

ENTREVISTA

Entrevistador: Leandro Augusto Pires Gonçalves [LG]

Entrevistado: Ricardo Donato [RD]

Iniciada às 11:23 horas do dia 22/08/2017

A entrevista aconteceu na secretaria do Ambulatório de Medicina Integral do Hospital Pedro Ernesto, onde o entrevistado ainda se mantém em atividade

Tempo de entrevista: 02h 39min 19seg.

[LG] Ricardo, temos muitas coisas para falar, principalmente porque você entrou na Faculdade [de Ciências Médicas da Universidade do Estado da Guanabara] em 64, formou-se em 69 e pegou toda a fase de construção do Instituto...

[RD] Você já tem todas as informações [risos nossos].

[LG] E também o processo de construção do Departamento de Medicina Integral. Instituto e Medicina Integral que foram muito mais próximos do que são hoje. O núcleo era mais ou menos o mesmo, que deu na medicina social e deu na medicina integral?

[RD] Isso.

[LG] Você pode falar sobre esse período de construção?

[RD] De 64 a 69?

[LG] Isso.

[RD] Então, foi uma época difícil, um período de ditadura no Brasil. Na medicina, especificamente nela, havia um movimento estudantil forte, de oposição ao regime, e que discutia muito a questão da formação médica. Especificamente da formação médica, além das outras questões todas em torno disso. Nesta discussão, que também envolvia alguns professores que se destacavam nesta questão, especialmente o professor Piquet Carneiro, que foi diretor da faculdade em boa parte desse período – tivemos outros: em 64 era um psiquiatra, o Mauro Bittencourt... mas com o professor Piquet, houve mais possibilidade de discussão sobre a questão da educação médica, da formação profissional, enfim... e toda esta discussão era ligada a uma história de reflexão sobre o ensino médico, não só no Brasil. Havia um estudo do Juan César García que identificava que estas áreas da medicina preventiva ou da medicina social eram ausentes nos currículos das faculdades.

Então, esta discussão já vinha acontecendo aqui também, na antiga UEG. Neste movimento, os estudantes passaram a se interessar por isso. Houve um grupo de alunos da faculdade de medicina que fez um estudo sobre o ensino médico nas ciências médicas, um estudo que começou em 67... que veio de um processo de discussão em que vários alunos e professores estavam envolvidos, inclusive o pessoal que foi para a medicina social: o Hesio Cordeiro, por exemplo, que havia sido presidente do diretório acadêmico. Então, se tinha este processo de discussão e este estudo. Neste período, tanto se trabalhou a questão do Instituto, e aí veio o professor Nelson [Moraes] – que foi o seu diretor -, quanto a medicina integral. Elas apareceram neste período. A questão da medicina integral, especificamente, tinha muito a ver com a mudança curricular e também um aproveitamento melhor dos períodos de ensino da tarde [risos dele], que ficavam muito esvaziados. Em uma época em que isso passava a interessar também professores dispostos a ter tempo integral na Universidade, na faculdade, muito em razão da decadência, do fechamento, de certo modo, do acesso à clínica privada. Ficavam os medalhões na clínica privada e os novos professores não tinham muito espaço nela...

[LG] A atuação era muito pautada na medicina privada, então?

[RD] Era muito pautada na medicina liberal. Os nossos professores mais antigos, todos eles tinham o seu consultório, a sua clínica.

[LG] Inclusive o Piquet e o [Jayme] Landmann?

[RD] Sim, inclusive eles.

[LG] Todos tinham clínicas e faziam uma mediação com a Universidade?

[RD] Isso.

[LG] Era um espaço de captação de pessoas para as clínicas deles?

[RD] Sim, também isso... exatamente. Os professores mais novos, que não tinham essa entrada na medicina liberal... havia uma restrição naquele período, que foi um período de crise econômica, de crise do petróleo, que acabou vindo um pouco depois. Esta restrição da medicina liberal ajudava, pois os professores passaram a se interessar em abrir atividades no período da tarde na faculdade, para terem um contrato em tempo integral na faculdade.

Então, essa situação dos professores, com a discussão de currículo, com a discussão internacional da medicina preventiva, gerou um clima de discussão e de proposições que foram surgindo... o que nós tínhamos de cadeira de 'higiene' - até então nos currículos das faculdades -, acabou sendo transformado no Instituto de Medicina Social. E as atividades clínicas no período da tarde foi o espaço para a criação da medicina integral.

[LG] E que representava algo novo, sem tradição interna, não é?

[RD] Sem nenhuma tradição interna. Ela foi constituída na contracorrente.

[LG] Mas esse debate sobre a medicina integral já vinha acontecendo no Brasil, não é?

[RD] Isso.

[LG] O Piquet mesmo já participava de debates sobre o assunto...

[RD] Isso.

[LG] Lançando uma articulação com outra entrevista que fiz, com o José Roberto Ferreira... ele falou bastante sobre a construção da faculdade de medicina da Universidade de Brasília [UnB], que já teria nascido regida pelo paradigma da medicina integral...

[RD] Sim, com outra perspectiva... com certeza.

[LG] Então estes debates já aconteciam, inclusive, na década de 60, não é?

[RD] Aconteciam. Em 67, um grupo de alunos desta faculdade [UEG] fez uma pesquisa sobre o ensino médico na faculdade de ciências médicas, envolvendo todos os alunos. A pesquisa veio de um processo de discussão em que os alunos estavam envolvidos e ativos.

[LG] Quem fomentava essa discussão aqui? O Piquet?

[RD] O Piquet fomentava, mas o movimento dos alunos foi muito importante. O grupo de alunos que fez a pesquisa se organizou em torno do diretório acadêmico - no CASAF, o Centro Acadêmico Sir Alexander Fleming. Havia um grupo inicial de alunos, que eram 10 ou 12, que abriram um processo de discussão com os demais alunos interessados em discutir o currículo, organizando uma pesquisa que envolvesse toda a faculdade. E isso foi feito. E esses alunos contaram [risos dele] com o apoio, foram catando pessoas envolvidas em pesquisa nessa área mais geral, e tiveram contato com um professor, pedagogo, o Lauro de Oliveira Lima... não sei se temos registro sobre o Lauro. Ele era um pedagogo, abriu uma escola - 'chave do tamanho', aqui no Rio -, trabalhava com dinâmica de grupo. Foi este trabalho como pedagogo que interessou esse grupo de alunos, que pediu apoio ao Lauro, que deu um apoio do ponto de vista da organização do processo: "como vocês querem trabalhar?",

“é para vocês fazerem um trabalho de pesquisa ou vocês querem o envolvimento dos alunos?”. Então, foi neste sentido que ele deu o apoio. Sugeriu trabalharmos de outra forma e começamos a fazer, os alunos do grupo inicial, como ele sugeriu, convidando os interessados para vir discutir o ensino médico. Esse convite resultou um projeto de pesquisa que foi levado à efeito. As premissas deste grupo eram: o ensino médico era elitista e não atendia as necessidades da maioria da população... que era a discussão que vinha rolando... a partir daí, este processo, em que a participação dos alunos foi importante, se articulava com o que pensava a direção da faculdade, com o professor Piquet, na constituição de um modelo diferente de ensino. Deu-se início à constituição de comissões paritárias entre alunos e professores para discutir a reformulação do ensino médico e do currículo na faculdade de ciências médicas. Estas comissões tiveram alguns encontros no anfiteatro do Hospital para organizar este processo, discutindo termos gerais... mas o processo foi interrompido por termos entrado no período de maior repressão do regime, entre 67 e 68, com o AI-5 [Ato Institucional número 5]. Foi exatamente neste período que se começou a organizar o processo de reformulação do ensino na faculdade de ciências médicas. Neste caminho, se constituiu o serviço ambulatorial de medicina integral. Era um programa ambulatorial que acolhia os internos da faculdade de medicina, todos, uma vez por semana, que ficavam na parte da tarde. Alguns professores da área de pediatria, de cirurgia, de clínica médica, faziam a supervisão destas atividades e passavam a ter o horário integral.

[LG] Esses médicos se integravam na dinâmica?

[RD] Eram professores de clínica, de pediatria, envolvidos com a questão do modelo de atenção, de alguma forma... eram os mais interessados. Eram poucos, mas vieram e tiveram o contrato deles modificados para tempo integral. Assim, abriram espaço para que essa questão do tempo integral para os professores também viesse a se expandir para outras áreas. Então, acabamos tendo o apoio de professores de outras áreas que nada tinham a ver com a questão da mudança do modelo.

Nesta conjuntura, foram constituídos o Ambulatório de Medicina Integral e o Instituto de Medicina Social. Como eles vinham no mesmo processo, eram

articulados. Havia uma aproximação muito grande do Instituto com a medicina integral.

[LG] Sobre esse período inicial, queria te perguntar uma coisa: o Moyses Szklo falou que houve, também, um ambulatório de medicina social...

[RD] Era conjunto: medicina social e medicina integral. Quando se constituiu o programa de residência, que foi em 76, ele era conjunto. O primeiro programa de residência, o nome dele era 'residência em medicina integral'. O corpo de professores e alunos era da medicina social e da medicina integral. Mesmo depois, a articulação continuou, apesar da mudança de nome do programa, em 78 e 79... ele passou a se chamar 'programa de residência em medicina social'. Assim permaneceu até 81, quando nos dividimos em 'programa de residência em medicina preventiva e social' e 'programa de residência em medicina geral e comunitária'. Em 81, tivemos a regulamentação dos programas de residência médica no país pela Comissão Nacional de Residências Médicas – que já tinha sido constituída antes, mas que começou a ter efeito em 81. Então, a Comissão regulamentou, entre outros, 2 programas: o de 'medicina preventiva e social' e o de 'medicina geral e comunitária'. Passamos a ter os dois programas... discutimos muito a necessidade de manter os 2 programas, um que estivesse no campo da saúde coletiva e outro do ponto de vista da saúde à nível local, com atenção à saúde. Ficaram 2 programas, que se articulavam. Então, a medicina social instituiu o projeto Austin... que foi um projeto desenvolvido em um distrito de Nova Iguaçu, com o apoio da Fundação Kellogg. Foi um convênio realizado entre o Instituto de Medicina Social, a UEG e o município de Nova Iguaçu. O nosso programa de residência em geral e comunitária, o estágio comunitário, as atividades comunitárias do programa, eram desenvolvidas em Austin. Os residentes de medicina geral e comunitária iam e trabalhavam junto, além de muitas atividades teóricas serem compartilhadas. Essa articulação aconteceu durante todo o período dos anos 70 e início dos 80... nesse tempo todo, os professores da medicina integral passaram a interagir com o Instituto e a se formar lá, no mestrado e, posteriormente, no doutorado. Não são todos, mas muitos professores daqui fizeram mestrado e doutorado no Instituto de Medicina Social. Teve um período, inclusive, que algumas atividades teóricas para o

mestrado foram, de certo modo, compartilhadas entre professores da medicina integral e da medicina social... e as atividades acadêmicas da medicina social passaram algumas a serem desenvolvidas no Ambulatório de Medicina Integral, principalmente para os alunos do quarto ano. Os alunos que passavam pelo Instituto no quarto ano, faziam as atividades no Ambulatório de Medicina Integral, isso nos anos 70 e 80, que foi o período em que o Instituto caminhou no sentido da saúde coletiva e do exame das questões das políticas de saúde no país, enquanto a medicina integral olhava para as questões em nível local, basicamente.

[LG] Mas o Instituto, até certo momento, ainda tinha preocupação com a prática assistencial, não?

[RD] Tinha.

[LG] Algumas figuras de lá continuaram preocupadas com essa questão...

[RD] Com certeza. Em algumas atividades, a supervisão era compartilhada. Na regulamentação dos programas, em 81, na preventiva e social, tinha um item específico que dizia da necessidade do residente manter atividades clínicas, para manter competências clínicas. Então, isto estava no próprio programa regulamentado em 81. Os residentes de medicina social faziam atividades clínicas aqui, com supervisão de pessoas da medicina integral e da medicina social – por exemplo: o [José Carvalho de] Noronha, o [João] Regazzi, a Nina [Pereira Nunes]...

[LG] Eu queria te perguntar sobre algumas figuras que as pessoas citam muito rapidamente, mas que pareciam ter um papel de mediação entre a clínica e a medicina social: um, que morreu muito cedo, é o Antonio Quadra. O outro é o Aloysio Amâncio. Eles estiveram no Instituto?

[RD] O Amâncio, não. O Amâncio era professor de clínica médica, mas com uma visão mais [risos dele]... comunitária, valorizando a medicina preventiva. Então,

era um clínico, que durante esse período abriu estágios para os alunos de clínica em atividades comunitárias, por exemplo, aqui no Borel.

[LG] Então ele também estava ligado a estas atividades comunitárias?

[RD] Estava ligado.

[LG] Em articulação com o Piquet?

[RD] Em articulação com o Piquet e com a medicina social: com o Hesio [Cordeiro], com o Moyses...

[LG] Com vocês também?

[RD] Conosco também. O Amâncio teve essa participação. O Antonio Augusto Quadra fez pós-graduação no Instituto, foi uma das pessoas que fez a pós lá. Ele fazia, sim, essa intermediação entre o Instituto, o Hospital, a clínica, a medicina integral... ele circulava em todos esses grupos e fazia a assessoria à própria direção do Hospital. O Quadra foi assessor do Landmann durante um período.

[LG] Ele também fazia pontes entre o Landmann e o Piquet?

[RD] Fazia pontes entre eles, com certeza [risos nossos]. O Antonio Augusto era muito firme, envolvido com todas essas questões: das políticas, do ensino, da formação e da gestão em nível local. Ele tem alguns artigos publicados... em 77, foi publicado pela Revista de Saúde Pública, de São Paulo, um artigo, em que estávamos eu, o Noronha, estava o Landmann, estava a Jane [Sayd]. Este artigo falava do processo de transformação de um Ambulatório de Medicina Integral com vistas a implantação de um programa de atenção primária.

[LG] E isso tem a ver com Austin, também?

[RD] Sim! É de 77, trabalhamos nele em 76 - 76, quando foi instituído o programa de residência, o primeiro no Brasil, junto com Porto Alegre, Murialdo, e com Vitória de Santo Antão, em Pernambuco, pela Universidade Federal de Pernambuco.

O Amâncio era um professor de clínica, da clínica do Landmann, não era do Piquet. Eram 5 as disciplinas de clínica médica, entre elas a do Landmann e a do Piquet.

[LG] Curioso: nos depoimentos as pessoas falam que foram fazer as visitas articulados à clínica do Piquet. Então o Piquet também fazia?

[RD] Também fazia. O Amâncio e o Piquet, em duas clínicas distintas. O Amâncio foi diretor da ABEM [Associação Brasileira de Educação Médica], como o José Ferreira. A participação comum e o encontro deles aconteceu na ABEM.

[LG] Eu fantasiei que o Amâncio teria sido o portador de certas experiências para a UEG...

[RD] Sim!

[LG] Sendo parceiro do José Roberto, e este estando em Brasília, imaginei que ele compartilhasse a experiência da faculdade de lá com o Amâncio...

[RD] Sim, com certeza! E a Associação Brasileira de Educação Médica já vinha com debates sobre formação, medicina preventiva, medicina social, mudança de modelo de ensino... e até no próprio campo assistencial, de mudança do modelo assistencial. Teve um congresso da ABEM que discutiu a formação do médico de família em 1971... acho que em 71...

[LG] Já se usava o termo 'médico de família'?

[RD] Sim, foi tema de congresso da ABEM, acho que em 71. Lembro que, em 78, foi realizado um seminário em Campinas, promovido pela ABEM, antes do congresso anual. Este seminário da ABEM foi sobre a formação do médico

generalista, que o Piquet... tinham uns artigos, a exposição de alguns artigos para discussão, e um deles era do Piquet Carneiro, que era sobre a formação do médico de família... sobre o conhecimento dele em relação a isso no mundo. Ele trouxe a história, especialmente, nos Estados Unidos, da medicina de família americana. Muito interessante! Eu tenho o artigo.

[LG] Esse termo, 'medicina de família', apareceu aqui através da Kellogg?

[RD] [Hesitação]... não foi exatamente pela Kellogg. A Kellogg, no Brasil, fomentou mudanças de currículo, com a [medicina] preventiva, com os estudos que mostravam que não havia o ensino da preventiva e tratavam da sua importância... também da medicina comunitária. Então, a Kellogg apoiou mudanças e reformas curriculares que trouxessem essas perspectivas. Depois, fomentou programas no Brasil todo, com essa perspectiva da mudança do currículo.

Já a medicina de família aqui [na UERJ], nós começamos como medicina integral, passamos um período como medicina integral e social até 81, quando dividiu-se em 'medicina geral e comunitária' e 'medicina preventiva e social'. A 'medicina geral e comunitária' trabalhou na perspectiva da medicina integral. O processo de discussão, que era um processo de reformulação do modelo de ensino e assistencial, foi um processo de construção não muito articulado ao que vinha sendo discutido no mundo. Era uma época muito difícil, nós não tínhamos acesso à informação, à comunicação, que temos hoje. Os estudos eram baseados em livros, não era fluente a informação, que nos levasse a um processo de discussão permanente sobre as questões.

O que aconteceu na medicina integral e depois na medicina geral e comunitária até a medicina de família, foi um longo processo... houve um processo de reformulação e fomos encontrando as parcerias. Em 78, pela primeira vez nos conhecemos: nós, o pessoal do Murialdo, e o pessoal de Vitória de Santo Antão, lá no seminário da ABEM, em Campinas. Foi interessante este encontro porque não tínhamos conhecimento uns dos outros, no máximo era telefone e telegrama, não tínhamos facilidades...

[LG] Você citou que a UERJ estava na vanguarda do processo em relação à medicina integral...

[RD] Estava, que foi caminhando para a medicina geral e comunitária...

[LG] A UERJ estava na vanguarda, também, da discussão sobre a medicina preventiva e social...

[RD] Sim.

[LG] Por que na UERJ? Quais as condições que propiciaram, no Rio de Janeiro, a UERJ, a faculdade de ciências médicas, estar na vanguarda desses processos?

[RD] Eu estava lembrando que em 76 instituímos um programa na área de medicina geral e comunitária, assim como Vitória de Santo Antão e Murialdo – que lá já havia um programa comunitário e foi criado um programa de residência, com o apoio do município de Porto Alegre. A história de Murialdo e de Vitória de Santo Antão, tem documentado algumas coisas sobre elas. Eu soube algo dessa história por alguns contatos que tivemos na época e através destes documentos que existem. Aqui, o que verificamos foi: teve a importância dos professores Piquet Carneiro, Aloysio Amâncio, tivemos a mudança da posição dos estudantes da época, que discutiam muito a questão da formação, do modelo, da assistência elitista, dentro de uma perspectiva política... aqui foi forte o movimento estudantil. Teve morte de estudante na porta do Hospital... foi exatamente no período de 68... o momento era de agitação política, a repressão era forte. Foi o período que teve o congresso nacional dos estudantes, em Ibiúna, em São Paulo, com repressão pesada e prisão. Foi o período em que estávamos discutindo o currículo, aqui. Com a repressão e a recusa do Conselho Departamental da faculdade de dar prosseguimento as comissões paritárias, que estavam acertadas com o professor Piquet, os alunos fizeram uma manifestação pública em frente ao Hospital. Nesta manifestação pública – em que a questão de Ibiúna e a questão interna do bloqueio do movimento que estava sendo feito em relação ao ensino médico atravessaram -, foi para a rua uma estátua da

liberdade feita de papelão, que foi colocada na entrada lateral do Hospital. Os estudantes foram para a rua e a repressão chegou pesada, o que acabou com a morte de um estudante... os que estavam saindo da rua, vindo para dentro do Hospital, eles [agentes repressores] estavam atirando... balearam mais de um estudante. Teve outro que perdeu um rim, uma parte do fígado... e teve o estudante que foi baleado na cabeça... ele estava no segundo ano da faculdade, chegou a ser levado para o centro cirúrgico, mas morreu: o Luiz Paulo da Cruz Nunes. Então, havia essa relação com a posição política dos estudantes e de alguns professores, que se opunham ao regime que estava colocado... era o movimento estudantil ativo... teve um período em que houve intervenção no diretório. A diretoria que eu participei, que foi com a direção do [Luiz Roberto] Tenório – subsequente à direção do Hesio [risos dele] - foi no período que teve o congresso em Ibiúna e houve a intervenção. Depois o CASAF foi reaberto, constituímos o CASAF livre. Depois foi, novamente, fechado.

O que eu percebo: a medicina social e a medicina integral, elas tiveram muito a ver com esse posicionamento dos estudantes e de alguns professores, com espaço interno de discussão, reflexão, e de resistência as determinações. Naquela época, era assim: estudante tem que estudar, não tem que conversar, discutir, fazer nada. Nós não aceitávamos essas determinações. Sobre isso, tem algum registro no livro que vai ser relançado agora, escrito por um ex-estudante daqui, que não viveu aquela época, chegou depois. Mas ele fez entrevista com pessoas, se interessou por essa questão: é o Fabio Daflon e o livro chama-se 'Título Provisório'. Ele vai relançar o livro nessa semana. No livro, ele conta um pouco dessa história.

Então, a constituição do Instituto e a constituição da medicina integral veio nesse processo de discussão do ensino, da assistência, da liberdade, da possibilidade dos estudantes serem partícipes, protagonistas desses processos de mudança no ensino, não aceitando apenas determinações de cima para baixo, em um clima de resistência à ditadura. E havia ainda um movimento no mundo em 68, em Paris e, depois, as ruas do mundo todo [risos dele]... as universidades e as ruas, não eram só de trabalhadores. Começou com um pessoal mais jovem e depois teve um movimento internacional, em 68, de protesto [risos dele], de proposições de abertura e de liberdade...

[LG] Que é o ano que não acabou...

[RD] O ano que não acabou [risos dele]... essas questões que colaram em nível local, estavam colocadas naquele contexto. Nós tínhamos pouca informação, era pouca informação que chegava sobre o que estava rolando em outros locais. Tanto que a questão da residência, como eu te disse, nós não nos conhecíamos [risos dele], não sabíamos que tinham programas que estavam sendo instituídos em outros lugares.

[LG] Estavam sendo instituídos com a participação ativa das mesmas instituições: OPAS, Fundação Kellogg...

[RD] Sim...

[LG] Todas envolvidas no mesmo processo... só que vocês subvertiam, não é?

[RD] Sim. O Ambulatório de Medicina Integral teve um assessoramento e, depois, uma avaliação, com o apoio da OPAS. Foi bom você lembrar isso. Tivemos uma avaliação, o apoio e a discussão com especialistas em ensino da OPAS. Eles estiveram aqui fazendo pesquisa.

[LG] Vocês tiveram contato com o Roberto Passos, com o José Roberto Ferreira?

[RD] O Roberto Passos foi um pouco depois. Ele fez o mestrado na mesma época que eu fiz. Nós fomos colegas, nos anos 70. Tivemos como colega, também, a Santinha [Maria do Espírito Santo], que hoje trabalha sobre a questão da saúde das mulheres, visando a autonomia das mulheres. Na época, participava também a Ana Tereza [Camargo], que depois esteve com o Hesio no INAMPS [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social] e hoje está na Saúde Coletiva. De certa maneira, o Marcio Almeida também esteve na nossa época, de Londrina.

[LG] Você pegou a implantação do Hospital na UEG?

[RD] Sim, eu peguei.

[LG] Foi em 67, não é?

[RD] Não, foi anterior. O meu primeiro ano foi em 64. Eu entrei no ano do golpe. O Hospital já funcionava como Hospital da UEG, desde 61, quando foi assinada a incorporação. Aí, veio um processo de ocupação, pela UEG, e consolidação do Hospital como Hospital escola. Em 64, o primeiro ano da faculdade ainda não era feito aqui. O prédio da faculdade estava em construção. O meu primeiro ano ainda foi na Rua Fonseca Teles [em São Cristóvão], que tem lá um prédio grande, que ainda é da UERJ, mas cedido ao Estado... não sei bem como está essa situação... lá funciona o NEPAD [Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao uso de Drogas], um núcleo de atendimento à usuário de drogas. O primeiro ano foi lá. No segundo ano é que eu vim para cá, em 65. Mas do segundo para cima já funcionava aqui. Quando inaugurou o prédio anexo, viemos todos para cá.

[LG] A FCM, na UEG, tinha menos de 10 anos, não é?

[RD] Tinha mais. A UEG foi a reunião da faculdade de ciências médicas, de direito, letras e não sei se engenharia... estas faculdades constituíram a universidade. Elas eram separadas, até a construção do campus, mais ou menos nessa época. O campus ficou pronto nessa época, onde ficava a favela do esqueleto. O Haroldinho [Pavilhão Haroldo Lisboa da Cunha], aquele prédio menor da universidade, ele foi construído primeiro. Só depois ficou pronto o prédio central, quando vieram essas faculdades. Então, a faculdade de ciências médicas é anterior à constituição da universidade. Ela foi um dos pilares de constituição da Universidade.

[LG] Eu tenho a impressão que, por ser tudo muito novo, as instalações da faculdade na UEG, a instalação do Hospital na faculdade de ciências

médicas, isso podia abrir muitas brechas para novos processos, além da boa vontade de alguns professores...

[RD] Com certeza! Um pouco antes desse período, anterior a 64, houve uma greve. Já era greve da UEG. Inclusive, alguns alunos foram suspensos, à época. Em um movimento que era anterior, inclusive. Era um movimento no sentido da consolidação do hospital universitário, para os alunos não terem que ficar percorrendo a cidade, se deslocando para ter suas aulas. Os alunos tinham aula na Santa Casa, no centro, tinham aula no Caju, tinham aulas na maternidade... havia um movimento e os estudantes foram muito ativos no período de organização do Hospital, de consolidação dele como Hospital de ensino. Houve greve, houve movimento forte, com suspensão de alunos. Não sei se algum chegou a perder ano... houve esse movimento anterior, por conta da implantação na universidade. Ela sendo nova, realmente contribuiu para todo esse desenrolar, naquela conjuntura.

[LG] O Piquet esteve envolvido com vocês, com o Instituto... com vários processos de renovação do ensino médico. Essa postura do Piquet tinha a ver com algum projeto que ele tivesse para a faculdade e para o ensino médico?

[RD] Sim, acredito que sim.

[LG] Ele tinha uma visão global sobre o ensino médico e trabalhou nesse sentido?

[RD] Sim, tinha uma visão global. Vou tomar como exemplo a constituição da pós-graduação aqui, ao nível de mestrado, que aconteceu no período do Piquet. Ele instituiu cursos pré-mestrado, que era a preparação para um mestrado, já na perspectiva de formação de professores... do ponto de vista da graduação, além de apoiar e incentivar as atividades comunitárias, apoiar a medicina preventiva, ele instituiu algumas disciplinas que não eram obrigatórias, como disciplinas de línguas: inglês, francês, italiano, espanhol, alemão... ele instituiu algumas disciplinas optativas na faculdade com perspectiva mais generalista, humanista.

Ele era uma pessoa religiosa, um católico, com uma perspectiva mais humanista da formação, não podia ser uma questão meramente técnica, de tarefas... mas do compromisso, da ética, do desenvolvimento mais geral, e a importância dos alunos estarem nesse movimento. Isso casava com o movimento dos alunos [risos dele] na faculdade, e de alguns outros professores, como o Aloysio Amâncio.

Neste caminhar, o Hospital, até 74... os hospitais de ensino no Brasil viviam em crise de financiamento e pesavam no orçamento das universidades. Tinha sempre a discussão: o hospital como 'elefante branco'. Aliás, os próprios estudantes falavam isso: "o hospital tem pouco paciente", "o hospital só tem paciente que interessa para o ensino"... havia os pacientes cativos... e do ponto de vista do financiamento, eles não tinham o que era adequado: tinham convênios de determinadas atividades, especialidades, disciplinas, com o antigo INPS [Instituto Nacional da Previdência Social], que interessassem ao INPS. Por exemplo: algumas especialidades, como nefrologia... tinha um convênio da nefrologia com o INPS. Eram convênios isolados, isso até 74. Em paralelo, havia toda uma discussão que os hospitais de ensino deviam estar abertos à população, que isso proporcionaria maior financiamento aos hospitais, que os estudantes poderiam ter maior contato com a realidade de saúde da população... por outro lado, no início da década de 70, a crise econômica, a interrupção do 'milagre brasileiro' [risos dele]... com a crise do período e a incorporação na previdência de profissionais que antes não tinham acesso, porque não especializados – empregada doméstica, porteiro... com nível menor de formação -, na perspectiva das políticas compensatórias, eles passaram a ter direito à previdência social... com contribuição menor, por conta do salário mais baixo e das condições mais precárias de vida e de saúde... estes novos contribuintes passaram a demandar muito. Neste quadro, o INPS precisava expandir a rede assistencial. Ela não tinha uma rede própria suficiente, já contratava rede privada. Em 74, com esta política compensatória, que provocou a expansão da demanda por atendimento médico, houve o interesse do INPS em promover um novo nível de convênio com os hospitais públicos... somando a isso a necessidade de financiamento dos hospitais universitários, da importância de aproximar o hospital universitário da realidade de saúde das pessoas. Nessa

conjuntura, se fez o convênio: o segundo protocolo MEC [Ministério da Educação e Cultura]/MPAS [Ministério da Previdência e Assistência Social].

[LG] Você lembra quem foi importante nesse processo de assinatura do convênio?

[RD] Sim. O hospital foi o primeiro a assinar o convênio global, junto com o hospital da Universidade Federal do Paraná, ainda em 74, no final do ano, passando a funcionar em 75. Houve muita resistência interna, aqui, do corpo docente, que estava acostumado com um ritmo de trabalho, com um tipo de demanda e houve uma invasão do hospital. O hospital, naquela época, funcionava com um pouco mais de 200 leitos e passou a funcionar, por um período curto, com 700 leitos... um ambulatório que fazia 2000 consultas por mês, passou a fazer isso por dia... passou a fazer trinta e poucas mil consultas por mês... houve uma mudança da dinâmica e do perfil de demanda.

[LG] O que deve ter aberto mais brechas ainda...

[RD] Isso criou uma resistência grande de alguns setores [risos dele], de alguns professores. Esse movimento, aqui dentro, foi liderado pelo Landmann, de assinar, de manter o compromisso, com o apoio de um professor que era daqui e do Instituto, o Luiz Clemente Mariani. Ele ficou um tempo muito pequeno. Ele foi aluno daqui, um aluno da direita, reacionário [risos dele]. Depois, acabou fazendo uma pós-graduação na Inglaterra. Quando voltou, passou a assessorar a direção do Hospital e ser professor do Instituto, por um período curto, mas ficou.

[LG] Vocês tinham posição favorável ao convênio?

[RD] Sim, claro!

[LG] O Ambulatório de Medicina Integral e o IMS?

[RD] Claro! Trabalhamos nesse sentido, a medicina integral e o IMS, foi um trabalho conjunto. Inclusive, o IMS ajudava na formulação de como iria ser o atendimento, os formulários... interessante que, os formulários [risos dele], ainda temos alguns antigos... dá uma dimensão da perspectiva, do que era essa mudança: o que era essa medicina, o que era essa prática... se olharmos hoje, ela ficava distante... por isso que eu dizia que a construção para a medicina de família e comunidade, como se pensa hoje, foi um processo. Depois, obviamente, com as informações que passaram a circular, o conhecimento acerca do que rolava no mundo, passamos a ter acesso a esse acervo. E caminhamos para onde estamos hoje, com a medicina de família, com a saúde coletiva. Naquela época, era mais restrito. Os materiais daquela época, se formos examinar hoje, vemos como fica distante do que podemos pensar hoje, na perspectiva de uma medicina de família que não seja medicina de família reduzida.

[LG] Essa é uma grande discussão! Não é medicina simplificada...

[RD] Não é medicina simplificada [risos meus]. É uma medicina que não pode ser uma redução da medicina hospitalar para o nível comunitário, para o nível ambulatorial. Ela tem que se fundamentar em outro paradigma. O nosso processo, foi o processo de construção desse paradigma. Hoje, para nós, aqui, isso não é consensual. Alguns colegas da área, algumas lideranças, inclusive, na medicina de família e comunidade no Brasil, não aceitam essa questão, acham que o médico de família deve ser o médico fixo no consultório, que essa coisa de comunitária é para outras pessoas. Não há um consenso sobre isso.

[LG] Seria uma liberalização da atuação do médico de família?

[RD] Seria.

[LG] Seria como o modelo inglês?

[RD] Seria. Existem hoje propostas formuladas exatamente nesse sentido, da privatização, com a seguinte questão: financiamento público e provisão privada, diretamente com os profissionais. É o modelo inglês.

[LG] Nem é o pior dos mundos... se levar em consideração a incorporação desses profissionais pelos grandes grupos privados da saúde, como a Amil...

[RD] Exatamente, têm vários colegas que estão nessa área: Amil, na Unimed... que não é a nossa concepção. Quando eles defendem o modelo inglês, se esquecermos todas as questões éticas, as questões gerais, pegarmos as questões pragmáticas: que população é a inglesa? [risos meus] Como é que se vai, exatamente, fazer com que esse clínico, que está recebendo diretamente do Estado... quem é que ele vai atender? Ele vai atender na Maré? Na Rocinha?

[LG] Na Rocinha, talvez ali em baixo [risos meus]...

[RD] Sim, ali embaixo! Imagina... fazemos parte de uma sociedade preconceituosa.... como é que vou misturar o paciente desse médico que é do Leblon, da Barra, do Recreio, que mora em casas grandes, bem instalado, com boa condição social, bons salários.... com esse outro paciente? Como botaremos no consultório os dois juntos? Como é que funciona isso na nossa sociedade? Isso não é um problema para o inglês, o inglês não vai enfrentar essa situação. Mas nós vamos. Então, estou pensando em questões objetivas para colocar em discussão, independente do modelo, estamos discutindo a questão público/privada. Além dessa discussão, tem outras questões muito concretas: como é que reparte? Então, teremos que definir: tantos pacientes tem que ser assim: tem que ter até tal salário... e o outro tem que ter tais características... um tem que ser desempregado e o outro pode ganhar até tanto...

[LG] Um problema parecido com o que o [programa] 'mais médicos' veio tentar lidar, a interiorização... é preciso criar formas de financiamento extra...

[RD] Sim, em uma sociedade partida...

[LG] E onde o estado tem tirado o 'time de campo'...

[RD] Sim. Hoje, estamos convivendo com essa discussão. Mas, até chegar aqui, tivemos um processo de construção, com a 'estratégia de saúde da família', que nos deu um impulso muito grande. Nos anos 70 e 80, foram instituídos 3 programas de formação na área da 'medicina geral e comunitária' e programas de 'medicina preventiva e social' para formar especialistas na área da 'saúde coletiva'.

[LG] Eu li em um texto seu que esse momento foi tenso, quando houve a divisão das residências...

[RD] Foi em 81. Eu ainda tenho parte de um artigo [risos dele], em que discutimos a questão, internamente. Nós e o Instituto... era tudo em papel e perdi parte... eu tenho um acervo... se você, em algum momento, tiver interesse nas coisas em papel, que não foram digitalizadas, publicadas, guardamos algumas coisas dessa história.

[LG] Tenho interesse, sim. Não sei se conseguirei ver isso na tese...

[RD] Tenho, inclusive, esse pedaço [risos dele] do que estávamos levando para a discussão, uma cópia de um pedaço de um projeto que estávamos discutindo. A discussão era: é óbvio que você precisa trabalhar no campo das políticas, cada vez mais [risos dele]... é sempre cada vez mais... também era necessário constituir um modelo de atenção consolidado. Ficar só no campo das políticas... é preciso implementá-las. Essa implementação não pode ser feita de modo improvisado.

[LG] Nem pode ficar aplicando 'golpe' de portaria ministerial...

[RD] Nem dá para ficar ordenando, porque não rola... não é porque decidi aqui em cima que vai acontecer na prática. Entre a teoria e a prática há certa

distância. Esse modelo de 'alguém pensa e alguém faz', é algo que já não funciona [risos nossos]...

[LG] O Instituto parece ter sido um centro importante desse modo de fazer [risos meus]...

[RD] Não... sim... mas tem uma prática no campo das políticas. Teve uma prática que, hoje em dia, parece pouco, com a saída de Hesio, da Nina, da Madel... agora, tem que se reconstituir. Eu não sei como é que está esse processo no Instituto atualmente, com Kenneth [Camargo Jr.], com a Rosângela [Caetano], com a Claudia [Moraes], com o Michael [Reichenheim]...

[LG] Teve a volta do Eduardo Levcovitz, agora. Ele anda dando uma chacoalhada nesse sentido...

[RD] O que naquela época discutíamos, era isso: a necessidade das duas coisas, das duas frentes, uma pensando no nível macro e outra pensando no nível micro... atuando no nível macro e atuando no nível micro, se articulando. Não dava para se fazer tudo ao mesmo tempo... não dava para discutir as políticas e, ao mesmo tempo, operar na prática assistencial. Isso tem que ser articulado... o texto que tenho um pedaço trazia essa questão, da importância das duas frentes. Uma observação importante: essa questão retornou em vários momentos. Vou tentar abordar esses momentos por década: acho que, nos anos 90, se discutia a questão das especialidades médicas no Brasil. A discussão envolvia o CFM [Conselho Federal de Medicina], a ABEM, o ministério da saúde, a comissão nacional de residências médicas... envolvia representação sindical, que não lembro exatamente qual... talvez eu ainda tenha esses documentos. Onde estou querendo chegar: desse processo de discussão, se chegou à área da 'saúde coletiva'. Na área da 'saúde coletiva' se discutiu a questão da área de 'medicina geral e comunitária'... explicitamente, vinha documentado: a residência em medicina geral e comunitária é um programa em extinção, que deve ser mantido enquanto as faculdades de medicina não formarem esse médico que atenda a 'medicina geral e comunitária'. Seria obrigação da escola médica formar esse profissional.

[LG] A residência funcionaria induzindo esse processo...

[RD] É. O programa de residência deveria ser mantido enquanto isso não se desse, seria um programa que caminharia para a extinção. A questão que veio em 81, reaparece nos anos 90... foi uma pauta trazida por uma comissão, que tinha o CFM, ABEM, ministério, comissão nacional de residências médicas, etc.

[LG] Havia a intenção, dessas entidades, de renovação do ensino médico desde a base dele?

[RD] É, e da prática como especialidade médica. Foi no contexto das especialidades médicas, que eram muitas, muito pulverizadas. No campo da 'saúde coletiva' houve essa discussão, que seguiu. Teve outro encontro dessa comissão, em um intervalo de 2 anos, em que se definia esse projeto, extinguindo a residência em 'medicina geral e comunitária', que seria desnecessária. E essa questão formal só veio a ser superada em 99, com outra reunião em Campinas, quando se definiu que eram programas de formação da 'saúde coletiva' e da 'medicina geral e comunitária'... e que só iriam virar 'medicina de família' em 2002, com uma proposta de 2001, já da sociedade brasileira de medicina de família.

O seminário de 99 foi promovido pela comissão nacional de residências médicas, com o apoio da faculdade de medicina de Campinas. nele, a proposta de extinção da 'medicina geral e comunitária' foi levada à discussão. Foram, pela primeira vez, os programas de residência... pelo menos na 'medicina geral e comunitária', foi a primeira vez que fomos chamados a discutir... nessa discussão, o pessoal da 'medicina geral e comunitária' mostrou a importância de ter o programa da 'medicina preventiva e social', da formação no campo da 'saúde coletiva', propriamente, e no campo da 'medicina geral e comunitária', como 2 campos articulados. Eu tenho esse documento, acho que digitalizado. As resoluções desse seminário foram levadas para a comissão nacional de residências médicas que, então, parou com a discussão sobre a extinção, decidindo pela manutenção dos 2 programas. Então, aquilo que foi discutido em 81 retornou em vários momentos.

[LG] E se consolidou em 2002?

[RD] Em 99. A mudança de nome para 'medicina de família' aconteceu de 2001 para 2002, por proposta da sociedade brasileira de medicina de família. Estávamos chamando de 'medicina geral e comunitária' a formação do sujeito que iria trabalhar na clínica da família, fazendo 'medicina de família e comunidade'. Era melhor botar o mesmo nome, a nossa proposta era 'medicina integral, familiar e comunitária'. Isso foi à votação dentro da sociedade e o nome mudou para 'medicina de família e comunidade'. Aqui, mantivemos o departamento de 'medicina integral, familiar e comunitária'. O nosso departamento preservou o integral, pois temos respeito a essa história e a necessidade de sustentar o paradigma: de que integralidade estamos falando nesse nome? É integralidade do ponto de vista do paradigma em relação à saúde, separado do paradigma dominante, que é o biomédico. Então, o nosso entendimento sobre a saúde e o adoecimento não é na perspectiva biomédica, mas na perspectiva da integralidade bio-psico-socio-espiritual-cultural. Entendemos a saúde e as práticas dentro desta perspectiva.

[LG] Eu acho essa questão fundamental: você vê o papel que a 'saúde coletiva' teve, o papel político, seja através da ABRASCO [Associação Brasileira de Saúde Coletiva] ou do Cebes [Centro Brasileiro de Estudos em Saúde]... hoje, vejo forças políticas emergentes, fazendo entrada em várias instituições, vindos da área de 'medicina de família e comunidade': jovens médicos, com novas ideias, novas propostas, assumindo a gestão, assumindo nova perspectiva, que vem dessa área... e se articulam, em alguns momentos, com a 'saúde coletiva', mas não fazem parte dela. Por exemplo: o movimento dos 'médicos populares', composto em grande parte pelo pessoal da 'medicina de família'...

[RD] Sim.

[LG] Olhando, tenho a impressão que são grupos diferentes, que caminham em direções diferentes: a 'saúde coletiva' e a 'medicina de família'...

[RD] São, embora, no campo da 'saúde coletiva', tenhamos também profissionais envolvidos com a saúde privada, nos grandes hospitais, com os grandes grupos, com planos de saúde, com gerenciamento de planos. Na 'medicina de família', isso está mais forte. Sem dúvida nenhuma: está mais forte. Essa questão, neste momento, é fundamental, tensa... é preciso recuperar a nossa articulação. Teríamos que buscar os núcleos comprometidos com a saúde pública, com provisão e financiamento públicos, no sentido de produzir uma proposta... conseguindo resistir agora, e avançar na perspectiva da consolidação do sistema único, da saúde pública... de ampliar a provisão, do ponto de vista da atenção básica, que deve ser pública. Aqui no Rio, nós tivemos uma conversa, em vários momentos, com a antiga secretaria municipal de saúde, que implementou um processo de expansão da atenção básica, com o Daniel [Soranz] à frente do processo. Nós conhecíamos o Daniel há muito tempo, antes dele assumir a secretaria, na trajetória acadêmica dele. Tivemos a oportunidade de conversar em diversos momentos. Eu entendo, nós entendemos, numa determinada implantação de projeto, ter alguma forma de articulação privada, como as organizações sociais. Isso na implantação... se não for possível implantar no curto prazo fazendo de outra forma... sem capacidade de investimento, sem organização suficiente, não há condições, não é viável a implantação, no curto prazo. Então, no curto prazo, nós entendemos que seria possível trabalhar com organizações sociais. Mas não em uma perspectiva de permanência, de médio e longo prazo.

[LG] Se não, acontece o que está acontecendo agora...

[RD] Exatamente. Então, nós não fomos contra a implantação, mas questionávamos a opção: "olha só, implantar é uma coisa, implantar e expandir, tudo bem... é necessário e não tem outro caminho. Mas não pode ser a política de longo prazo". Nós chegamos a fazer proposta no sentido de caminhar para outra perspectiva, saindo da organização social para o município assumir a administração e a prestação direta. Obviamente, para chegar aí, deveriam ser definidas estratégias para poder avançar. Em alguns municípios e estados, a saúde da família é uma política de estado, mesmo, com administração direta,

inclusive a contratação dos profissionais, com alguns problemas e alguns êxitos, também. Algumas situações são mais estáveis, outras têm problemas. Vou dar como exemplo Curitiba. Não sei exatamente como está hoje, mas a 'saúde da família' em Curitiba era municipal: profissionais do município, estrutura do município, execução do município, financiamento... Lá, alguns problemas aconteceram: há profissionais que tem um nível salarial muito maior que outros, isso tem dado 'pano para a manga' lá já há algum tempo. Ou seja, toda essa questão, hoje, requer um posicionamento, que busquemos pontos de consenso para fazer frente aos desafios. Temos dificuldade, no país, não é exclusivo da saúde, que é um grande vazio no aparecimento de lideranças. Eu vejo algumas pessoas que lideram: Lula, o PSOL [Partido Socialismo e Liberdade] tem as suas lideranças, que são muito personalizadas. Esse problema, na saúde, também está presente. Estamos precisando de lideranças. Para constituir essas lideranças, deveríamos buscar consensos, pontos comuns, a defesa da medicina pública, da saúde pública, do sistema único de saúde...

Aqui, no departamento, nós ficamos muito... é uma sensação que passa por todos os grupos, eu acho... nos sentimos um pouco isolados. Nos faltam canais de comunicação.

[LG] Pois é, para mim, foi surpreendente descobrir toda a história que vocês têm em comum com o Instituto...

[RD] Vários docentes daqui foram mestres e doutores lá no Instituto. Eu fui o mais antigo, teve também o Michael [Deveza]...

[LG] O primeiro concurso para o Ambulatório foi na década de 80?

[RD] Foi em 1978. Esse concurso foi um processo seletivo, que foi anunciado. Os candidatos deviam apresentar seus currículos, uma carta de recomendação, que seriam analisados. Após, houve uma entrevista com o diretor da faculdade que, à época, era o Ítalo Suassuna. Acho que o Landmann também fazia parte da comissão de avaliação.

[LG] Quem foram os primeiros a entrar?

[RD] Entrou o irmão do Antonio Augusto, o José Augusto, o Quadrinha... o Michael... o Xico, o Francisco Barbosa... o Wille [Oigman], que é professor de clínica...

[LG] E você?

[RD] Não, eu já era professor da clínica médica, com o Landmann e com o Amâncio. Eu briguei muito com o Landmann [risos dele]. Quando o Quadrinha entrou, ele trocou comigo: foi para a clínica médica, eu vim para o Ambulatório. Na verdade, eu já estava no Ambulatório, na sua fase de organização. Depois o Wille saiu para a clínica médica. Eu, o Xico e o Michael ficamos... a outra pessoa foi a Regina [Lucchesi], que foi para a clínica médica também, depois... todos éramos ex-alunos daqui.

[LG] Assim como no Instituto, formado em boa parte por ex-alunos daqui...

[RD] Sim: o Eduardo, o Regazzi, o Hesio... a Nina fez aqui, só que fez antes do Hesio. Eu não vi a Nina estudante, vi a Nina já entrando no Instituto...

[LG] Ricardo, você poderia falar da sua passagem pelo Instituto, enquanto discente, da década de 70 e depois, novamente, na década de 90?

[RD] Nesse período, nós acabamos... toda essa confusão, foi um tempo de muito trabalho. O Hesio foi presidente do INAMPS em 85. Nesse período, fui trabalhar um tempinho no INAMPS do Rio, na superintendência estadual...

[LG] Quem era o superintendente?

[RD] Por um período foi o Santini, o Luiz Santini e, depois, o João Carlos Serra. Eu fiquei responsável pela gestão da medicina ambulatorial do INAMPS estadual. Era uma confusão...

[LG] Você trabalhou intensamente com gestão, não é? Depois você assumiu a direção do hospital...

[RD] É. Eu fiquei 2 anos no INAMPS. Em 88, entrei para a direção do hospital. Foi o primeiro processo eleitoral no hospital. Foi difícil [risos dele]... inicialmente, eram 4 candidaturas, no primeiro turno saiu uma... a quarta acabou apoiando a nossa candidatura, que fazia parte de um movimento apoiado pelos estudantes, que garantiram a nossa vitória. Se não fossem eles... perdemos os servidores para um ex-diretor – um diretor que fora nomeado, o Fernando Fadel... ele tinha um modo de fazer política todo corporativo, foi difícil, tinha grana envolvida, nós não tínhamos nada. O outro era o Adilson Marins, que é um cirurgião vascular e professor daqui. O Messias¹, que era outro candidato, acabou saindo por ver que estava disputando o mesmo espaço conosco. Ele também era da clínica do Landmann... ele ainda era da clínica do Landmann, eu já tinha saído há muito tempo para a medicina integral – desde 78 eu passei a tempo integral aqui.

No processo eleitoral, que era proporcional, os alunos tinham menos representatividade, mas ainda assim conseguimos, por termos quase a totalidade dos votos dos alunos [risos dele]... perdemos por pouco entre os docentes, mas ainda tivemos uma boa votação, e perdemos entre os demais servidores. Perdemos feio entre eles [risos meus]... foi muito disputado, nós acabamos levando. Foi um período de gestão que eu avalio como 'legal'. Houve muitas dificuldades, sofremos com as resistências e com atos... foram 5 atos criminosos cometidos no hospital... com interesses externos envolvidos. Aconteceu um pouco depois de assumirmos, era um período que no Brasil havia uma dificuldade grande para conseguir alguns materiais hospitalares, seringas, inclusive. Uma fábrica que era em Minas mudou para o Paraná... um belo dia, era uma sexta feira, no final da tarde, escurecendo... um grupo de servidores que tínhamos foi designado pelo almoxarifado do hospital para levantar informações sobre o almoxarifado. Na época, não era informatizado, tudo era manual. Então, eles iam fazer um inventário do que havia no almoxarifado. Naquela sexta feira, 2 desses servidores foram à sala da direção. Eles disseram que chegou um caminhão de seringa, descarregou e eles levaram as seringas

¹ Não pude confirmar o nome todo da pessoa referida pelo Ricardo Donato.

para o almoxarifado. Quando os entregadores trouxeram a nota, ela vinha com um bilhete, que dizia para entregar a carga em outro local. Os entregadores queriam pegar novamente a mercadoria e levar para esse outro lugar. Na nota fiscal, estava o nome e o endereço do nosso hospital. Respondi a eles: “então digam a eles para deixarem a entrega e irem embora. Nós vemos aqui o que vamos fazer”. Imediatamente, entramos em contato com um funcionário da divisão de materiais, para sabermos que material era esse, se era compra nossa ou alguma antiga, da gestão passada. Confirmamos com ele que a compra era nossa. Logo depois, telefonaram para a direção, a secretária atendeu e me disse: “estão querendo falar com o senhor”. Atendi o telefonema, era da empresa fornecedora do material: “o senhor deve ter recebido um caminhão de seringas”, “sim, já recebi”, “é que o material foi para aí por engano”, “que engano?”, “houve uma falha no nosso sistema de computadores”, “não tem problema algum: eu já chamei a polícia” – isso porque os entregadores insistiam em levar o material... eu tive que ir lá e falar diretamente com eles, o motorista e o ajudante: “por favor, vão embora. Deixem esse material aqui. Nós não usaremos esse material, a empresa entra em contato conosco e esclareceremos a questão”, “não, nós vamos levar”, “vou chamar a polícia!”, “vamos carregar!”, e eu chamei a polícia. O telefonema que supostamente era da empresa, que recebi, o policial pegou a extensão da linha e ouviu a conversa. No telefonema, avisei o interlocutor: “a polícia está aqui. Está indo todo o material para a delegacia: caminhão, transportador, seringa, nota... o senhor vá lá e esclareça isso, está tudo liberado”. Ele não foi, ninguém da empresa se apresentou... o endereço alternativo apresentado pelos entregadores, era de uma empresa de material médico hospitalar que licitava para o Estado inteiro. A polícia, então, aprendeu livros e lacrou a empresa. Foi depois deste episódio que passaram a acontecer os atos aqui no hospital, atentados, ameaças... houve um dia, às 10 da manhã, com o hospital funcionando, com o centro cirúrgico funcionando, apareceu uma bomba no centro cirúrgico... eu recebi algumas ligações noturnas, na minha casa, falando dos meus filhos, onde estudavam... foi um período muito agitado, mas que conseguimos tocar... e tivemos, para tocar, o apoio do INAMPS. O Hesio ainda era o presidente do INAMPS... o hospital, depois da eleição, que foi em setembro ou outubro, entrou em greve, comandada pelo próprio ex-diretor. Uma greve que se arrastou. Nós assumimos em janeiro com o hospital a mais de 60

dias em greve, com apenas 70 pacientes internados e ambulatório trancado com cadeado. O hospital não faturava nada e tinha gastos fixos... devíamos, não tínhamos material, com o almoxarifado esvaziado... foi muito difícil recomeçar. Recomeçamos com o apoio do INAMPS, pois não tivemos o apoio do Estado para reabrir o hospital. Nós conseguimos um adiantamento de receita do INAMPS, que depois foi parcelado o pagamento, foi totalmente pago. Mas tivemos muita dificuldade com o Estado. Naquela época, o Estado tinha a Caixa Única, nós não recebíamos diretamente os recursos, que iam para a Caixa Única, o que provocava grande dificuldade. Não conseguíamos sair da Caixa Única... e os atentados só acabaram quando conseguimos, depois de algum tempo, falar com a Polícia Federal, com o superintendente da Polícia Federal. Na época, era aquele paulista, da época da ditadura, o Fleury². Ele foi o chefe da Polícia Federal no Brasil. O ministro da saúde na época dos atentados era um paulista, o Seigo Tsuzuki, que era do INCOR [Instituto do Coração/USP], que nós conhecíamos... como não conseguimos resolver – tínhamos entrado em contato com a secretaria de segurança do Estado, mas não conseguimos resolver por aqui. Então, falamos com o ministro, por telefone, e disse a ele: “sinto muito, mas vou ter que fechar um hospital... tenho 750 pacientes internados, tendo atentados o tempo todo... com o prédio antigo, sistema anti-incêndio condenado... comprei extintor, mas não vai dar conta” – aliás, tive que responder a processo por ter comprado extintor sem licitação [risos dele], por essa ocasião – “então, não tem solução. Eu sei que o Rio tem dificuldades com leitos, mas não tenho outra solução”. Ele propôs: “posso falar por telefone com o secretário de segurança e você fala com ele”, “Tá bom”. Eu falei com o Fleury, que me disse que entraria em contato com o superintendente do Rio para que ele entrasse me contato comigo. Na mesma hora, este ‘cara’ me ligou e expliquei o que estava acontecendo. Ele me disse: “tem duas maneiras de acabar com isso: uma não tem prazo, botaremos gente no hospital para investigar, acompanhar... na outra maneira, nós acabamos com isso hoje”, “como é que acaba?”, “eu vou mandar um batalhão da Polícia Federal aí no hospital, eles fazem uma ronda e vão embora. Isso vai acabar”, “não... aqui eu tenho 750 pacientes internados, eles não podem se assustar”, “o senhor pode ficar

² Trata-se, provavelmente, do Sérgio Fleury.

tranquilo... eu só mandarei cercar o hospital por fora. Um grupinho entra e fala com o senhor, o senhor pede a alguém para indicar aonde eles vão [risos meus]”...

[LG] Resquícios da ditadura...

[RD] “tá bom. Mas não pode alguém entrar armado”, “o senhor pode ficar tranquilo”. Os ‘caras’ vieram, foi uma ‘mega operação’, muitos carros de polícia com o emblema da Polícia Federal na frente do hospital, do lado [risos dele]... um grupo veio, falou comigo. Pedi a uma pessoa que os acompanhassem... eles só queriam dar uma volta. Alertei: “não pode entrar onde tem paciente internado: só pode no corredor, voltar aqui e ir embora”. Eles deram uma volta nos corredores, foram até o telhado, desceram e foram embora. Nunca mais teve atentado... foi um período muito difícil...

[LG] Você tentou a reeleição?

[RD] Não tentei. Naquela época, nem havia reeleição. Queriam que eu fosse candidato à faculdade, mas eu assumi um compromisso, disse para as pessoas que queriam que eu fosse candidato, que eu nunca mais seria candidato. Não pelas dificuldades que passamos, mas porque eu acreditava que devia ser uma atividade transitória e não uma carreira dos professores da faculdade, como era comum. De certa maneira, isso ainda acontece hoje: o sujeito que é reitor, ele passa para outra coisa, mas não volta para a sua atividade original.

[LG] Geralmente ‘cai para cima’...

[RD] Sim, sempre ‘cai para cima’. Então, eu disse que não seria candidato, para testemunhar que não achava correto fazer carreira e pensava ser necessário que outros candidatos se apresentassem. Tomei uma posição que era política, explicitar isso, fiz uma carta, divulguei...

[LG] Você foi buscar o fortalecimento da sua área, do seu departamento?

[RD] Sim, voltei para o meu departamento. Eu era professor, ligado a 'medicina geral e comunitária', eu estava envolvido nesse projeto. Eu queria voltar a ele.

No meu mestrado, no Instituto, eu tive a sorte de ter como professor de planejamento um argentino, o Mario Testa [risos meus]. Ele foi meu professor em um curso de 6 meses, sobre planejamento, que tinha também o [Adolfo] Chorny. Logo que eles vieram da Argentina, por volta de 76...

[LG] O Mario Hamilton também?

[RD] Sim, o Mario também [risos dele]. Eles foram os meus professores de planejamento. Previamente, eu tinha tido um curso de gestão hospitalar, feito na UERJ, no Instituto... era um curso do Instituto há muitos anos. Na época que eu fiz o mestrado, tinha um curso de gestão hospitalar dado à noite e nos fins de semana.

Portanto, eu tinha formação, tinha a experiência do INAMPS, fui chefe de departamento por um período. Eu tinha alguma experiência de gestão, nessa lógica mais dialógica [risos dele]... sendo mais dialógico trabalhando o planejamento em saúde, o planejamento estratégico... as pessoas diziam que gostávamos de muita conversa, que isso não iria dar certo no hospital. Tivemos muitas conversas e não deu errado, não. Nós conseguimos reabrir o hospital, fizemos um projeto de investimento no hospital... o hospital vivia – como, de certa maneira, acontece - só da própria manutenção. Não faz investimento em equipamento, em planta, em projetos... do orçamento, nem um por cento do orçamento era para investimento. Era só para custeio...

[LG] Atualmente, nem o custeio...

[RD] Sim. Então, nós projetamos, trabalhamos nesse sentido e a nossa meta era ter 20% de investimento: para planta física, equipamentos e projetos. Fomos caminhando, chegamos a 18% em investimento. Foi a primeira vez que o hospital teve tomógrafo – neste hospital universitário não tinha tomógrafo... quando chovia, o térreo do hospital inundava, porque o sistema de esgotamento do hospital era voltado para a [rua] 28 de setembro, aqui para a frente. A entrada do sistema ficava em uma altura e, com o crescimento urbano da região, o fluxo

do sistema aumentou. Quando chovia um pouco, o esgoto refluía para dentro do hospital. Tivemos que fazer obras estruturais desse tipo. A nossa caldeira de aquecimento queimava diesel, para produzir calor para o hospital, nós transformamos o sistema para gás. Tivemos um projeto com o BNDES [Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social], que não foi adiante por uma série de problemas nossos [risos dele], com a engenharia ambiental da UERJ. Encomendamos um projeto que seria financiado pelo BNDES, mas eles andaram para trás, porque queriam parte desse financiamento. Não deu certo, não foi possível. O projeto era de queima do lixo hospitalar. O nosso lixo não seria suficiente, mas nós articulamos com os hospitais da região - o do Andaraí, o Gafrée e Guinle... esse projeto interessava ao BNDES, à época... que era presidido pelo Carlos Lessa. Eles tinham a perspectiva de redução de queima de combustível líquido. Esse projeto estava dentro da perspectiva deles, era possível, mas deu para trás.

Então, nesse período da década de 80, eu estive muito envolvido com questões da gestão, das práticas. Foi o intervalo de 20 anos entre o mestrado e o doutorado.

[LG] Essa experiência deve ter te dado uma perspectiva privilegiada: você viu um Instituto entre 76 e 79 e outro completamente diferente entre 96 e 99... você pode fazer essa perspectiva comparada? [risos meus]

[RD] Claro [risos dele]. No mestrado, quando eu fiz, ele era único. Não tinha áreas de concentração. Quando fui fazer o doutorado, já havia as áreas de concentração. Eu fiz na área de gestão [Política, Planejamento e Administração em Saúde], outras pessoas fizeram em Epidemiologia. A [Maria] Inês fez em Epidemiologia, nossa colega daqui e minha companheira. O Cesar [Favoreto] fez, também, em Planejamento. O Michael só fez o mestrado, que ainda era unificado. Depois a Débora³ fez mestrado e doutorado, trabalhando com o [Sergio] Carrara, sobre a questão da AIDS, acho que nas Ciências Humanas. Na época que estivemos na direção do hospital, criamos um núcleo de epidemiologia hospitalar. A Débora foi para esse núcleo. Aliás, o professor

³ Trata-se, provavelmente, da Débora Teixeira.

Guilherme Werneck foi médico do hospital e realocado para o núcleo de epidemiologia. A Claudia Moraes foi nossa residente, aqui. A Rosangela [Caetano] também foi aluna, ela fez a residência em pediatria. O mestrado ela foi fazer no Instituto, ela também foi uma das médicas do núcleo de epidemiologia. Ela, a Débora, o Guilherme... um 'timezinho' bom [risos dele]...

Quando eu voltei, na década de 90, a pós-graduação já tinha mudado a sua característica e tinha áreas de concentração. Fui para a área de planejamento. Eu tinha mais contato com o [José Luís] Fiori, com o [George] Kornis...

[LG] Que foi o seu orientador, não é?

[RD] Sim, ele acabou sendo o meu orientador. Seria a Madel, mas ela estava com 5 ou 6 orientandos. No doutorado, eu trabalhei com a questão do hospital de ensino no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde. Essa foi a proposta que eu levei ao Instituto.

[LG] Algo que não tinha muito a ver com a Madel...

[RD] Ela olhou e disse: "não, não dá. Você fala com o Kornis". Então, eu conversei com o George, ele achou bom e me convidou a tocar o projeto.

[LG] Era um Instituto mais acadêmico...

[RD] E menos politizado. Não é que fosse menos politizado... de certa maneira, com as áreas de concentração, eu tinha a percepção que houve uma repartição, uma fragmentação no Instituto. Com as lideranças de cada área, mas sem... não, não chega a esse ponto... mas quase sem um projeto comum de Instituto. Eu não via o projeto institucional. Eu via os projetos das áreas. Não sei como isso caminhou de lá para cá.

[LG] Hoje são os projetos dos grupos...

[RD] Pois é. Eu acho que estava caminhando nesse sentido, acho que hoje faz falta ter um projeto institucional. A Fiocruz [Fundação Oswaldo Cruz], apesar dos seus diferentes grupos, consegue manter certa direção institucional. Eu vejo, aqui, uma dificuldade. Eu percebi isso no período do meu doutorado, que as coisas estavam caminhando nesse sentido. Acho que isso é uma consequência daquela questão das lideranças, que eu estava falando antes... as lideranças institucionais, que fazem falta, nesse momento.

[LG] A Gulnar [Azevedo] tem se apresentado como essa liderança, agora...

[RD] Sim.

[LG] Mas está difícil para ela...

[RD] Esse processo de costura, de articulação, é algo que a gente ressenete, hoje... essa sensação de isolamento, de fragilidade, diante de uma caminho nacional, um caminho na saúde.... e que bate no nosso peito, no que diz respeito ao SUS, à Universidade, da 'medicina de família' pública... nós ficamos um pouco perdidos nessa resistência e enfrentamento. O que torna muito difícil você trabalhar com formação: como pensa o aluno, como ele vê isso? Como nós trazemos essas questões que vão contra a maré para o aluno? Como traz para os residentes? Como traz para os colegas mais novos, que estão chegando? É difícil, complexo, acaba sendo desgastante, muito trabalho! Atualmente, eu estou aposentado. Tenho 73 anos, aposentei compulsoriamente, mas eu tenho vindo regularmente ao departamento, às discussões, aos cursos. Participo de alguns cursos para os residentes e algumas atividades com os alunos. E tem outras pessoas que estão aí, alguns colegas estão na gestão do município: o Daniel [Puig], a Débora...

[conversamos sobre pessoas que conheço do departamento que ele faz parte, por um tempo. Em determinado momento, perguntei se os residentes ainda faziam campo no posto de Bicuíba [em Austin, Nova Iguaçu]]

[RD] Não temos ninguém no posto de Bicuíba. O nosso programa já usou o cenário Bicuíba, há muitos anos atrás, com dificuldades, que eram com o município, à época. Nós tivemos que sair, o Instituto também.

[LG] Houve o posto da Mangueira, também. Vocês participaram?

[RD] Sim, participamos. Tivemos lá um período, quando saímos de Austin, quando o projeto Austin foi interrompido. Com o término da relação entre Fundação Kellogg, Instituto e UERJ, nós saímos de lá e fizemos um projeto comunitário no Borel, e saímos do Borel [risos dele] depois de um cerco entre policiais e traficantes. A unidade em que estávamos ficou no meio... o projeto era tocado em comum com a igreja que existe lá no meio do Borel, fundada por um professor de filosofia da UERJ... agora me escapou o nome dele... teve um dia que subimos na Kombi com residentes, nutricionista, assistente social, médico... e a polícia usou a Kombi da UERJ como escudo. Nós ficamos no meio... por sorte, não aconteceu nada com ninguém.

[por um momento, fiz observação sobre um quadro que ele tinha na sala, intitulado 'os pupilos de Ricardo Donato' – feito por um dos alunos -, que tinha, na forma de caricaturas, as imagens de várias pessoas, entre elas, algumas lideranças da 'medicina de família e comunidade'. Reiniciamos a conversa a partir deste assunto]

[LG] Ou seja: vocês também formam 'quadros'?

[RD] Sim, claro. Formamos, sim. Mas alguns desviam [risos dele]...

[LG] Essa preocupação com a formação de 'quadros' tem a ver com aquele período inicial?

[RD] Tem.

[LG] Mario Testa?

[RD] Tem [risos meus].

[LG] O Instituto tinha essa perspectiva: de ser um espaço de formação de 'quadros'...

[RD] Tinha! Lembro que, naquela época, em que tínhamos atividades conjuntas, tivemos várias pessoas de lá aqui. Um deles foi o Chico [Francisco] Campos. Ele foi mestrando, aqui no Instituto. E fazia atividades conosco.

[LG] E que já trazia experiências de Minas Gerais, não é?

[RD] Sim, do internato rural em Montes Claros. Ele chegou um pouquinho depois do meu mestrado, mas foi mais ou menos naquele período inicial.

Tínhamos perspectiva de formação de 'quadros', sim. No programa de residência que tínhamos desde lá de trás, trabalhávamos a gestão em nível local. Obviamente, ao discutirmos a gestão em nível local fazíamos referência à gestão à nível regional e nacional. Dentro do programa, tivemos períodos em que nós focamos a questão da gestão.

[LG] Na história do Instituto que eu tenho levantado até aqui, através dos depoimentos, aparece essa questão do desgarramento do Instituto das práticas assistenciais... a medida que o Instituto foi se desenvolvendo academicamente, foi perdendo os laços que tinha, de origem, com a prática assistencial, com a renovação do ensino médico... tudo isso foi desaparecendo aos poucos... eu tenho a impressão que vocês acumularam esse papel que o Instituto teve...

[RD] É, alguma coisa, em um nível muito pequeno... a gente tenta assumir esse papel dentro das limitações que nós temos. Somos um departamento, com responsabilidade grande do ponto de vista assistencial. Teve um período em que o ambulatório, aqui, era uma das fontes importantes de financiamento do hospital. Atualmente não é. Penso que algumas políticas foram equivocadas, discutimos sobre isso em outros momentos. Quando o ministério, por exemplo, definiu que o hospital não pode ter atendimento em atenção primária. Acho isso

um equívoco, em um hospital de ensino... não é o hospital, é a rede externa em articulação. Como acontece hoje: nós não trabalhávamos com a prefeitura. Trabalhamos em coisas muito pontuais, como Bicuíba. Muitas vezes nós tínhamos o nosso próprio programa, porque o município não tinha atenção primária organizada. Quando fazem a crítica, dentro da medicina de família, em relação a nós, por sermos uma medicina de família hospitalar – quando nunca foi... o nosso modelo não é o do hospital, em medicina. É outro modelo de saúde. O que colocamos, é o seguinte: “o programa foi instituído pelo programa de residência do hospital Pedro Ernesto. Os programas vieram através dos hospitais universitários, nas faculdades. É da faculdade, que por um acaso é dentro do hospital... imagina esperarmos 40 anos para montar um programa de residência, por não ter rede organizada de atenção primária”. Se não fizessemos do jeito que fizemos, não teríamos formado as pessoas, que hoje estão tocando as práticas e as políticas, ficaríamos sentados, aguardando o sistema de saúde organizar-se para montarmos o programa de formação. Fomos fazendo, não esperamos. Caso contrário, hoje não teríamos ‘quadros’ que estão como docentes, haveria um vazio nessa área. Pudemos, neste processo, discutir a ‘medicina geral e comunitária’, a ‘medicina de família e comunidade’, o programa de formação e a organização de um modelo docente-assistencial próprio...

[LG] E os problemas ainda são mais ou menos os mesmos, hoje: o hospital muito ensimesmado...

[RD] Mais ensimesmado ainda, com certeza! Quando estivemos na direção do hospital, tivemos permeabilidade para discutir as questões, a própria importância do hospital de ensino para a consolidação do SUS, como trabalhei no meu projeto de doutorado. O que é esse monstro? O que ele pode vir a ser? Como tem sido? Para onde ele pode caminhar? Que relações pode estabelecer? Houve alguma escuta para essas questões, nós conseguimos trabalhar, apesar de todas as dificuldades que encontramos.

[LG] Um dos impasses que vejo na Universidade, nesse processo de ataque que sofremos, é que ela esbarra na questão da autonomia, que se vira contra nós...

[RD] Sim!

[LG] Seja a autonomia da Universidade, seja a autonomia corporativa entre as entidades da Universidade. No final das contas, sempre esbarramos em algum grau de autonomia: se a Universidade está sofrendo um processo de desautonomização, as faculdades não vão aceitar serem desautonomizadas em relação à Universidade... entramos em um círculo que ninguém caminha para lugar algum... esse estatuto da autonomia universitária devia ser discutido de outra maneira. Do jeito que está, se vira contra nós...

[RD] Com certeza. A questão particular do hospital, é interessante se pensar, pois várias unidades têm interesse na prática hospitalar: Enfermagem, Medicina, Nutrição, Serviço Social, Psicologia, um pouco – Psicologia e Serviço Social são de outros Centros da Universidade que não o Biomédico. Como isso se organiza do ponto de vista da gestão institucional? As questões corporativas ficam muito tensas... recebemos uma proposta de trabalhar essa questão constituindo níveis de planejamento e discussão, com a participação correspondente ao peso das atividades docente-assistenciais que as diferentes áreas tinham dentro da unidade hospitalar, fazendo uma proporcionalidade, com vários níveis. Pensamos em 3 níveis organizacionais.

[LG] Para conversar com os médicos sobre isso, deve ter sido difícil, não?
[risos meus]

[RD] Foi muito difícil. Nós formamos um grupo de trabalho que tinham uns 50 profissionais de todas as áreas. Abrimos por inscrição, as pessoas podiam se inscrever, convidávamos os serviços... esse grupo fez um projeto. Ele está feito, mas não foi possível levar a frente, não foi aceito. Como não foi aceito outro projeto, que apenas esboçamos, de acompanhamento e avaliação da gestão do hospital pelos organismos externos... é muito complicado, toda a lógica é processual, em todos os níveis: nacional, estadual, municipal... “cadê o processo?”, “O que fez?”, “O que não fez?”... e os resultados, onde entram? Não

entram. O Tribunal de Contas não vê resultado. Vê se os projetos estão de acordo com a lei ou não. Portanto, não dá conta das questões importantes. É por isso que vivemos esse inferno público, do ponto de vista da gestão orçamentária e financeira pública. O sistema que temos é absolutamente corruptor! Como o [Carlos] Gentile de Mello falava do modelo de contratualização do INPS com o setor privado. Ele dizia: “esse é um modelo corruptor!”. Eu digo que o modelo de controle da gestão orçamentária e financeira pública é um modelo corruptor!

[LG] De alguma forma, você precisa burlá-lo...

[RD] Você burla. Ao burlar, se burla de todos os jeitos. Esse é que é o problema: burla de todas as formas possíveis de burlar. Se faz um contrato e a obra custa um milhão, na realidade, ela custa 200 mil, 400 mil... a diferença, nós vamos partilhar na maneira de fazer. A primeira coisa que recebi quando assumimos a gestão foi uma cesta enorme de frutas, legumes. Quando cheguei à sala da direção, ela estava em cima da mesa. Vi aquilo e chamei a secretária: “o que é isso?”, “é da empresa que fornece alimentos aqui. Eles estão oferecendo esse presente ao senhor”, “então, faça um gentileza para mim: ligue para a empresa e avise que eu estou convocando-os aqui para retirar isso, agora”... foi a primeira atitude na direção [risos dele]... a cesta estava até enfeitada... e tivemos problemas de toda a ordem... tivemos problemas com a Siemens do Brasil... tínhamos um contrato de manutenção de equipamentos de radiologia, que são caros, que tinha sido feito pela empresa, que o trazia para nós assinarmos. Era assim que era feito. Nós dissemos: “isso está errado! Quem faz os contratos dos serviços que queremos contratar somos nós”. Contratamos uma equipe com engenheiro e gente da área de engenharia biomédica para organizar esse processo. Fizemos um contrato e encaminhamos para eles assinarem. Eles o receberam, não assinaram e mandaram, de novo, o mesmo contrato anterior. Solicitei, então: “pede para um representante deles virem aqui”. E veio um representante. Eu disse: “não será mais assim. Agora é outra gestão, as coisas serão feitas de maneira diferente. Agora será feito assim. Você entendeu?”, “Entendi”, “vou reencaminhar a proposta de contrato que mandamos”, a gente encaminhou e o contrato voltou, já pela terceira vez. Solicitei falar com o representante da empresa no Brasil. O ‘cara’ veio, levou o contrato e fez a

mesma coisa. Solicitei falar com o representante da empresa na América Latina. O 'cara' também veio aqui. Eu disse a ele: "está vendo isso aqui? Eu vou lhe pedir um favor: tire essa 'porra' toda daqui e assine, ou não, o contrato que encaminhamos! Se não for feito dessa maneira, não volte aqui, caso contrário chamo a polícia para lhe expulsar". Foi assim que conseguimos mudar o contrato com a Siemens do Brasil. Eles assinaram o contrato que encaminhamos.

[LG] Muito civilizada essa empresa alemã [risos meus]...

[RD] Alemã, uma empresa bacana... é impressionante: no contrato, tinham equipamentos que já não existiam e não funcionavam a muito tempo, aqui... mas ainda faziam parte do contrato. O mesmo acontecia para outros equipamentos: elevadores... para tudo! Agora: cadê o 'diabo' do Tribunal de Contas para ver isso? Cadê os controles externos? Não tem... não chegam no mundo real. Chegam no mundo dos papéis. No mundo dos papéis vale tudo. Se você contrata um grupo para ajeitar papéis, é uma beleza... sei de instituições, inclusive hospitais universitários, que contratavam gente para fazer um papel bonito. Eu tive vários problemas com o tribunal de contas porque o papel não estava certo. Imagine a dificuldade que é, nesse modelo que temos, que é mais ou menos assim: contrataram tantos telefones... "quanto foi o processo de compra desses telefones?", "Um milhão". Se chegou um telefone a menos: "quanto é que custa o telefone?", "10 centavos". O processo para você receber daqueles de um milhão e passar para 999 mil e 999 paralisa o processo, e o trabalho do sujeito que prepara o processo, que cuida da parte burocrática, da compra, da aquisição, da recepção, é o mesmo da compra de um milhão... para o cara reduzir 10 centavos... imagine a disposição desse 'cara': "eu trabalho" – nem faz isso de maneira consciente, às vezes – "dou um duro desgraçado e o meu trabalho não vale nada...". Como faz para motivar esse sujeito? É complicado... já é um trabalho cansativo... tivemos que trabalhar com o pessoal em outra lógica: "venham cá, companheiros, vamos discutir aqui como funciona esse trabalho". Instituímos um núcleo de desenvolvimento de pessoal, que trazia essas questões concretas para o nosso dia-a-dia. Foi muito trabalhoso e, também, muito gostoso... Foi muito gostoso! Porque víamos resultados e as pessoas viam resultado. Escutar o que as pessoas têm a dizer é muito

importante, na gestão. Saber escutar, dialogar, não desprezar as pessoas, o que elas trazem de valor. As pessoas não trazem apenas coisas ruins. Hoje, o diagnóstico dos nossos gestores – que era assim e continua sendo -, é que a culpa é do servidor: os servidores públicos não querem trabalhar, os médicos são vagabundos, a ‘máquina’ é emperrada... feito esse diagnóstico, qual é a atitude? Nenhuma! Só xinga, só menospreza as pessoas que estão trabalhando. Quem está trabalhando direito, sente-se ofendido com essa questão: “por que vou fazer direito? Eu não... deixa rolar”...

[LG] Como você diz: “é um sistema corruptor”...

[RD] É um sistema corruptor. Veja esse ministro da saúde, as coisas que ele fala: que os médicos não trabalham, que a máquina pública não funciona... é um escracho! Isso é para acabar com o sistema público...

Eu penso que o Instituto, a Universidade, fazem falta, nesse processo... e as unidades da Universidade, que teriam um papel de ponta, um papel de liderança nessas discussões, uma delas seria o Instituto, sem dúvida nenhuma...

[falamos sobre o Congresso do Hospital, que estava começando naquele dia, que tinha a participação do Instituto e presidência do Francisco Barbosa, do departamento do Ricardo. Um congresso que olhava para as questões do SUS, temática trazida pelos alunos, ativos na organização do congresso]

[LG] Tomara que o Congresso gere diálogos e articulações para a luta dos próximos anos. Teremos um trabalho longo, novamente: trabalho de formação de grupos, das pessoas se conhecerem, todo o trabalho que vocês tiveram nas décadas de 60 e 70... será o trabalho que teremos que fazer, novamente... tá tudo no início, o período autoritário mal começou...

Para encerrarmos, me diga 5 pessoas para eu entrevistar, sobre a história do Instituto:

[RD] Aquelas que você entrevistou e que falamos: o Hesio, o Reinaldo, o Noronha... infelizmente, a Nina morreu. Você teve oportunidade de conhecer a Nina?

[LG] Não... eu estava negociando a entrevista, mas não consegui...

[RD] A Madel, você entrevistou?

[LG] Sim.

[RD] A Andrea Loyola?

[LG] Sim.

[RD] O Eduardo Faerstein... são pessoas importantes para conversar. É importante você conversar com o Kenneth. O Kenneth foi nosso aluno, aqui. Ele trabalhou comigo na direção do hospital. Ele foi assessor para questões de informatização, ficou comigo uns 3 anos. Depois ele foi fazer o doutorado, fez o concurso para lá...

[LG] Ele ainda era da psicologia médica, não é?

[RD] Era, o Kenneth deve ser entrevistado. O Cesar Favoreto, que é nosso colega, vale a pena entrevista-lo, ele fez mestrado e doutorado no Instituto. A Rosângela, você entrevistou?

[LG] Já.

[RD] E a Claudia Leite?

[LG] Também.

[RD] Ela saiu daqui. Outra pessoa que acho que pode contribuir é a [Maria] Inez, ela foi residente aqui na época inicial, entre 79 e 80. Ela fez o período de transição da residência, quando ainda era junto e passou a ser separado. Depois, ela fez mestrado e doutorado no Instituto, na área de concentração de Epidemiologia. Ela trabalhou com a saúde dos idosos, no Brasil. Ela passou um

período com o professor Piquet quando se constituiu o núcleo de atenção ao idoso, na UERJ, que deu origem, depois, à UnATI [Universidade Aberta da Terceira Idade]... primeiro foi o NAI, que foi criado aqui, durante a nossa gestão, com o professor Piquet à frente. Quando se tornou UnATI, foi para o campus.

[LG] Uma pessoa do Instituto foi importante nessa mediação, também: o Renato Veras...

[RD] Sim, o Renato Veras. A Inez acabou ficando na UnATI um período, sem sair daqui. A Inez tem uma trajetória que pode trazer algumas informações interessantes. Inclusive desse movimento atual da medicina de família e suas lideranças [risos dele]...

[LG] Eu estive em um evento, intitulado 'A Saúde que podemos ter', organizado pela Associação Comercial do Rio de Janeiro [AC Rio]...

[RD] Agora?

[LG] Não, ainda em 2015...

[RD] Teve uma reunião agora, promovida pela Globo, com a Amil... tem alguma notícia dessa reunião?

[LG] Tenho... áudio inclusive. Posso te mandar...

[RD] Manda! Eu estou querendo ver o que falaram. Nós estávamos em um congresso no Peru, da Confederação Ibero-Americana [de Medicina Familiar], que a Inez é presidente...

[LG] No evento que falei, de 2015, estava um dos diretores do [Hospital] Sírio-Libanês, chamado Paulo Chapchap... já ouviu falar dele?

[RD] Já!

[LG] É um intelectual da direita. Ele falou claramente que o setor privado está interessado na atenção primária... que o caminho seria por aí: trabalhar com prevenção...

[RD] O Sírio-Libanês contratou um médico que começou o programa de residência aqui, fez o primeiro ano da residência conosco, há muitos anos atrás. Durante a residência, ele fez um processo de seleção para ir para áreas de conflito. Foi ser médico sem-fronteira na África. Ficou lá um tempo, retornou ao Brasil, e estava por aí, quando foi contratado pelo Sírio-Libanês. Acho que ele ainda está por lá. Eu soube porque assisti um programa, o 'Roda-Viva', em que esse menino estava como entrevistado.

[LG] Recente?

[RD] Tem mais de ano...

[LG] Já nessa 'Roda-Viva' 'direitona'? [risos meus]

[RD] É! Ele se comportou muito bem como um intelectual da direita...

[LG] Você viu a série da Universal, 'Unidade Básica', que falava sobre o cotidiano da Atenção Básica?

[RD] Não.

[LG] Vale a pena você ver. Tem todo um trabalho no plano simbólico de suavizar a imagem da Atenção Básica como atenção à pobreza, à populações marginalizadas... parece docilizar a Atenção Básica, tornando-a mais atraente para a classe média... tanto que o protagonista, médico, trabalha muito na periferia, com populações marginais, sim, mas mostrando que tem expertise, que tem sabedoria, que tem uma visão da medicina que é muito mais interessante que a visão especializada. Parece uma forma de cativar o público no sentido de uma atenção médica integral.

Essa série tem o patrocínio do Sírio-Libanês, o protagonista é encenado pelo Caco Ciocler, um ator 'global'...

[RD] Sim.

[LG] É bem feita! O nome da clínica é Cecília Donnangelo [risos meus]... tem toda uma questão simbólica que nos afeta, inclusive...

[RD] Leandro, se você achar que faltou algo, estou a sua disposição.

[LG] Obrigado, Ricardo!

*****fim*****