orçamento bruto da Previdência Social. Na época de [19]78 até [19]82, houve uma retração de se chegar a gastar, somente, perto de 18% da renda da Previdência Social. O CONASP vem, quando vem o CONASP, muda, ainda, no período do Jair Soares vem o CONASP, consegue-se através, também, do presidente do CONASP, o Aloysio Salles, um investimento maior, de maiores recursos da Previdência Social até a casa dos 25%.

NM - Quer dizer, a administração do senhor Jair Soares favorece um processo de esgotamento dos serviços próprios da Previdência Social, e o CONASP seria uma tentativa de recuperar a Previdência Social?

NA - Através de uma racionalização, através de usar, cada vez mais, os serviços próprios, cada vez mais, o serviço público, para abaixar, evidentemente, os custos da assistência médica e a retomada e o controle, melhor, da rede privada, através da Portaria 826.

NM - Mas diversas administrações e nessas conjunturas que o senhor estava analisando, nós podemos verificar, nitidamente, as tendências, os grupos, as orientações que são desenvolvidas na Previdência Social. Essa administração, Jair Soares, o que representou, o que ela modifica?

NA - Bem, eu acho que na minha visão a administração do Jair Soares em termos dos próprios da Previdência Social e em função aí, não é erro; a recessão econômica do Brasil estava passando, me parece que já é uma primeira dificuldade, e ela também acaba com a memória da Previdência Social, quer dizer, ele ímproba a memória da Previdência Social, inclusive tem um artigo do Gentile de Mello que é muito elucidativo no sentido de que a memória da Previdência Social desaparece nesse processo. Claro, evidentemente, que houve uma expansão muito grande, também, do setor privado. Houve um descontrole, principalmente, na área da expansão desse serviço.

MC - Parece que na gestão do Jair Soares, todos os antigos técnicos da Previdência – não sei se isso quer dizer a memória da Previdência – foram afastados dando lugar para aquelas pessoas que foram escolhidas pelo Jair Soares, em geral eram do Rio Grande do Sul. E que, quer dizer, como é que o senhor vê essa situação?

NA - Também, tem uma outra versão que não pode ser esquecida, que foi o loteamento da Previdência Social no processo político, quer dizer, o partido dominante que era o PDS definia todos os cargos, em todos os níveis da administração, desde o primeiro escalão até o terceiro escalão. Que se veio, na Nova República, demonstrar uma reação, principalmente na área hospitalar e também em ambulatorios a comunidade elegeu o seu diretor. Isso, eu convivi, aqui, no hospital, porque eu assumi em [19]85 após uma eleição, uma vez houve eleição, apresentaram três nomes, três nomes seriam escolhidos. Mas houve esta, a isso me parece que foi uma reação da comunidade tanto hospitalar, como também, ambulatorial, de eu impedir esse loteamento partidário da gerência.

NM - O período, exatamente, do senhor Jair Soares era um período que o senhor se afasta para o Ministério da Saúde...

NA - Que eu vou para o Ministério da Saúde, mas, aí, que eu quando eu vou para o Ministério da Saúde, com o Ministro Arcoverde, Ministério da Saúde, eu consigo, então, também, para o Arcoverde, o ministro Jair Soares, aceito a cogestão com os hospitais do Ministério da Saúde. Está aí, mesmo, o instituto Nacional do Câncer, como pioneiro – e depois a ala da psiquiatria, a ala da tuberculose, o antigo Hospital da Curicica, o próprio Hospital Fernandes Figueiras que é da FIOCRUZ passa a fazer, também, a funcionar no sistema da co-gestão, que esse hospital na materno-infantil – como é o nome dele?

MC - É Evandro Chagas?

NA - Não, esse materno-infantil, aqui do...

NM - Da Rui Barbosa?

NA - Rui Barbosa. Não é da Rui Barbosa? Morro da Viúva, porque era o Morro da Urca, Fernandes Figueira.

MC - Fernandes Figueira?

NM - Fernandes Figueira.

NA - Fernandes Figueira entra no regime da cogestão no período de [19]83, onde se assina o governo de primeira cogestão, com a terminologia sanitária – antigo Hospital de Tuberculose, que é o Hospital de Curicica, hoje Hospital chamado Hospital de Jacarepaguá, Hospital de Curicica – também estavam regidos pela cogestão, já não mais como grande de tuberculose, mas como Hospital Geral das Clínicas Básicas, somente: ginecologia, obstetrícia, pediatria e clínica médica.

MC - O senhor está no Ministério da Saúde, alguns setores dentro da Previdência Social e fora da Previdência Social, setores organizados em algumas instituições resistem à política adotada pelo senhor Jair Soares, também se faz... Como é que fica a situação dos técnicos, dos administradores no momento que a lógica política passa, a política partidária passa a se impor, ali, dentro da Previdência Social?

NA - Bem, então, vê se eu consigo colocar. Claro que a gestão caótica do processo, mas em [19]80 se começa a falar na cogestão dos hospitais do Ministério da Saúde, principalmente no Rio de Janeiro, nesse momento é o Ministério da Saúde que monta a

CIPLAN, órgão de planejamento e coordenação da área da saúde, envolvendo o Ministério da Saúde, o MEC, e o Ministério da Previdência Social, com a representatividade através do secretário. O secretário geria esses ministérios. E daí que nasce, então, o processo de cogestão. Paradoxalmente, enquanto que havia um processo de deterioração do sistema próprio, a cogestão através dos hospitais do Ministério da Saúde, eles conseguem crescer numa estrutura maior. Claro e evidentemente que aí são os técnicos do Ministério da Saúde, como também os técnicos do INAMPS que abordam, e do MEC, que conseguem mudar essa doutrina. E, também, na época do Jair Soares aparece o programa do PREV-saúde 1, quer dizer, havia já uma necessidade imperiosa, que eu acredito que em função da grande crise econômica e a recessão econômica, que faz com que se lute... Não, eu quero colocar que não foi um processo ideológico de uma votada política, é que eu acho que havia, durante esse período, coisas que poderiam ser mexidas: a saúde, que era o órgão de críticas de todos os setores; poderiam ser mexidas as universidades e a música popular, eu acho que, aí, eu acho que era o terreno único onde as coisas poderiam acontecer sem nenhum processo maior influenciando esse mercado.

MC - Mas aí já...

NA - O que é contraditório, no Brasil não tem mais num período, de crise de [19]79 a [19]82, [19]83, como a queda do setor de [19]79 a [19]82, a queda do setor público, o não privilegiamento dos cofres da Previdência Social, mas assim mesmo, o setor saúde, através do MEC-INPS, Hospitais de Ensino e Hospitais Universitários; os hospitais do Ministério da Saúde começam, também, a crescer e a participar de uma maneira definitiva da participação da saúde, uma integração do sistema que veio culminar com a participação de [19]82, [19]83, [19]84, com a participação dos estados com o município através das ações integradas de saúde. Mas é contraditório, avaliando dentro do processo dialético, do processo ideológico essas contradições do sistema.

MC - É, mas quando o senhor fala que havia áreas que poderiam ser mudadas, poderiam ser mexidas, um período, também, que já existe, claramente, um processo de abertura política.

NA - Claro, isso é muito importante. Na verdade, ao longo do tempo, de [19]67, quando começa o grande movimento contra a privatização do setor público, que era o Ministro Raimundo de Brito, aonde ele já propõe a privatização da assistência médica – como era o sistema que eles chamavam? Que fez alguns postos em Teresópolis, Friburgo e Teresópolis, que foi pegar recurso e os médicos serviriam por atendimento, indistintamente, desde que estivessem naquela cidade, trabalhando naquela cidade. Existia um nome para este processo, só que em pouco tempo teve que ser abandonado. O Raimundo de Brito propunha a privatização e acabar com o serviço próprio, serviço público. Inclusive ele pegou o Instituto Nacional do Câncer e botou em [...] pública para...

MC - Raimundo de Brito mesmo?

NA - Na visão dele, foi o primeiro ministro...

MC - Ministro, depois da Revolução?

NA - Depois da Revolução, que era, na verdade, privatização da medicina e a implantação de um sistema pago pela Previdência Social, e particularmente, pelo privatizado.

MC - E o Leonel Miranda? Não estaria nos planos do Leonel Miranda?

NA - Não, Leonel Miranda, Raimundo de Brito. Raimundo de Brito é o Primeiro Ministro do Castelo Branco. O Raimundo de Brito já defendia, também, a privatização, mas quem colocou em prática a privatização foi o Leonel Miranda.

MC - Ele radicalizou.

NA - Ele tentou colocar em prática a privatização.

MC - Tentou, porque ele foi também [...].

NA - O Leonel Miranda fez os planos da privatização, inclusive com a participação dos técnicos do Raposo...

MC - Thomas Russel Raposo.

NA - E aonde se propunha já a privatização da medicina, quer dizer, partindo da ociosidade do serviço público, da má administração de serviço público, ou então o serviço público sendo mais caro que o serviço privado, porque é sempre a tônica dos tecnocratas nesse processo, na verdade não é isso, aparenta mais barato, mas as distorções são tão grandes que acumulam, consomem todos os recursos. E Leonel de Miranda propõe então... E houve uma reação muito grande a esse processo do Leonel Miranda.

MC - Final dos anos [19]60, não é?

NA - Não, final dos anos [19]60...

MC - [19]68.

NA - [19]68. Onde se reúnem os técnicos, inclusive Carlos Gentile de Mello, Murilo Villela Bastos, todos esses que eram assessores do Ministério da Saúde, são antigos, aí vem o outro ministro que é o Rocha...

MC - Rocha Lagoa?

NA - Eu não sei se é antes ou depois do Rocha Lagoa.

MC - O Rocha Lagoa foi logo no início do governo Médici, e ele logo pediu e ele logo saiu.

NA - É, é isso mesmo, então tem...

MC - Mais ainda no terreno de Ministério da Saúde?

NA - É, o Rocha Lagoa é do Ministério da Saúde, quer dizer, o ministro, o ministro da Saúde primeiro foi o Leonel Miranda, do Castelo Branco, depois o ...

MC - Não, primeiro o Raimundo de Brito...

NA - Raimundo de Brito.

MC - Depois...

NA - Que já houve dois técnicos, até da Previdência Social, propondo um trabalho de privatização da medicina como um todo, e a extinção do setor público da Previdência Social. O Leonel Miranda põe em prática na área do Ministério da Saúde, o que nenhum bloco da Previdência Social chegou a sofrer, nenhum desses, e acredito que não sofreram pela reação dos técnicos, inclusive [Sérgio] Arouca, [Carlos] Gentile [de Mello], Hésio Cordeiro, o grupo da Medicina Social como um todo, Clementino Fraga, a universalidade, tudo isso, pelo grande movimento das próprias lideranças médicas, o grupo saúde da própria Previdência Social, da execução, não envolvidos nesse processo da privatização, houve uma reação muito grande quanto a isso. Por isso não se concretizou esse processo, e possivelmente, também, aí é como suposição, uma reação do presidente do INPS a esse processo, quer dizer, às vezes, o próprio citasse uma política de governo, mas um processo mais forte que é a Previdência Social, que é a assistência médica da Previdência Social, não cumpre essa política.

MC - Eu queria voltar a essa questão que o senhor colocou desse planejamento da política, o senhor disse que não é muito, não é uma questão ideológica. Eram espaços que existiam, em termos de espaços que poderiam ser mudados. Mas o senhor fala também da recessão, quer dizer, a recessão também é um motivo para que houvesse uma certa ampliação do...

NA - A reação...

MC - Da atuação do Estado.

NA - Eu acho que a recessão econômica dos anos [19]79 até [19]84, faz com que o CONASP aparecesse, faz com que o Aloysio Salles como presidente do CONASP virasse presidente do INAMPS, e que ele então estabelecesse as diretrizes de mudança que ele chama reorientação da assistência médica da Previdência Social, já aí envolvendo todo o setor público, em busca de quê? Em busca de racionalizar recursos, aproveitar todos os recursos públicos existentes e investir nesses recursos existentes, e investir financeiramente para buscar a diminuição dos custos da assistência médica. Claro que é uma coisa ligada com a outra.

MC - Mas, então, quer dizer, nesse momento de crise econômica que se reflete muito na questão da saúde, da assistência médica, a atuação do Estado ela é muito mais presente, se vê a necessidade do Estado atuar mais significativo no setor de saúde, é isso que acontece?

NA - É isso que acontece, o Estado começa, aí começam aqueles que defendiam o fortalecimento do setor público, em todos os seus níveis, federal, estadual e municipal, esses o CONASP então implanta como doutrina, já chamando o setor privado como complementar. E isso veio numa contribuição muito grande à portaria 026. A reorientação da assistência médica e a saúde no âmbito da Previdência Social. Já a partir das dez proposições há um diagnóstico das grandes distorções dentro do processo, as proposições gerais que já começam a falar da vinculação da clientela de domicílio sanitário, um serviço básico de saúde na sua área ambulatorial de nível primário, cuja referência dependerá o acesso aos demais níveis. Um instrumento importante para a viabilização

dessas medidas deverá ser a implantação da carteira de saúde para os usuários dos serviços públicos, criteriosas informações resumidas ao atendimento. Melhoria do atendimento ao público através da racionalização da demanda do serviço, utilização dos sistemas racionais de unidades de marcação de consulta, treinamento específico de pessoal para o atendimento noturno, eliminação gradual da dupla militância, integração programática com os serviços, todos os serviços, inclusive os serviços das Forças Armadas, regionalização progressiva do sistema de saúde planejada e coordenada a nível estadual por uma comissão paritária do Ministério da Previdência Social, Ministério da Saúde, Secretaria do Estado de Saúde e Higiene sob a direção do secretário da saúde. Então, a gente já vê na cartilha do CONASP a ideia da estadualização sob a égide do secretário do estado de Saúde e Higiene. Fala-se já no tal convênio tripartite: Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social e Estado, isto evoluiu para a portaria de 20 de julho de 1982, assinado por Hélio Beltrão, aonde ele considerando que a prestação de serviços da assistência médica é a cargo do INAMPS, está sujeita a limitações de ordem orçamentais, que deve servir o melhor nível possível. Considerando segundo o levantamento efetuado pela secretaria de saúde geral, [...] do limite estabelecido pelo presente exercício, como ação imperiosa a curto prazo de medidas rigorosas abrangendo a reordenação do fluxo determinante e controle da racionalização do tratamento. Considerando que segundo diagnóstico realizado pelo CONASP, e as estatísticas dando certo, o sistema atualmente em vigor se ressentido de reduzir o índice de produtividade e resolutividade, subutilização de serviços próprios, insatisfatória a qualidade de atendimento além de resultar numerosas distorções de gastos crescentes imprevisíveis, dada a inexistência de mecanismo adequado de correção e contenção de despriorização, que é a distorção do setor. Considerando, então, já o ministro Hélio Beltrão fala de uma proposta de reorientação global do serviço de assistência médica a ser implantada progressivamente, como vistas ao estabelecimento de um novo modelo de atendimento que: a) a partir do estabelecimento de uma rede primária de atendimento, e hierarquização e regionalização do serviço médico, assegure melhor atualização dos serviços próprios e governamentais; resolução a nível ambulatorial da grande maioria dos atendimentos; b) mediante a racionalização e controle dos encaminhamentos se promova elaboração da produtividade da rede governamental e contratada, e reprima a tendência à realização dos exames e serviços de internação desnecessários, assim como o uso excessivo e dispendioso de procedimentos de alta tecnológica; c) aperfeiçoou-se o sistema de remuneração dos serviços contratados, buscando harmonizar e proteger os legítimos interesses do INAMPS e dos prestadores de serviços. Considerando, conseqüentemente, que até que se efetive a correção já estudada, se impõe uma noção e uma política cautelosa no tocante à autorização de novas contratações, convênios e credenciamentos de modo a não comprometer recursos orçamentários, já reconhecidamente insuficientes, nem agravar a situação que pretende corrigir. É aqui que para implantar essa resolução do Ministro Hélio Beltrão, se volta para a Portaria 026 do INAMPS, que os leitos contratados, os leitos privados, só serão usados aqueles que estabelecerem em contratos. E havia contratos em 1973, [19]74, mas a expansão de leitos se fez sem nenhuma autorização, sem nenhum controle da Previdência Social. Então, aí, o que se nota em [19]82 é na resolução do Hélio Beltrão, é isso. E aí aparecem os anexos, a Portaria 3046/82, que são parâmetros para o planejamento assistencial a ser utilizado no INAMPS.

MC - Agora, doutor Nildo, nesse período de [19]82 a [19]85, nós temos aí um processo assim de aprofundamento da crise econômica e que de certa maneira vai repercutir também, a nível político dentro da Previdência Social com a saída do Jair Soares, porque

ele foi eleito pelo governo do Rio Grande do Sul, e a entrada do Hélio Beltrão, quer dizer, a entrada do Hélio Beltrão muda...

NA - A entrada do Hélio Beltrão foi a entrada que foi quem aprovou o CONASP e que deu todo o apoio ao CONASP, que deu todo apoio a CIPLAN, ao Ministério da Saúde, ao Estado, e que ele, então, da sua visão de descentralização, já promovia a descentralização e determinava que além da descentralização se fizesse através da Secretaria do Estado de Saúde, disse ele.

Fita 10 – Lado A

NA - Bem, essa era a visão do CONASP, só que no Rio de Janeiro.

MC - Esta é a visão?

NA - O Hélio Beltrão, o Jair Soares colocou o Aloysio Salles na presidência do INAMPS, saiu o Jair Soares, entra o Hélio Beltrão. O Hélio Beltrão, então, dá todo apoio, é ele que apoia e é ele que assina todas as portarias da reorientação da assistência médica da Previdência Social. Então o Hélio Beltrão já apoia e dá o maior desenvolvimento aos dez mandamentos do CONASP, dá o apoio ao Ministério da Saúde, ao MEC, ao Estado, e também dá o apoio à municipalização; daí que o Rio de Janeiro foi o estado a se propor em fazer os convênios bilaterais, os convênios não mais via Secretaria de Estado de Saúde, e sim, através de cada prefeitura, fazia os seus convênios bilaterais. A ideia de alguns secretários de estado de saúde e do próprio CONASS – que era o Conselho de Orientação e de Assistência de Saúde da Secretaria de Estado – a égide, o comando seria da Secretaria do Estado. Mas, aqui no Rio de Janeiro, e através da experiência do Projeto Niterói, a ideia centro – que foi a ideia que eu defendi – era a municipalização, os recursos seriam repassados diretamente ao município, partindo de que o prefeito é que está mais perto da população e que pode realmente... A população pode cobrar melhor desse prefeito, do que fazer tripartite, e refazer o repasse via Secretaria de Estado. Por isso é que foi feito o convênio do Estado do Rio de Janeiro, porque eu vou dar a vocês, feito um convênio com a [...] e o município do Rio de Janeiro é feito o convênio em separado, com termo de adesão via Secretaria do Estado e nos municípios, nos outros municípios. E o estado e município foi cogestão, nos outros municípios era através das minutas, antigas minutas 210 e outras que mudaram de número de uma forma melhor. O nível de financiamento aumentava.

MC - Eu queria fazer uma pergunta para o senhor, fugindo aí um pouco desse desenvolvimento que o senhor estava fazendo. O senhor tem, quer dizer, o senhor está num circuito, vamos pensar num circuito, assim, essa é a do Reinhold Stephanes, depois passa a assessor do Waldir Arcoverde – no Ministério da Saúde – depois...

NA - Agora diretor do Hospital de Ipanema.

MC - De Ipanema...

NA - Só que...

MC - Até [19]71.

NA - Na minha dedicação exclusiva, ao setor saúde e sempre sendo, e sempre dependendo da estatização do setor de saúde, o Reinhold Stephanes me deu o máximo de apoio e colaboração nesse sentido de representatividade.

NM - Por isso que o senhor se afastou no período do senhor Jair Soares? O senhor já esperava uma política de privatização?

NA - Sim, [...] evidentemente que o Jair Soares eu me afastei...

NM - Mas, já era previsível...

NA - É, eu tive o prazer de pedir demissão em caráter revogável do diretor do departamento de administração médica e do representante daquela comissão permanente de consulta com o Ministério da Saúde Médica, e tive, ainda, mandado pelo Reinhold uma última reunião com médico e a CIPLAN para estudar as grandes dificuldades do setor público, aonde já se falava do combate à dupla militância, criação médica do setor público, integração de todo o sistema.

MC - Quer dizer, o senhor quando diretor do Hospital de Ipanema, o senhor também, tinha outras atividades de assessoria...

NA - É, com o Reinhold Stephanes.

MC - Reinhold Stephanes. Agora, como é que se dá esse contato do senhor com o Reinhold Stephanes, o senhor já conhecia?

NA - Não, não. Esse nasceu porque quando Reinhold Stephanes assumiu a presidência do INAMPS, ele tinha por hábito convidar os diretores para conversar, aí, eu tive umas três ou quatro conversas com ele e ele me manteve na direção do hospital e foi mais longe, me fez quase como assessor dele, principalmente nessa área pública.

MC - Quando o Reinhold Stephanes assumiu o INPS?

NA - Assumiu o INPS. Foi aí que eu tive, participei de todo esse processo.

MC - Agora, a entrada do senhor para o Ministério da Saúde, como é que se deu? Quer dizer, como é que...

NA - O Ministério da Saúde, quando eu fui, com Gerson Coutinho, primeiro presidente do INAMPS, eu fui para o Departamento de Administração Médica, que era o departamento que administrava as unidades próprias do INAMPS em nível do Brasil. Foi nesse momento que nós fizemos um convênio com o IPEA e CIPLAN – INAMPS, IPEA e CIPLAN – onde convidamos vários técnicos, inclusive um grupo da medicina social da UERJ, para corrigir as grandes distorções do sistema, o diagnóstico; e que quando o Jair Soares assumiu o Harry Graeff, ele há tempos esperava que o império SEPLAN fosse uma empresa de risco e anula o contrato: o Harry Graeff.

MC - O Harry Graeff, ele foi presidente do INAMPS?

NA - Ele foi presidente do INAMPS e era o presidente da Associação Médica do Rio Grande do Sul. Era bastante simpatizante.

MC - Só para situar um pouco melhor, quer dizer, o primeiro presidente do INAMPS foi o Gérson Coutinho, depois...

NA - Depois do Gérson Coutinho veio o Harry Graeff.

MC - Foi o Harry Graeff que foi...

NA - Do Rio Grande do Sul.

MC - Do Rio Grande do Sul; e depois o Aloysio Salles.

NA - Depois o Aloysio Salles que era o diretor do Servidores do Estado. Não, o Aloysio Salles aparece com...

MC - Beltrão?

NA - Aparece... Não. O Jair Soares aparece substituindo o Jorge Borges Martins na direção do Servidores do Estado, porque ele já tinha sido diretor do Hospital do Servidores do Estado.

MC - Sei...

NA - É aí que o Servidores do Estado se integra ao INAMPS.

MC - É na gestão do Aloysio Salles que o Hospital HSE se integra?

NA - É, se dá a grande integração do Hospital Servidores do Estado ao INAMPS. É aí que eu, estando no Ministério da Saúde, no Instituto Nacional do Câncer, no sistema da co-gestão, o Aloysio Salles, diretor do Servidores do Estado, nós fizemos um convênio no Programa Integrado de Medicina Nuclear, Radioterapia e desenvolvendo aquele sistema de radioterapia. Que na verdade nós podemos dizer que tanto o Gerson Coutinho, como o Aloysio Salles, eram e foram, sempre favoráveis ao setor público. E o Aloysio Salles pelas suas lutas antigas de levar a integração dos Hospitais Universitários; quando diretor do Hospital Universitário Antônio Pedro, ele foi o primeiro a assinar o convênio, e o segundo foi a UERJ.

MC - O senhor vai para o Ministério da Saúde junto com o Gerson Coutinho?

NA - Não, Gerson Coutinho sai do Ministério da Previdência Social e eu volto para o Hospital de Ipanema como cirurgião, aí sou convidado pelo Eduardo Costa, pelo Mozart de Abreu Lima e pela articulação do Gentile, para ir para o Ministério da Saúde, foi aí que eu propus o nível de co-gestão e tive a sorte de encontrar o apoio integral do Mozart e do Edmur Flávio Pastorello, que era o superintendente da campanha, e aí que nasceram e se desenvolveram as campanhas, tanto a Campanha Nacional do Câncer, como a Campanha da Tuberculose, como a campanha da saúde mental. Inclusive o Fernandes Figueiras se integra, também, ao sistema da co-gestão.

MC - E como é que o senhor passa à superintendência do INAMPS, aqui do Rio, em [19]83? Como é que se dá essa passagem?

NA - Essa passagem se dá na minha interpretação, as mesmas dificuldades de Aloysio Salles para colocar o Plano CONASP em funcionamento, se processava na relação do poder hegemônico do PDS dominando todos os níveis do comando da Previdência Social e, também, privilegiando excessivamente o setor privado. Então, eu acredito que o Aloysio Salles precisava, tanto em São Paulo, como no Rio de Janeiro, colocar pessoas que estivessem engajadas nesse processo público. Envolvido e engajado nesse processo do setor público, da institucionalização do setor público, que era a implantação do CONASP. Então ele foi buscar um amigo que colocou em São Paulo, para tirar o Camacho, que deu aquela confusão toda, aquela...

MC - Quem?

NA - Camacho...

MC - Camacho...

NA - Camacho de São Paulo, e que deu todos aqueles problemas de fraudes, aquele envolvimento, que até hoje, o problema para ele infelizmente, aquele problema em São Paulo, era uma parada. E no Rio de Janeiro ele precisava, ele pegou, me convidou, e eu, realmente não desejava ser do Ministério da Saúde em função do meu compromisso com o Arcoverde, com o Instituto Nacional do Câncer, com o Edmur Pastorello; mas ele fala, diretamente, com o Arcoverde, dizendo que precisava de mim para mudar o processo do poder hegemônico do PDS, que realmente era dominante, e eu entro independente, eu tive até o privilégio de escolher, independente da cor partidária, eu escolhia. As pessoas que eu escolhi lá foram de minha responsabilidade.

NM - Qual a diferença que existe entre a sua gestão e a gestão anterior na superintendência?

NA - É que na gestão anterior era a gestão do domínio hegemônico do PDS.

MC - Quem era o superintendente?

NA - Era o Yasushi. Era o domínio, basta dizer...

NM - Isso quer dizer: uma política privatizante?

NA - Quer dizer, uma política de interesses, não é? Eu não digo que era nem interesses puramente eleitorais, e até os jornais, na época, citavam bem quando houve uma manifestação pública dedicada ao PDS que mais cedo do que esperava eles voltariam com o Yasushi à superintendência, porque eu não era uma pessoa no agrado do PDS. Claro que eu tive que ter um molejo dialético muito grande, um molejo de cintura muito grande para poder acertar as duas horas, mas a minha preocupação foi só, realmente, fazer a política do setor público, foi aí que eu me articulei com o Brizola, me articulei com o Jamil Haddad, com o Eduardo Costa, com o Júlio Santos e propomos a cogestão; o meu grupo que eu chamava: a Embaixada da Nicarágua, que era chefiada pela Manuela, pelo

Santini, Guilherme Ferraz, o Chicabank* deve estar hoje, o César Chicabank, está hoje no controle de avaliação. Todos eles trabalhavam, era uma secretaria especial, que eu tinha, para assuntos externos, na política externa, com a prefeitura e entidades filantrópicas de cunho universitário.

MC - Quer dizer, pelo que parece, a partir de um determinado momento, quer dizer, um grupo assim de pessoas identificadas com a esquerda, talvez, foram mais uma ala mais progressista do PMDB, de outros partidos. Começa a marcar sua presença dentro do Ministério da Saúde, quanto da Previdência Social.

NM - Exatamente no momento que morre o Carlos Gentile de Mello.

NA - Não, o Carlos Gentile de Mello morre em...

NM - [19]82.

NA - Não. Ele morre em [19]82? Não. É, morre em [19]82.

MC - Quer dizer, então, um grupo, que o senhor fala que seria Embaixada da Nicarágua, outros poderiam dar outros nomes, mas existe um grupo de pessoas...

NA - Sim...

MC - De progressistas, uma visão muito clara, um projeto muito claro que vão começando a ascender a certos postos, tanto no Ministério da Saúde, como na Previdência Social. A que o senhor atribui essa situação, e que hoje isso fica claro, pelos postos, o Arouca, onde está, o Hésio Cordeiro onde está...

NA - Sim, mas só que hoje, de fato, o processo ideológico foi predominante e no passado era muito mais a influência individual, quer dizer, o Aloysio Salles era ligado ao CONASP em função da relação dele com o Presidente da República. Então ele teve o poder na mão de fazer tudo e o apoio, também, o apoio que o Hélio Beltrão deu ao CONASP. Porque o Hélio Beltrão é o marco. Tal como ministro da Previdência Social, tirando o Harry Graeff, colocando o Aloysio Salles como presidente do INAMPS...

MC - Foi ele que colocou?

NA - Aloysio Salles como presidente do...

MC - Então não foi o Jair Soares?

NA - Não, não.

MC - Mas foi o Jair Soares.

NA - Jair Soares colocou o Aloysio como diretor do Hospital dos Servidores.

* Transcrição aproximada do nome.

MC - Sim.

NA - E o Hélio Beltrão colocou o Aloysio, quando saiu o Harry Graeff, tirou o Harry Graeff, colocou o Aloysio como presidente do INAMPS. Aí é que nasce o CONASP, com a participação do Venturosa, com a participação do Lopes, com a participação do Eleutério. Porque o Aloysio montou um esquema de técnicos de todos os matizes ideológicos, aonde predominava muito a ideologia estatizante e que por acaso também era de esquerda. Nós não podemos dizer que só estatizantes são de esquerda, há estatizantes que não são de esquerda, são socializantes ou só socialistas sem ser do PC ou do PC do B.

MC - Não é estatizante de direita?

NA - Não, agora é mais difícil. Geralmente pessoal da direita mesmo, que quer transformar o Estado como um mero Estado de polícia.

MC - Mas...

NA - Eu acho que esse marco é muito importante nesse processo.

MC - Quer dizer, mas a gestão do Hélio Beltrão, que o senhor estava qualificando como marco histórico, e sofre algumas pressões até chegar o ano de crise, que ele sai do Ministério. Quer dizer, como é que o senhor, como é que o senhor analisa esse processo, quer dizer, parece que há uma guinada em relação...

NA - Não, ele sai do Ministério da Previdência Social para...

MC - Não sei mesmo.

NA - Não, ele sai, mas vai para voltar...

NM - Petrobrás?

MC - Não, não. Isso é com a Nova República, ele...

NA - Ele saiu...

MC - Ele sai e aí ele compete mais livre, para Presidente da República. Ele chegou a ser candidato, não é? Ele é um dos criadores do PFL.

NA - Ele saiu...

MC - Ele saiu na crise... Ele saiu no conflito com o Delfim Netto.

NA - E, aí...

MC - Tem... Deu os recursos para a previdência.

NA - Isso mesmo. E o Hélio Beltrão em termo da implantação do CONASP, a expansão da implantação do CONASP em nível do setor público como um todo, precisaria de recursos. Quando a política do planejamento, ela é uma política privatizante. Ela é uma política, na verdade, de privatizar a assistência médica. Porque isso sempre estava em pauta. Eu acho que nesse momento da crise, a saída do Hélio Beltrão, foi a saída em função dos poucos recursos que ele não conseguiu, os recursos que ele precisava para mudar a feitura daquilo que ele, através da própria linha 3046 de [19]82, ele queria implantar no setor público como um todo.

MC - Sim.

NA - E, também, o Hélio Beltrão não era pessoa, também, grata ao núcleo do PDS, porque ele se interpôs ao processo partidário, ao processo menor eleitoral para a assistência médica. Porque ele queria, era na verdade, corrigir as distorções existentes.

MC - Certo. E a entrada do Jarbas Passarinho?

NA - O período Jarbas Passarinho, é um período que vem de [19]84, não é isso?

MC - É o final de... não sei.

NA - Final de [19]80, princípio de [19]84...

MC - Final de [19]83? Não, [19]83... Aí, eu não sei precisar.

NA - Não, porque quando eu assinei o convênio em Brasília, já foi com o Hélio Beltrão, em outubro.

MC - Outubro de [19]83?

NA - Outubro de [19]83. Eu acho que a saída do Hélio Beltrão se faz em princípio de fevereiro...

MC - É, eu acho que foi no final de... Foi num final do ano, início de ano...

NA - O Passarinho através do Frejat, que era o secretário geral, manteve o processo das ações integradas da saúde.

MC - O senhor poderia falar um pouco mais sobre essa origem das ações integradas de saúde?

NA - A origem veio do CONASP...

MC - Veio do CONASP, então, é muito mais a implementação.

NA - A implementação. Por que o que eram as ações integradas de saúde? As ações integradas de saúde, na verdade, a busca da municipalização, estadualização e a federalização. Transferiu, o CONASP propõe os três grandes projetos: Projeto de Niterói, Projeto – está aqui – Projeto Assinatura de Convênios trilaterais entre o INPS, Ministério

da Saúde e Secretaria de Saúde e implantação como área demonstração imediata Curitiba, Niterói, Rio Grande do Sul, Distrito Federal e Rio Grande do Norte. Na verdade, o que ficou foi o projeto de Niterói, que foi um projeto que eu aproveitei, quando fui para a superintendência, para expandir para as outras unidades. Mas este Projeto de Niterói era bilateral, não era com a Secretaria do Estado. Era a assinatura do INAMPS, via superintendência, com as prefeituras, que quando veio o regime da cogestão com o estado do Rio de Janeiro, se constituiu a CES – Comissão Excepcional de Saúde – que na verdade passavam, também, a assinar esses convênios. Mas o repasse do recurso – porque isso é muito importante – o recurso, o repasse do recurso era diretamente com o município.

MC - O senhor com a saída do Hélio Beltrão, o senhor continuou a ser superintendente, na gestão do Passarinho?

NA - Continuei.

MC - Continuou, não é? O senhor acha que tem sido feito, em termos da Previdência Social, um desdobramento do CONASP? Quer dizer, a linha mestra de tudo que está sendo feito...

NA - É, porque na verdade, o CONASP é um marco histórico do grande poder que o CONASP teve, de congregar com um número de técnicos de alto nível para elaborar isto, e implantar a AIH; aumentar ou tentar aumentar o controle do setor privado; e implantar a integração e promover a integração do setor público. Claro que se nós compararmos, hoje, a [19]85 – princípio de [19]85 – as expansões das ações integradas de saúde, aumentou excessivamente, aumentou, já é um fato concreto. As ações integradas de saúde eram um desejo, anterior do CONASP, anterior ao Aloysio Salles, de todos os técnicos da época, inclusive o próprio Aloysio, quando no MEC, o Aloysio quando presidente da ABEM, o Aloysio quando presidente da FEPAFEM, que já defendiam um sistema de integração de todos, de toda a área pública, seja no Ministério da Saúde, seja no MEC, seja nas entidades filantrópicas, que não prova que sejam municipais ou estaduais. Quer dizer, os técnicos defendiam que, como um passo para o sistema único de saúde, teria que passar por essas etapas, que eram as etapas que vieram culminar com a reforma sanitária. Mas o que hoje, o nosso presidente Hésio Cordeiro e o Ministro Rafael de Almeida Magalhães, na verdade, a grande expansão, em todo nível Brasil, das ações integradas de saúde. E repasses, e de uma maneira bastante substantiva de montar um sistema, já um princípio do sistema unificado de saúde. Mantendo ainda as características individuais das instituições.

MC - Pra complementar toda essa análise que o senhor está fazendo, dos dias atuais, quer dizer, o que o senhor acha que muda com a Nova República, em termos de Previdência Social?

NA - O que muda com a Nova República, em termos da Previdência Social é: 1) De fato, o processo ideológico e institucional e estatizante se caracteriza de fato e de direito. É uma premissa da política de saúde. O que era um processo, e acontecia por planos e por pessoas, hoje o que caracteriza é a dominância política, o desejo político de institucionalizar o setor saúde. Isso me parece que é o denominador comum que caracteriza a Nova República. Que é a mudança, de fato, daquilo que todos nós desejávamos passar; que lutávamos, com ação, cada um ao seu modo, para o fortalecimento do setor público. E nisso eu acho que o período do Hésio Cordeiro, e

finalmente, do Serra, e do Ministro Rafael, é bem característico, a expansão em todos os níveis, em nível Brasil, como um todo, para a articulação uniforme do setor público.

MC - O senhor, nesse período, o senhor volta em direção do Hospital de Ipanema.

NA - Eu, evidentemente, era superintendente do INAMPS quando o professor Hésio Cordeiro é nomeado presidente do INAMPS, na ocasião é que eu, por acaso, mera coincidência, eu me aposentei como superintendente, aconteceu no mesmo dia, no mesmo ato. Foi quando Hésio, conversando comigo, me chamou, dizendo que eu não podia largar a superintendência do Rio de Janeiro, em função de todo um processo da demanda política: da indicação, das dificuldades, indicação do Santini, aquele processo. Então, eu fiquei possesso; então eu fiquei, na outra minha situação no INAMPS – porque médico tem direito a ter duas situações. Então eu fui nomeado pelo Hésio como superintendente, na outra situação, e fiquei seis meses. Foi bom porque se processou, também, seleções aqui, no Hospital de Ipanema, e o Hésio, me nomeou como diretor, também, do Departamento de Administração Médica. Mas eu, por um projeto pessoal, meu, decidi voltar às minhas bases, quer dizer, à periferia...

MC - O senhor fica...

NA - A República independente de Ipanema. Ficando, porque na verdade eu achava que a minha legitimidade por ter servido... maior à República, durante muito tempo, mas sempre como diretor e lutador da estatização do setor saúde, isto eu marquei sempre essa minha posição, eu preferi legitimar a minha continuidade, a minha administração, através de uma eleição, que se processou, aliás, acabou e o Ministro Waldir Pires acabou me colocando, aqui, no hospital. Claro e evidentemente que isso se processou muito mais do desejo do ministro e do presidente Hésio Cordeiro, do que qualquer outro processo político.

Fita 10 - Lado B

MC - Mas o senhor foi eleito, aqui?

NA - Eu fui eleito.

MC - Sim, mas a...

NA - A eleição, os novos candidatos, eles escolheram três nomes, e os três nomes eram de escolha, podiam ser escolhidos um dos três. Seriam indicados para diretor do hospital, se processou através do Ministro Waldir Pires e do Hésio Cordeiro, mas foi diplomata. Evidentemente, acreditem, aí, sem nenhum respaldo, vamos dizer, político-partidário.

MC - Sim. Eu queria perguntar uma coisa ao senhor...

NA - Porque na verdade eu paguei, também. Como eu paguei um preço por digirir, ter participado da administração passada, da Velha República, eu também paguei um preço por ter me articulado com o Governador Brizola, através do sistema da cogestão.

MC - O senhor poderia falar mais um pouco sobre essa situação?

NA - Bem, essa situação vence, na medida em que eu não dei alternativa, porque o meu desejo era não largar o Ministério da Saúde, porque eu achava que o Instituto Nacional do Câncer estava me dando muita satisfação pessoal de estar lá, junto com pessoas que me liguei diretamente, como o Ministro Waldir Arcoverde, o Mozart de Abreu Lima, o Alízio Alzir, Edmur Flávio Pastorello, aquela coisa que sentia, via tudo na mente, a minha satisfação de estar fazendo muito pelo instituto, da maior importância do setor público. Mas não podendo fugir a essa convocação do Aloysio Salles, que ao longo do tempo, também, lutei com ele através de ABEM, inclusive na FEPAFEM, quando ele foi, também...

MC - FE?

NA - FEPAFEM, é Federação Panamericana de Escolas Médicas – que ele me mandou até na Venezuela representando o INAMPS. Eu não podia deixar de aceitar o convite, então só tive uma preocupação na superintendência: era articular, o mais rápido possível o setor público. Então, nesse momento eu começo a me articular com o Eduardo Costa, começo a me articular com o Julio Sardir Queiroz, com o Jamil Haddad, e com o Governador Brizola, até promovendo uma reunião com o Governador Brizola para defender a necessidade de se fazer o regime da cogestão.

NM - E a resistência dentro do PMDB?

NA - Não há... Na época era mais na turma do PDS. O que eu sofri mais era um problema do grupo do PDS.

MC - É em [19]83...

NA - Mas, depois também, eu paguei esse preço de ter defendido de todos os níveis o meu total apoio ao Eduardo Costa e com o Hugo Tomasini, que foi substituto do Julio Sander, na Secretaria da Saúde. Depois eu paguei esse preço, inclusive, quer dizer, a gente paga sempre qualquer preço na medida em que tem um objetivo comum...

NM - Quer dizer...

NA - Porque eu parti, sempre era o chamado companheiro de viagem, porque o meu objetivo, se eu tenho um objetivo é a institucionalização do setor saúde, ou a socialização do setor saúde – mas eu prefiro usar o termo institucionalizar – me interessa aí são os companheiros de viagem que são os objetivos comuns; que podem ser dez quilômetros, 50 quilômetros, às vezes mil quilômetros, mas na verdade eu acho que eu implantei, essa luta foi positiva, que deu margem, hoje, até, o INAMPS está fazendo um convênio com a Secretaria de Saúde Municipal para repassar recursos financeiros – fez um concurso – para resolver um dos problemas mais graves das unidades próprias hospitalares do INAMPS, que é a falta de enfermeira e auxiliar de enfermagem. Quer dizer, isso foi viável por ter o convênio da cogestão. Aí, eu, também, já partindo da busca do médico trabalhar num lugar só, que foi tempo integral geográfico, facilitei até demais sobre isso. Que a minha preocupação era montar um sistema. Não estava muito preocupado com resultados imediatos, porque eu não acredito em resultados imediatos; eu acredito em resultados ao longo do tempo. Eu acho que tenho, hoje, uma grande satisfação de ter lutado pelo convênio do sistema da cogestão, com o município do Rio de Janeiro e com o estado do Rio de Janeiro, porque, hoje, facilitou, até a entrada de recursos humanos fundamentais –

porque eu estou nesse hospital, eu estou com 62 leitos desativados por falta de enfermeiro e por falta de auxiliar de enfermagem; eu estou com o centro cirúrgico com 11 salas, um centro cirúrgico novinho, de melhor padrão arquitetônico, com instalações perfeitas, há um ano, que não está... [com] as 11 salas funcionando porque eu não tenho auxiliar de enfermagem e não tenho enfermeiras. No dia, sim, Maio – conforme a promessa com a superintendência – eu receber as 200 auxiliares de enfermagem e as 30 enfermeiras, esse hospital começará a produzir 35 cirurgias por dia. Quer dizer, aí eu vou atender melhor a população, porque eu tenho, também, um dos melhores corpos clínicos na área cirúrgica do Rio de Janeiro. Quer dizer, então a minha grande satisfação era essa. É ter, através desse convênio vai ser viável fazer este concurso que já foi realizado, e que vai ser aplicado. Como foram, também, as campanhas, quando eu ativei, apesar da grande resistência que eu encontrei no Ministério da Saúde, para a ativação das campanhas... As campanhas são do Instituto Nacional do Câncer, a Campanha da Saúde Mental, a Campanha da Tuberculose, era porque se eu não ativasse as campanhas eu não teria recursos humanos para desenvolver o Instituto Nacional do Câncer. Como o Instituto Nacional do Câncer, quando eu assumi em [19]80, junto com o Alízio Alzir, tinha quarenta médicos, tinha dez enfermeiros e, praticamente, não tinha auxiliar de enfermagem; não tinha nenhum técnico, e por isso, com o recursos humanos via Campanha Nacional de Combate ao Câncer, eu consegui, nós conseguimos – o Instituto Nacional do Câncer – montar toda essa estrutura que ele tem hoje, inclusive o melhor banco de sangue que é o do Instituto Nacional do Câncer, hemoterapia do Instituto Nacional do Câncer. Também foi a cogestão, com o estado do Rio de Janeiro, foi da maior importância na implementação do Instituto de Hematologia.

MC - Eu queria perguntar o seguinte: eu queria que o senhor complementasse essa parte dizendo para nós, dizendo qual foi o custo que o senhor teve ao ter desse tipo do contato com o governador Brizola, com o Eduardo Costa na Nova República, com o plano da Nova República.

NA - Eu não tive custo nenhum, porque, possivelmente, por sorte, aquela situação de fortuna, o Hésio Cordeiro já me conhecia, o Noronha trabalhou comigo, a Manuela que hoje vai ser subsecretária do Arouca, trabalhou comigo, foi minha chefe de gabinete, foi minha secretária especial para assuntos da cogestão, das ações integradas de saúde. O Temporão também já me conhecia, quer dizer, já brigava muito na DG, que eu estava lá. Quer dizer, então eu acredito...

MC - DG?

NA - É Direção Geral, eu acredito que nego o meu passado, aonde alguns dizem que eu sou um técnico; outros dizem que eu sou muito independente. Na verdade, é que eu vou repetir a frase que o Gentile usava quando percorria aí, pelo Brasil afora e nas televisões, e a turma queria jogar o Gentile contra a parede, para a sua definição política: “O meu programa é saúde, somente saúde, e nada mais do que saúde”, e o Gentile, ironicamente, dizia isso. Mas era a forma do Gentile que tinha sido penalizado na Revolução de [19]64, e no ano de [19]64 pela sua posição, por ter sido chefe do gabinete do Dornelles, no SAMDU, de ter sido preso, de ter sido alijado durante o período todo. A única satisfação que eu tenho é ter trazido o Gentile para o Hospital de Ipanema, dar a ele prestígio, e a liderança que ele teve aqui dentro como meu assessor, sem ter função identificada, porque ele não podia ter, e depois, ter o prazer de nomeá-lo como assessor da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, no Instituto Nacional do Câncer, na área de auditoria médica.

Quer dizer, eu acho que esta é a minha independência, ou esse meu único objetivo que é o setor público dominando a saúde da população, faz com que eu não tenha sido [...] Eu posso ter aí, o Acácio Ferreira – Vocês conhecem o Acácio Ferreira? Foi assessor do Waldir Pires – ele sempre disse: Não, o grande problema é que o pessoal disse que você é muito independente. Eu disse: Não, que eu sou bom catombo, mas não sou popular. Porque na verdade, também, perpassa por aí.

MC - Doutor Nildo, o senhor como diretor do Hospital de Ipanema, o senhor pegou diversos períodos, de [19]66 a [19]78 e depois o senhor vai retomando a gestão do hospital em [19]85 com esta marca que é chamada Nova República. Como é que o senhor analisa, o senhor pega o hospital na época da unificação, em [19]66, nesse período, de mudança na Previdência Social, e passa por uma série de processos, maior privatização, menor privatização, uma série de convênios, só com outras funções além de ser diretor do hospital. Mas aqui dentro, como é que o senhor vê esse processo, assim, nesse período de 66 a 78, e agora o senhor retomando? Como é que o senhor compara esse período ou esses dois períodos, ou mesmo, quer dizer, esse período de doze anos da primeira fase que o senhor foi diretor do hospital?

NA - Olha, Você quer colocar como eu encontrei o hospital?

MC - É, o senhor encontrou o hospital em [19]66. É, sobre...

NA - É como eu deixei o hospital e como eu encontrei o hospital. Eu deixei um hospital liderando na área do Brasil, na área brasileira e na área até fora, com alguns artigos publicados na Oficina Panamericana de Saúde, com um hospital pioneiro no controle das infecções hospitalares, e um hospital com a maior liderança técnica na área da cirurgia. E um hospital que tinha movimento 272 leitos, tinha um movimento de 32/35 cirurgias por dia, com um percentual dos seus 40%, 60% de cirurgias de grande e médio porte, principalmente, a cirurgia gastroenterológica, que foi aqui que nasceu a grande experiência no tratamento da úlcera duodenal, no lugar de seccionar ou cortar o estômago, saírem para uma outra cirurgia, menos mutilante, que era a valvotomia: a valvotomia tubular, a valvotomia sub-seletiva. Foi aqui que se desenvolveram algumas técnicas, que hoje estão difundidas em termos de universal, que foi a terapia digestiva, que foi a libertação parenteral da maior importância para os doentes necessitando de cirurgia, que precisavam ser melhor preparados para esta cirurgia. Os trabalhos científicos do Hospital de Ipanema foram uma realidade. Como eu encontro? Eu encontro um hospital mais descaracterizado em função de quê? Em função de que o processo do sucateamento, o processo de não investir em recursos humanos se fez de uma maneira com prejuízos desse hospital. Mas acredito que agora com essa entrada desses recursos humanos, a resposta desse hospital será imediata. Eu como sou um otimista inveterado, espero que isso volte a ser melhor do que era. Quer dizer, então, independente dos matizes políticas, que na verdade, o que foi possível fazer de bom nesse hospital, foi feito. A auditoria médica que o Gentile montou foi pioneira. A Escola de Saúde Pública, vinha aqui, todo ano, com seus alunos, para passar uma semana e ter um embasamento de administração hospitalar, conhecer administração hospitalar secundária e terciária, como é o nosso hospital cirúrgico. A Fundação Getúlio Vargas também trazia os seus alunos de administração para cá, e todo um...

MC - O senhor fala administração, secundário e terciário? Hospital para o secundário e terciário?

NA - É, a gente admite que dentro da hierarquização nós temos que ter hospitais que serão hospitais primários, que serão hospitais de atendimento de emergência, que são chamadas quatro clínicas básicas, e tudo isso, e outros que vão diferenciar para as cirurgias, que seria a forma defendida em toda parte do mundo, que os hospitais especializados, e hospitais de base, e distritais, que seriam hospitais de estado, nada mais do que são os hospitais distribuídos de uma forma homogênea para o atendimento de uma população.

NM - Na medida que o senhor, em [19]85, volta para o Hospital de Ipanema, o senhor daqui pode ver e avaliar também, o quadro de mudanças e o quadro de expectativas que se cria em torno das novas medidas que seriam tomadas no INAMPS, a própria política de saúde. Nisso em 1986 acontece um fato bastante marcante que foi a VIII Conferência Nacional de Saúde. O senhor participou dessa Conferência?

NA - Não.

NM - E, por que o senhor não participou?

NA - Porque eu preferi ficar na República Livre de Ipanema. Porque na verdade a minha... Aí é um processo de ter participado; no passado, de outra conferência, é um processo, uma retração, vamos dizer, um pouco de pudor – de estar defendendo coisas que eu sempre defendi, mas que eu levo a chamada, a peça do passado.

NM - Mas na VIII Conferência Nacional de Saúde, são aprovadas diversas medidas que o senhor, ou implementou, ou defendeu, durante anos.

NA - Sim, mas acontece que era num período de exceção. Porque, na verdade, como eu e o Gentile sabíamos, nós sabíamos que a gente podia fazer tudo no setor saúde, que era positivo, porque o setor saúde estava funcionando com distribuição de renda. Só deixou de funcionar com distribuição de renda quando o Brasil entrou numa recessão, aí o Delfim Netto negou o recurso do Hélio Beltrão para que isso se retomasse melhor ao período do Reinhold Stephanes porque foi essa a realidade histórica. Porque ninguém está preocupado com saúde, não. Porque na verdade, até hoje, não há uma medida concreta para que se dê recursos através do produto interno bruto, para que se aplique na saúde e resolver, se não em imediato, mas a médio, a longo prazo, esse problema crucial, que é assistência integral à população. Quer dizer, através daí, a gente fica... Acredito que agora, na Constituinte, alguma coisa será de objetivo, será um investimento adequado, porque precisa-se de bastante recursos, bastante dinheiro para se fazer um plano de atenção razoável à saúde da população carente desse país.

NM - Em face das decisões das medidas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, como é que o senhor vê o quadro a partir da VIII Conferência até hoje?

NA - Eu vejo a proposta da reforma sanitária do Arouca, eu vejo como a conclusão do processo daquilo que se iniciou nas ações integradas de saúde, que é a descentralização de ações, através da municipalização e estadualização, deixar com o governo federal alguns institutos de maior complexidade, como um ponto de referência, mas para se processar a reforma sanitária, para se processar a municipalização, é aí que é o cerne de toda questão, é necessário que tanto o INAMPS, como o Ministério da Saúde, como o município, e como a universidade, seja integrada através de um comando, ou colegiado, um comando para administrar esses recursos e benefícios da população. E, isso, eu

acredito, também, com a participação das comunidades, é uma realidade. E a gente vê, a gente lê no jornal que a defesa que a população faz do Souza Aguiar. Souza Aguiar entrou num sucateamento muito... E os hospitais do município do INAMPS, entretanto a gente sente que a população ainda considera como belo é o hospital municipal. Como na verdade a população ainda não considera a nossa unidade comunal. Quer dizer, essa pesquisa do jornal, da semana passada, vem mostrar que a população procura os hospitais municipais, ainda, porque eles consideram como hospitais realmente deles.

MC - Seja Miguel Couto...

NA - Miguel Couto, Souza Aguiar, tudo isso. E, aí, os meus encontros com a comunidade, que eu fiz, aqui: Pavão, Pavãozinho e Cantagalo, eles disseram assim, claramente, objetivamente, transparentemente: O nosso hospital é o Miguel Couto, aqui a gente é muito difícil de ser atendido. Foi quando eu acabei com a exigência de provar que era previdenciário. Apesar de eu na superintendência ter baixado desde [19]83, determinações expressas, de que todas as unidades próprias, independentemente, segurado ou não segurado, na universalização, tudo isso, a coisa não chega não ponta. É muito complicado. Esse projeto da regionalização e hierarquização, que é esse aqui, define, já, e isso quando eu cheguei ao Hospital de Ipanema, eu não encontrei. Apresentar a carteira do segurado previdenciário. Quer dizer, é necessário um trabalho periférico bastante intenso para que a população comece a acreditar que essas unidades são delas. E isso vai acontecer na medida em que ela tiver uma coparticipação na organização das unidades.

MC - O senhor que tem uma experiência significativa na Previdência Social, mas também teve atuação no Ministério da Saúde, como é que o senhor entende a relação entre esses dois ministérios?

NM - Em outras palavras, o debate que se faz hoje, ainda hoje, sobre qual seria o lugar da assistência médica da Previdência Social?

NA - Bem, a passagem, de puro e simples, do INAMPS para o Ministério da Saúde, não vai acrescentar nada. O grande problema é que o Ministério da Saúde começa... A Lei 6229 vem criar essa dicotomia, um cuida da ação coletiva, o outro cuida da ação primária; e o Ministério da Saúde teve sempre a nível de recursos. Isso mudou, realmente, com a participação maior do INAMPS, e uma integração maior do INAMPS com o Ministério da Saúde, isso aí mudou de fato. Mas eu acho que é através de uma reforma de base aonde o município e o estado sejam o grande gerente dessa assistência médica, e que o Ministério da Saúde seja o grande normatizador e fiscalizador dessas ações. Se isso se descentraliza, quem vai comandar é a periferia, é o município, na última instância, o estado. O que nós temos que combater é a centralização excessiva que hoje nós estamos. Esse me parece que aí nós vamos caminhar para um comando único, sem dúvida nenhuma. Claro que na primeira etapa as entidades não precisam perder as suas vinculações. É identidade, a carteira de identidade de cada unidade pode continuar a mesma, só que o processo administrativo, o processo da descentralização se faz através de mecanismos reais, é através dos conselhos comunitários, que através da regionalização, do rangido de porta, que é aonde o município passará a comandar esse processo. Mas é o município que tem que comandar o processo. Nós temos hoje em pleno Rio de Janeiro, ainda, o estado do Rio de Janeiro tem até a região oeste alguns hospitais de pronto-socorro, que no mínimo deviam ser do município do Rio de Janeiro. O estado

deveria ficar com o Instituto de Hematologia, exemplo que é a política de sangue; algum instituto diferenciado, maior de referência na área de pesquisa, na área de requisição de política. Mas na verdade nós temos um estado em ação... Essa característica e, evidentemente, nós temos em Campos uma unidade hospitalar do estado, que era para tuberculose, que no processo da cogestão com o estado, ela passou a pertencer às CIS, de Campos, mas por falta de recursos humanos e por falta, também, de recursos financeiros, e num hospital de 400 leitos, foi integrado.

Fita 11 – Lado A

NA - Que seria um hospital geral. Temos, também, atravessando a ponte Rio-Niterói, nós vamos encontrar o Hospital Azevedo Lima, um hospital, se eu não me engano, de 400 leitos, uma boa planta arquitetônica.

MC - Qual é o nome do Hospital?

NA - Azevedo Lima, uma boa planta arquitetônica, que pode através de injeção de recursos humanos e materiais, diminuir a excessiva demanda da urgência do Antônio Pedro, porque o Antônio Pedro é o grande hospital de urgência de Niterói e adjacências, inclusive de Campos, que é o hospital de referência, que é o hospital-escola, e nós temos uma unidade chamada Hospital Maurício de Freitas, que é uma unidade pequena que poderia estar integrada dentro do Azevedo Lima; que isso foi proposto ao Eduardo Costa desde o princípio, inclusive, a Comissão Executiva do Projeto de Niterói propôs isso que seria o Hospital Antônio Pedro transferir para o Azevedo Lima a unidade da cirurgia pediátrica, a unidade de pediatria; Maurício de Freitas passaria a pagar a cirurgia; aí, entraria recursos. É preciso a vontade política, o conhecimento técnico para fazer essa unificação. Porque, na verdade, a comissão executiva do Projeto de Niterói já propôs em 1984. Quer dizer, então é a reforma, eu prefiro dizer, falar em reforma sanitária, que aos poucos vai se processando a unificação que seria um exemplo, assim, mais terra a terra, a Cruzeiro do Sul pertence a quem? À Varig. Mas a Cruzeiro do Sul continua com a mesma produção que antes, os pilotos e a aeromoça, com o uniforme diferente da coisa, só que nível, lá em cima, quem decide a política é o *holding* e o *holding* da Varig. Quer dizer, eu acho que esse processo é um processo gradual, eu não acho lento, é gradual e precisa a vontade política do executado.

NM - E por que, até agora, ainda não foi executado?

NA - Porque é muito difícil. Eu, por exemplo, no meu período de março de [19]83 até [19]85 na superintendência, eu interferi muito pouco nas unidades próprias do INAMPS. Aquilo que a superintendência determinava em nível de fiscalização das unidades próprias, era muito difícil mudar a mentalidade. Eu lembro muito bem que quando eu tinha uma ociosidade muito grande no PAM-Venezuela, porque eu tinha cem consultórios vazios, aonde eu alugava mais da metade do [condomínio] 13 de Maio, e pagava, na época, um dinheiro razoável, por este aluguel, eu quis transferir do 13 de Maio para a [rua] Venezuela as chamadas clínicas básicas, deixando o 13 de Maio, as chamadas clínicas mais especializadas, aquilo que caracterizava o 13 de Maio como unidade... A parte de patologia clínica, que hoje faz parte do programa do Instituto Nacional do Câncer, da citopatologia, do preventivo do câncer, a parte da psiquiatria, que era de um

ex-bancário, que era na 13 de Maio, que desenvolveu psicoterapia ambulatorial, a psicoterapia de grupo, e aí houve uma manifestação de rua, que queria acabar com o 13 de Maio, não sei o que; e não foi possível fazer. O Méier é a mesma coisa. O Méier é uma casa alugada onde ficavam 50 médicos do Salgado Filho. Na hora que eu quis transferir o Méier para uma unidade melhor, passando uma passarela comunidade própria, houve uma dificuldade tremenda. Olha, eu lembro que eu recebi os dois representantes da comunidade: um, que era engenheiro, se eu não me engano, da Eletrobrás, e o outro, auxiliar de enfermagem do Bonsucesso. O engenheiro da Eletrobrás disse: “Não... Mas vai acabar com o PAM do Méier, é muito ruim, porque nós usamos muito, na nossa família, inclusive nós...” “Vocês usam?” “Não, mas nós usamos em caso de emergência, porque nós temos convênio-emprego, e tal”. E o cara, o auxiliar de enfermagem de Bonsucesso queria que fosse para o outro lado, mais perto do morro, mais perto das favelas. Quer dizer, esse processo de mudança é muito complicado. Quer dizer, então eu durante [19]83/85, porque na verdade eu interferi muito pouco na mudança de política interna. Se eu chego num hospital, isso é dizer, se chega num hospital e se ainda encontro placa, exigindo a carteira do previdenciário, quando isso foi o primeiro ato da CIS, quando se constituiu a CIS, Comissão Institucional de Saúde, e a CIS é aonde esse hospital teria que atender indistintamente segurado ou não segurado. Esse é um processo complicado. Por isso que eu acho que a gente caminha a passos largos, claro e evidentemente, que como nós vivemos com a presença do Waldir Pires e com o Rafael, do Hésio, do Santini, e do Sergio, e do Hésio, isso cresceu de maneira substancial e agora, então, eu vou dizer a você, em termos de Brasil, em termos de Rio de Janeiro, eu acho que o processo está completado, o problema agora, é resolver o problema lá da Baixada. Nós assistimos a grande dificuldade que foi a volta dos médicos para Nova Iguaçu, a gente sentiu que foi a dificuldade, e nós estamos lidando com pessoas, nós estamos lidando com pessoas que, aparentemente, vestem camisas do problema, mas não estão vestindo a camisa da saúde, da população. Quer dizer, essa é a grande mudança.

NM - A visão de mundo do médico nesses anos todos...

NA - O médico ainda acha que ele vai ser feliz mantendo o privado.

NM - Mas, veja, o senhor mesmo lutou pela implementação e o crescimento da residência médica. O senhor lutou pelos convênios: Previdência Social e faculdades médicas, o senhor lutou para se criar, inclusive, o cargo de médico previdenciário.

NA - A carreira do médico...

NM - A carreira do médico previdenciário. O que mudou na consciência do médico? A questão da Previdência Social ainda não diz respeito à vida dele, ou é mero emprego?

NA - É mero emprego. Mesmo com a explosão das Escolas Médicas, mesmo com a explosão de número de médicos, hoje, que o Brasil tem, o médico ainda pensa que a grande saída dele é o setor privado. Quer dizer, a consciência coletiva do médico...

NM - Setor privado, quer dizer medicina liberal?

NA - É, medicina liberal. A medicina liberal. Quando nós sabemos que hoje a medicina liberal não representa, no Rio de Janeiro, não chega a representar 5%. Que o médico acaba triturado por um sistema das empresas médicas, dos grupos médicos, ele acaba sendo

bagrinho de outros profissionais, que isso leva à deterioração. Mas isso acontece porque ele, a coletividade médica, a corporação médica, ainda pensa que o horizonte, a luz no fundo do túnel, é, ainda, a volta do médico, do privilégio do médico, do passado.

NM - Mas não...

NA - Não quer dizer, eu diria que o médico não tem uma visão do professor. O médico não tem uma visão de um engenheiro. Ele ainda acha que a atividade liberal é o que vai dar a ele grande satisfação interior de médico.

NM - Mas durante os anos [19]70, principalmente, na segunda metade dos anos [19]70, foi, exatamente, um dos setores mais avançados do movimento social, foi feita, exatamente, na área da saúde. O sindicato médico toma posições consideradas avançadas, surgiu o REME, nós verificamos o movimento dos médicos residentes. E, apesar disso, cresce a proletarização do médico, e ele não consegue avançar ao nível da concepção filosófica e ideológica?

NA - Médico como corporação, eu acho que não. Porque, na verdade, o sindicato dos médicos apesar de ter posição ideológica bastante conhecida, bastante firmada, na verdade ele é e tem que defender todos os médicos. Ele tem que defender todos os médicos, e defender todos os médicos defendendo o desejo individual dos médicos. Quer dizer...

NM - O debate sobre a volta ou não dos médicos ao hospital da Posse, como o senhor avaliou?

NA - Eu avaliei o seguinte: o poder hegemônico do médico e a influência do médico é tão grande, que o sindicato dos médicos, inclusive o Bulhões me responsabilizou, porque na verdade a transferência passava pela superintendência, pois eu não fiz nenhuma transferência. Eu negocieei com o meu presidente de que ele determinaria, e eu só mandaria as unidades concluírem. Mas, mesmo assim, eu botei todos os médicos que eu chamei, a pressão do sindicato, que eu fui ser superintendente, se você lê o trabalho, você vê o número de médicos, que eu esgotei o concurso de [19]82, inclusive, de subespecialidades. Chamamos todos; era a pressão permanente do sindicato para o emprego do médico. Que o sindicato trabalhou no papel dele. Mas na medida de transferir ou um retorno de alguns para lá, é um Deus nos acuda, quer dizer, que na verdade é o problema, o médico vai mandar, não chega a dar 30 km – é menos de 30 km – mas isso é uma loucura, porque ele sai, a maioria dos médicos mora na Zona Sul. Quer dizer, o estrato econômico mostra isso, se você pegar as enfermeiras do Hospital de Ipanema, um percentual muito grande mora na Zona Sul; os médicos, a maioria mora na Zona Sul; então as enfermeiras querem vir para cá, os médicos querem vir para cá. Mas o auxiliar de enfermagem, o agente administrativo, está doido para ir para Bonsucesso. Por quê? Porque eles gastam muito mais dinheiro para vir para cá, porque é um processo de renda.

NM - Nessas suas lutas, a questão, poderíamos chamar assim, da competência médica, essas mudanças todas acarretavam uma maior qualificação do médico, pelo menos isso? Ou essa qualificação só se fez ao nível da especialização?

NA - Eu acho o seguinte: a grande democratização da medicina brasileira aparece nos serviços próprios dos antigos IAPs. Se você pegar uma pesquisa e for pesquisar os

professores titulares, os professores assistentes, todos eles foram oriundos do IAPC, do IAPB, do IAPETC, e dos Bancários. Isto é tanto verdade, aqui, como verdade em São Paulo, como verdade onde tem uma unidade própria e uma do estado da federação. A enfermagem, é a mesma coisa, se buscar hoje, nas escolas de enfermagem, quem está ensinando, a formação se processou dentro das unidades escolares; porque o que os recursos financeiros, que a Previdência Social ao longo do tempo, investiu nos seus hospitais, fez com que, também investisse na preparação desses recursos humanos. Claro e evidentemente que a residência médica e o INAMPS foi e é responsabilizado pela maior formação de residência, de residentes médicos. É aqui que eles se formam. É aqui que eles veem aprender as especialidades que eles escolheram: a cirurgia geral, a pneumologia, a unidade de terapia intensiva, a clínica médica, -- aqui que eles vieram aprender. Então aprender no sentido, não só de aprendizagem de serviço, como aprender, também, no sentido de trabalhos através das jornadas, através dos congressos, aonde a participação das residentes era bastante substantiva. Quer dizer, apesar de toda essa democratização no serviço público que avançou, que acabou com a elitização de alguns, de galgarem a cátedra do ensino, eu acho que o médico, e um indivíduo, não politizado, ele não incorporou nele a sua função social, que é a assistência à saúde à população indistintamente, ele ainda fala muito em relação médico-paciente, ainda fala muito na individualidade médico-paciente, é muito importante, mas o que importa já é o atender bem a população.

MC - Sim, mas a justificativa dos salários baixos não recompensa pelo trabalho; isso aí não seria um fator importante que ele então, nesse sentido, ele se realizaria na clínica privada?

NA - Primeiro, o contingente da clínica privada é muito grande. A clínica liberal, quer dizer, aquele quanto ao seu consultório, aqueles que tem clientes referidos, que cobra a consulta que ele quer. A relação médico-paciente é bipartite, o sujeito vai e leva o seu doente na clínica privada, e no hospital privado, opera. Esse é um percentual muito pequeno. Os outros são aqueles trabalhando para empresas médicas, que na verdade, aí, já é um intermediário dentro do processo, um intermediário que visa lucro. Aí o médico, também, é um insatisfeito. Então, começa a história de cobrar consultas, os anestesistas, esse movimento que houve dos anestesistas. O INAMPS pagando pouco, e, então, os anestesistas cobrando por fora, e assim sucessivamente. Na verdade, eu não sei se é salário baixo. Claro que os salários, hoje, são baixos. Como é salário baixo o do professor universitário, do professor das escolas oficiais. Como é salário baixo dos engenheiros, membros das empresas públicas. Como é o nosso salário, são baixos, mas eu acho que isto não é do problema do salário. Porque na verdade se você for pegar os vários empregos dos médicos, as várias somas de rendas, ele está fazendo uma renda, que pode, ainda... Ele não se coloca na pirâmide social, se não como uma realidade, mas como uma fantasia como o sujeito que ele é rico, mais do que um engenheiro, mais do que o advogado, mais do que o professor. Acredito que isso seria uma realidade. Já a própria sociedade, ainda, vê assim. A falta realmente, de uma carreira do médico, carreira onde ele sabe que entra, mas sabe que vai moldando os degraus da sua satisfação pessoal, a melhoria, e vai ter um salário condigno, isso me parece a solução ideal.

MC - Estabelecer uma carreira médico...

NA - Carreira médica dentro do processo. Como tinha no passado, quer dizer, antes de [19]64, que, aqui, nós tínhamos: o médico, através do movimento de greve de 1956, ele conseguiu a última referência que é a letra “O”.

MC - [19]53?

NA - A greve foi em [19]53 e depois ele conseguiu a letra “O”, que correspondia ao soldo do coronel.

MC - Foi em [19]53? A greve? A letra “O”?

NM - A primeira greve. Foram duas greves, [19]53, [19]54?

MC - É, então são duas. A primeira e a da letra “O”, a formar letra “O” do Juscelino,

NA - Não é o de Juscelino? [19]56, Juscelino.

MC - [19]56 foi Juscelino.

NA - Juscelino que ficava com a vela na mão, levando Palácio do Catete na descida...

MC - É mesmo...

NA - Isso aí, é que passou a letra “O”, que correspondia ao salário do coronel. E isso foi se deteriorando aos poucos, levando, hoje, a esse caos, que na verdade, é uma grande luta, que são duas situações que o médico está ganhando três mil, mas ele ganha em outra situação mais três, ele arruma uma vantagem de insalubridade, ganha uma vantagem diante disso, e que... Eu não sei, na verdade, eu coloco como uma discussão esse problema se é o salário.

MC - Sim.

NA - E se não é, falta, aqui, uma visão social do médico, que ele pudesse lutar melhor, nesse momento, porque tendo essa visão social, ele pudesse, na verdade, influir para a sua carreira, para a sua destinação melhor. Porque, quer queira quer não, o aprendizado dele é no serviço público. E sempre foi assim. Antigamente, era célebre a assistência municipal. Os grandes técnicos, os grandes professores nasceram de assistência municipal, eram os caras que vinham do Miguel Couto, Souza Aguiar, com Getúlio Vargas, com o Carlos Chagas, aqui no Rio de Janeiro, lá em todos os níveis... Porque, na verdade, a gente aprende medicina em serviço, e aprende medicina no volume.

MC - Você conclui?

NM - Bom, depois de 12 horas de gravação, nós poderíamos considerar encerrada a nossa entrevista, mas, antes, eu gostaria de fazer ainda algumas perguntas. Primeiro, nesses temas que nós abordamos, nessas horas todas de gravações, se houve alguma coisa que o senhor considerava importante que nós deixamos passar ou não aprofundamos como o senhor gostaria de aprofundar?

NA - Eu acho que nós conseguimos abordar tudo. Quer dizer, abordar a participação do SAMDU, a assistência à população, abordar porque o SAMDU era da comunidade, era da população, era do IAPETC, era dos Marítimos. Porque era o desejo do previdenciário não se considerar indigente. Depois vem a unificação, que também se impunha em termos da falência financeira de alguns institutos. Depois vem a mudança do Brasil, não mais fazendo a capitalização da previdência social, e sim na repartição, que isso o Brasil pertence a Associação Internacional de Seguridade Social, abordamos a minha ida a Leningrado, de 67, que foi um dos grandes aprendizados que eu tive. Foi lá que eu aprendi que a Previdência Social, nos seus 67 países que participaram, aquelas que investiam na prevenção, começava a ter diminuição para ao longo do tempo, na assistência médica. Aconteceu no programa de que a previdência e a universidade deixaram de brigar, de que o doente, o indigente não é o previdenciário não é indigente para servir de ensino, quer dizer, por isso se processou durante muito tempo, 67/68 até 74, quer dizer, é uma discussão. O professor universitário também passou a discutir que não era assistencial, ele era de ... era para ensinar. Esse é um processo que nós abordamos em todos os níveis e algumas dificuldades, como é que alguém vai ensinar alguma coisa se não tiver o doente. Era aquele negócio de fiar um doente de hérnia esperando muito tempo, para os vários estudantes aprender hérnia; era muito mais fácil ter várias cirurgias de hérnia, e vários doentes de hérnia, para que o aluno aprendesse mais rapidamente. E, depois, também, essa mudança que os hospitais da Previdência Social, ao receber esses alunos, também melhoravam o seu nível. Quer dizer, porque o aluno, o residente, eles são, sempre, aqueles estão protestando e provando a qualidade de quem está executando a assistência médica. E como ele não tem o compromisso com a instituição, ele tem o compromisso com o aprendizado dele, ele está querendo exigir mais dele. Nós abordamos que isso foi resolvido através do MEC-MPAS e que se concretizou em maior escala em [19]82 com o CONASP, depois verificamos que o próprio hospital universitário, junto ao município, passou a universalizar e receber o previdenciário ou não previdenciário, que é a universalização. Nós temos a recuperação do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, e temos, também, a recuperação dos hospitais do Ministério da Saúde no resto do Brasil, e, também, dos hospitais universitários. A Secretaria de Estado e Saúde da federação, se beneficiaram com o CONASP, com as ações integradas de saúde. Tudo isto são processos que hoje culminam... Hoje, eu acredito, pelas informações que eu tenho lido, de que, hoje, o Estado, o Brasil está praticamente coberto com as ações integradas de saúde, com integração do estado, do município, entidades filantrópicas; alguns avançando mais, e outros avançando menos. E algumas capitais avançaram mais, inclusive, já estão se unificando: superintendência, secretaria da saúde de estado e município. Quer dizer, acredito que no final ainda sou como... Acredito que nós caminhamos, na verdade, para isso: institucionalização do setor saúde, eu acho que a reformação dada ser uma realidade. Evidentemente, vem constituinte, evidentemente nesse processo de transição que está se processando rapidamente. Mas é fundamental, que é preciso recursos, e não é só o recurso da Previdência Social. Recursos tributários através do produto interno bruto, que vai juntar um bolo para redistribuir esse bolo, adequadamente para a população. Acho que não ficou nada...

NM - Outra coisa, é que o senhor deve ter percebido que nós começamos os nossos encontros, falando do senhor, da sua formação, das influências que o senhor sofreu até chegar à Previdência Social, explorando muito mais a sua história de vida. Depois passamos a conversar sobre a sua história profissional, a história da Previdência Social. Nesse período que o senhor está na Previdência Social, o homem Nildo Aguiar, quais foram os fatos mais importantes, aquilo que aconteceu de importante na sua vida?

NA - Primeiro, dirigi um hospital do SAMDU, aonde eu entrei para acabar com o hospital do SAMDU, porque na época que eu trabalhava no posto do SAMDU de Deodoro, eu nunca consegui internar ninguém. Quando eu fui para o Hospital do SAMDU eu fui para fazer uma comissão de avaliação. E, na verdade, acabei diretor e o hospital que fazia uma média – só para você ter uma ideia na época, aquele hospital que chamava urgência fazia uma anestesia geral por dia, eu deixei o hospital com dezenove cirurgias e com melhor linhagem técnica, inclusive, com trabalhos, era o chefe de equipe de equipe da quarta-feira e operava muito lá. Tenho a satisfação do que... Eu tenho dois hábitos: é me dedicar, exclusivamente, ao setor saúde, por isso é que eu ainda sou um cirurgião, que opera, uma ou duas vezes por dia do que eu posso por semana...

Fita 11 - Lado B

NA - No hospital, eu ainda tenho e faço questão de manter a minha prática cirúrgica, em níveis médios. Sou membro do colégio para fazer cirurgias; estou fazendo parte hoje de uma comissão de avaliação e desempenho dos hospitais, em nível do Brasil, Colégio Brasileiro de Cirurgias. Tenho uma grande satisfação de ter sido diretor em [19]66, que foi um grande desafio, depois de ter saído do SAMDU e vindo para cá. Evidentemente todo uma situação definitiva, minha indicação, como eu já disse, foi do Viana, do Paulo Fontoura, que eu virei diretor e fiquei onze anos. A minha participação, também, no ensino médico, nessa área toda. A minha participação no Ministério da Saúde, e, também, a minha grande participação na superintendência, que considero uma fase muito positiva, quer dizer, muito positiva no sentido que consegui o período ainda difícil, apesar de já o início de toda abertura, e fazer a cogestão no estado do Rio de Janeiro. O Instituto Nacional do Câncer para mim é o marco, satisfação pessoal muito grande, acho que deixei minha passagem, lá, bastante gravada. Acho que também na área da psiquiatria, avancei como superintendente quando consegui baixar em 40% as internações de psiquiatria, baixar o tempo médico. Acho que também não penalizei, mas procurei moralizar a minha relação na época da superintendência, com o setor privado. E a grande satisfação é eu ter sido eleito, sem ter vindo ao Hospital de Ipanema nem uma vez, depois de oito anos de ausência, ter sido eleito e ter ganho a eleição com 40,9% dos votos, com nove candidatos. Se isso eu considero esse marco muito importante na minha vida; na minha vida profissional, que na verdade se mistura com a minha vida, também pessoal. Se eu sou casado com uma enfermeira, meu segundo casamento com uma enfermeira que trabalha comigo diuturnamente, evidentemente, que a minha casa é uma extensão do Hospital de Ipanema e do sistema do setor saúde. E isso eu nem sinto falta de férias. Eu acho que eu não tiro férias há mais de seis anos, a não ser a última, que foi durante o carnaval, que eu passei vinte dias fora. Quer dizer que, na verdade, eu me sinto realizado na execução dessa política. Mas, também, se amanhã eu deixar, eu também, tenho consciência disso. Amanhã se eu deixar qualquer cargo diretivo, eu estarei muito feliz e satisfeito de vir ao hospital, diariamente, para operar os meus doentes e cuidar deles, lá, no ambulatório, quer dizer, não tenho... E minha ambição de vida foi essa, e será essa, não é agora o momento de mudar.

NM - Avaliando, então, o quadro, quais são as perspectivas que o senhor vê para assistência médica, previdenciária, assistência médica no Brasil?

NA - Eu acho que, a política atual do INAMPS, através do Hésio Cordeiro, e a posse do Arouca na Secretaria do Estado de Saúde e Higiene, com a participação do Santini e da Manuela, acho que o Arouca vai ter a grande oportunidade de pegar um estado creio, e

nós temos que admitir, que o Rio de Janeiro ainda é o tambor de ressonância em nível Brasil. Porque aqui ainda é a capital política do Brasil. Aqui tudo que acontece, a gente, em nível do Brasil, a gente está sabendo. As mudanças em São Paulo, que o Hésio está imprimindo, está imprimindo no Nordeste, está imprimindo em Alagoas, está imprimindo no Ceará, em todos esses níveis, até no Rio Grande do Sul, eu acho, na verdade, também, bastante positivo. Eu acho que as ações integradas de saúde já se tornaram irreversíveis; agora é um passo para a reforma sanitária, que é a municipalização. Na verdade, eu acredito que é através da municipalização que se vai resolver o problema da população. Porque a metade da população, a maioria da população quer uma assistência perto, próxima e com medicamento e resolutiva. E sabemos que a assistência médica resolutiva é uma boa assistência médica ambulatorial, uma boa assistência médica na urgência, e uma boa assistência médica nas doenças degenerativas. Não acredito na participação dos usuários no custeio da Previdência Social, ou no serviço porque isso seria inadequado se 85% da população ganha, então, até quatro salários mínimos a cinco salários mínimos, torna-se inviável. Então, nós do setor saúde, temos que avançar nessa proposta, conviver com o setor privado, não a compra e venda de serviço, mas, se possível, como um concessionário de serviços. Isso, parece que é o que eu espero que aconteça nesse prazo, se fosse processar em cinco anos é um grande avanço.

NM - Bom, doutor, muito obrigado, eu confesso que...

NA - Quer que eu te dê isso?

NM - Queremos sim.

NA - Isso. Então, pega esse.

NM - E a gente aprendeu bastante, aí, do CONASP...