

ENSAIOS & DIÁLOGOS

Dezembro 2015

EM SAÚDE COLETIVA





A Saúde Coletiva traz em suas raízes as ideias da saúde como processo social e da participação como radicalização da democracia. Por isso, além de ser uma área do conhecimento, ela também é um movimento social. Fortaleça a Saúde Coletiva!

A saúde é coletiva.



associe-se à Abrasco
www.abrasco.org.br



#somasabrasco
#abrasco+forte

ENSAIOS E DIÁLOGOS EM SAÚDE COLETIVA

NÚMERO 1, DEZEMBRO DE 2015

Editora Executiva Vilma Reis

Editor Especial Gastão Wagner

Edição e revisão Bruno Dias, Nilton Pereira Junior, Thiago Barreto e Carlos Silva

Arte Martha Schlude

Ilustrações Caco Xavier

Fotografias Acervo Abrasco

A revista **ENSAIOS E DIÁLOGOS EM SAÚDE COLETIVA** é uma publicação online da ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Autorizada reprodução de conteúdo desde que citada a fonte.

Envie seus comentários para

comunica@abrasco.org.br



Presidente

Gastão Wagner de Sousa Campos

Vice-presidentes

Cipriano Maia de Vasconcelos

Eduardo Faerstein

Eli Iola Gurgel Andrade

Elias Rassi Neto

José Antonio de Freitas Sestelo

Leny Alves Bonfim Trad

Mário César Scheffer

Nilton Pereira Junior

Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Paulo Sávio Angeiras de Góes

Conselho Deliberativo

Alcides Silva de Miranda, Anacláudia Gastal Fassa,

Eleonora Dorsj, Elza Machado de Melo,

Guilherme Franco Netto, José Ivo dos Santos Pedrosa

Leonor Maria Pacheco dos Santos, Maria da Glória Lima

Cruz Teixeira, Marília Louvison, Raquel Maria Rigotto,

Ronir Raggio Luiz

Secretaria Executiva

Carlos Silva – *Secretário executivo*

Thiago Barreto – *Secretário executivo adjunto*

Gerente Administrativa

Hebe Patolea

Setor de Contabilidade

Rozane Landskron – *Coordenação*

Administrativos

Cátia Pinheiro, Dayane Souza, Andrea Souza,

Aline Rodrigues, Jorge Lucas

Secretaria e Assessoria Geral

Marco Aurélio Pinto, Inês Genoese, Roberta Nascimento

Setor de Associados

Janaina Hora

Setor de Comunicação

Vilma Reis – *Coordenação*

Bruno Dias

Abrasco Livros

Inez Saurim – *Gerência*

Fidel Pinheiro

Monica da Silva



A Revista Ensaios & Diálogos em Saúde Coletiva pretende ser um dos instrumentos para refletirmos sobre nossas incertezas, para reconstruirmos modos de conviver solidários e para repensarmos o papel da Saúde Coletiva nesse novo contexto.

Quanto a tristeza, seria tolice imaginarmos “que toda a tristeza um dia irá acabar”, quando muito poderemos atenuá-la recordando o filósofo para quem a “inteligência é pessimista e a vontade, otimista”.

Em situações de crise, quando vivemos imersos em dúvida, na desconfiança quanto a nossos representantes, quando nossas instituições falham e observa-se uma concentração inaudita de riqueza e de poder, faz-se necessário, como nunca, a liberdade de investigação.

Retomar velhos temas sob novos olhares. Propor novas abordagens para interpretações consagradas. Descobrir novos objetos que mereçam nossa atenção. Vivemos uma época de crise. Os velhos modos de existir, nossos discursos sobre a verdade e mesmo nossas instituições reformadas recentemente não conseguem assegurar redução das imensas desigualdades e nem dão conta da promessa de um futuro de democracia e de convivência pacífica.

Nesse caso, não há outra saída fora do engajamento reflexivo, de sorte que, se consiga refundar a sociabilidade. Esta Revista pretende colaborar, com modéstia, para a reconstrução da política, para reinvenção da democracia e para esclarecer o papel da Saúde Coletiva neste novo contexto.

A denominação de nossa nova publicação é uma síntese de sua própria razão de ser e indica, com precisão, nossos propósitos. “Ensaio” é uma palavra usada em duas acepções: no senso comum, indica uma tentativa, uma experiência, uma preparação para algo posterior e a ser melhor apresentado. Mas também se aplica a estu-

“ESTE É UM MOMENTO DE ENORME TRISTEZA E DE INCERTEZAS NO MUNDO”

Tostão, Folha de São Paulo, 15 de novembro de 2015

dos analíticos e interpretativos sobre determinado assunto, uma obra ainda em aberto. O Ensaio é uma forma de produção e de divulgação de conhecimento que caiu em desuso, pelo menos entre os cientistas e pesquisadores. Isto vem acontecendo, talvez, porque, para os cânones considerados científicos, o Ensaio seria apenas um vestígio arqueológico da antiga e ultrapassada metafísica. Reflexões autorreferentes, crítica fundamentada em especulações filosóficas ou ideológicas com pequena referência ao concreto ou ao real.

Entretanto, o Ensaio pode ser muito mais que isto. A metodologia de elaboração de um ensaio exige cultura e depende da utilização de múltiplas visões e de evidências de várias origens para interpretação de um tema.

O ensaísta está sempre em busca de sentido para as teorias, conceitos, eventos naturais e sociais. Busca compreender as práticas humanas. O ensaio é sempre uma espécie de análise ampliada e livre, em que o principal critério para validá-lo é a consistência da compreensão produzida. O Ensaio busca elucidar o sentido e as repercussões das ações humanas, procura construir novas interrogações cruzando paradigmas e se valendo de campos científicos diversos. O Ensaio é um texto que sugere sua própria incompletude.

As considerações elaboradas buscam esclarecer, mas estão sempre inacabadas, em aberto, em experimentação. O ensaísta, em geral, adota uma postura humilde, que não reivindica a verdade absoluta.

O segundo substantivo utilizado no título desta revista é “Diálogos”. Diálogo é comunicação, exige do autor capacidade simultânea de se expor e também de considerar o pensamento dos outros, bem como elementos da realidade. Diálogo objetiva discussão de ideias e o esclarecimento de acontecimentos.

A necessidade de diálogo evidencia que o conhecimento e a sabedoria dependem do confronto e da interação de várias perspectivas.

Esta revista é um espaço para que sanitários, investigadores, profissionais de saúde, pessoas preocupadas com a saúde, com a ciência, com a formação, com o bem-estar, com a justiça social e com a felicidade, escrevam e debatam.

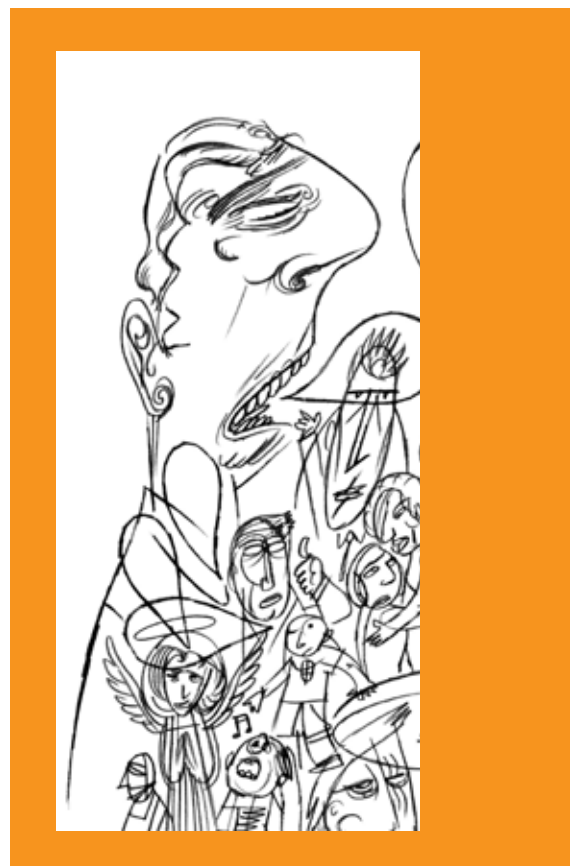
Nossa principal regra é o respeito ao outro. Não há formato para os escritos e nem normas para citação, a não ser aquela que recomenda explicitar as referências e autores sobre os quais se apoiam as análises.

Vamos, literalmente, ocupar a Revista Ensaios & Diálogos em Saúde Coletiva!

Carlos Cesar Leal Xavier, o Caco Xavier é abrasquiano, membro do GT de Comunicação e Saúde, e aceitou o desafio de ilustrar a primeira edição da Revista Ensaios & Diálogos em Saúde Coletiva.

Caco, que hoje atua como tecnologista na Escola Nacional de Saúde Pública, começou a desenhar quando criança, o que o levou, anos mais tarde, a cursar arquitetura e jornalismo na universidade. “Desenho sempre foi instintivo e um interesse para mim. Mas o meu barato mesmo sempre foi a história contada, a literatura, o que me conduziu naturalmente à história em quadrinhos e ao cartum”. Na década de 1980, Caco começou a criar cartuns de forma profissional e publicou peças em famosos meios da época, como o jornal O Pasquim.

Formado em Filosofia e com mestrado e doutorado em Antropologia Social, Caco, apesar de ter trilhado outros caminhos dentro da Fundação, nunca abandonou o desenho e a pesquisa sobre o meio. Atualmente Caco coordena a RedEscola - Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública, da ENSP/Fiocruz.



CIÊNCIA E TECNOLOGIA

Ética em Pesquisa

- 7** O sistema CEP-CONEP e o projeto de lei do senado no 200/201
Luis Eugenio Souza

Desafios da Avaliação e da Gestão do Sistema de Pós-graduação

- 10** A formação em saúde coletiva e os desafios da avaliação
Tatiana Vargas
- 15** Avaliação da pós-graduação: importante, porém necessitando urgentes redirecionamentos
Maurício Barreto
- 17** Sistema de avaliação em lugar de uma política em formação para a pós-graduação
Gastão Wagner
- 19** Mudando os rumos da avaliação
Guilherme Werneck
Entrevistado por Bruno C. Dias

SAÚDE COLETIVA

Saúde do Trabalhador e Ambiente

- 24** Para defender o SUS e sua integralidade: desafios para a Vigilância e a Promoção da Saúde
Marcelo Firpo, Jandira Maciel, Leticia Coelho e Fernando Carneiro

POLÍTICA DE SAÚDE

O Sus e a 15ª Conferência Nacional de Saúde - *Especial Capa*

- 35** Estratégias para consolidação do SUS e do direito à saúde
Gastão Wagner
- 40** O SUS cada vez mais vivo!
Nelson Santos
- 43** Quem são os donos do SUS?
José Sestelo
- 45** A marca invisível do SUS
Caco Xavier e Paulo Capel Narvai
- 56** Mobilização por um sistema público de saúde de qualidade, universal e integral
Arthur Chioro
Entrevistado por Vilma Reis

Contribuições do 11º Abrascão

- 56** Rumo à 15ª conferência nacional de saúde! Contribuições do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva
Luis Eugenio Souza
- 58** Saúde das mães e crianças brasileiras
Cesar Victora
- 61** Saúde da população brasileira: saúde pública de qualidade? ou SUS democrático, universal, público, digno e integral?
Jairnilson Paim
- 64** O novo impasse político no Brasil
Márcio Pochmann
- 68** Desenvolvimento socioeconômico, democracia e saúde
Pedro Célio Borges
- 71** 'Estado democrático' ou 'Estado de Classe'?
André Dantas
- 74** Relação público-privado, conflito de interesses e a agenda regulatória para a consolidação da democracia
Inês Rugani
- 81** A viabilidade de um Sistema Universal de Saúde no Brasil
Maria Lucia Werneck

O QUE VAI PELO BRASIL

Amazônia

- 88** Amazônia: a selva verde e o buraco negro da pesquisa em Saúde Coletiva
Luiza Garnelo

DIÁLOGOS

Debate sobre Promoção de Saúde

- 90** Promoção de Saúde em busca de uma sabedoria prática inteligente... Como será amanhã?
Luis David Castiel
- 92** Conferência Mundial de Promoção da Saúde no Brasil em 2016: por que aqui e agora?
Marco Akerman

INTERNACIONAL

- 94** El impuesto al refresco
por EL PODER DEL CONSUMIDOR

ÉTICA EM PESQUISA

O SISTEMA CEP-CONEP E O PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 200/2015

POR LUIS EUGENIO SOUZA*

A história registra sérios casos de desrespeito à dignidade das pessoas em nome do progresso científico. Basta lembrar os célebres e trágicos casos das pesquisas no regime nazista, julgados em Nuremberg, e do estudo *Tuskegee*, realizado em negros norte-americanos, que tiveram negado o acesso ao tratamento para a sífilis.

Em consequência desses e de outros casos, medidas formais de proteção aos participantes de pesquisas passaram a ser adotadas nos diversos países, há várias décadas, e têm recebido o apoio de toda a sociedade, incluindo a comunidade científica.

O ponto central das medidas de proteção é, invariavelmente, o consentimento livre do participante, acompanhado da responsabilidade do pesquisador e da instituição à qual se vincula de prestar os esclarecimentos e o suporte necessário no caso do advento de danos.

Outro ponto fundamental dessas medidas é a participação de diferentes especialistas e, sobretudo, de não-especialistas no processo de avaliação ética das pesquisas. Trata-se de uma barreira ao predomínio de interesses particulares e uma forma de permitir que o ponto de vista geral – da sociedade como um todo – possa se exprimir na proteção da dignidade das pessoas, quando envolvidas em pesquisas.

O Brasil, graças, em boa parte, à liderança do prof. William Saad Hossne, dispõe de um efetivo sistema de controle ético da pesquisa envolvendo seres humanos. Com 20 anos de existência, goza de reconhecimento internacional, como atesta a Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura

(Unesco), que tem citado o modelo brasileiro como exemplo a ser seguido.

Vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), criada em 1996, coordena um sistema que abrange, atualmente, cerca de 600 Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), abrigados em instituições de pesquisa, de ensino e de assistência à saúde.

Pode-se atribuir a eficácia do chamado Sistema CEP-Conep na proteção ao participante de pesquisas, entre outras coisas, ao fato dos comitês de ética não poderem ter mais da metade de seus membros pertencentes a uma mesma área ou disciplina, sendo obrigados a contar com a presença de representantes da comunidade.

O êxito do Sistema CEP-Conep, contudo, não esconde as suas fragilidades.

De modo geral, as críticas ao Sistema não mencionam problemas referentes à proteção dos participantes de pesquisas, embora talvez seja o momento de se questionar a adoção da Teoria Principlista que, apesar de anunciar o mesmo grau de relevância dos quatro princípios éticos – a não-maleficência, a beneficência, a autonomia e a justiça (ou a igualdade) –, na prática, implica na sobrevalorização da autonomia relativamente aos demais princípios.

Essa sobrevalorização da autonomia pode ser inadequada em dois sentidos. No primeiro, como país bastante desigual socialmente, o princípio da justiça não deveria nunca ser negligenciado no Brasil. No segundo sentido, a predominância do princípio da autonomia pode ser coerente com o *modus operandi* da pesquisa biomédica, mas pode ser um óbice à realização de certos tipos de pesquisa social.

O Sistema CEP-Conep não acompanhou o crescimento da atividade de pesquisa no Brasil, adequando a sua estrutura técnica e gerencial e investindo na qualificação técnica dos seus membros

Ao contrário dos fundamentos ético-filosóficos do Sistema CEP-Conep, o seu funcionamento administrativo tem sido muito criticado. São usualmente destacadas as fragilidades operacionais que dificultam, injustificadamente, a realização de investigações científicas com todo o prejuízo que isso pode causar ao avanço do conhecimento, ao desenvolvimento tecnológico e à melhoria das condições de vida de todos.

Com efeito, são frequentes as demoras na emissão de pareceres e não são raros os erros de interpretação dos pareceristas. Ademais, os procedimentos de submissão dos protocolos aos CEP ou à Conep são pouco flexíveis, não se adequando a todos os tipos de pesquisas que envolvem seres humanos.

De um modo geral, esses problemas podem ser atribuídos ao fato do Sistema CEP-Conep não ter acompanhado o crescimento da atividade de pesquisa no Brasil, ao longo do tempo, adequando a sua estrutura técnica e gerencial e investindo na qualificação técnica dos seus membros. Em consequência, os pesquisadores estão sofrendo com a lentidão e a burocracia do processo de revisão ética em vigor no Brasil.

Além disso, os cientistas sociais, em particular, têm sido enfáticos nas críticas à inadequação das resoluções nº 196/1996, antes, e nº 466/2012, agora, ao seu campo, chamando a atenção para a necessidade de uma resolução específica que considere as características próprias da pesquisa social.

Pode-se ainda afirmar que, de modo geral, as pesquisas observacionais não são adequadamente contempladas por uma resolução única que se baseie no modelo experimental, sem dúvida aquele que representa maior risco potencial para os participantes. A superação desses problemas é importante e urgente, inclusive porque podem vir a servir de pretexto para iniciativas que venham a negligenciar a proteção dos participantes de pesquisas.

Concretamente, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 200/2015 representa uma dessas iniciativas. Negligência a proteção do participante no momento em que: (a) admite o uso do placebo em pesquisas, mesmo quando há alternativa já estabelecida à droga em teste, (b) não assegura o acesso ao tratamento pós-estudo, (c) não impõe intervalos para participação dos sujeitos nos protocolos e (d) permite a constituição de comitês de ética “independentes”, ou seja, não vinculados a instituições de pesquisa, entre outros aspectos.

Vale acrescentar que esse Projeto de Lei não apresenta, objetivamente, nenhuma sugestão de como tornar ágil o processo de revisão ética, a não ser que se suponha que a independência dos CEP significa seu funcionamento sem regras ou a aceitação da existência de evidentes conflitos de interesse (quando, por exemplo, os membros do CEP têm vínculos com o patrocinador da pesquisa). Ao contrário do PLS nº 200/2015, o Conselho Nacional de Saúde,

a própria Conep e o Ministério da Saúde (MS) têm discutido estratégias para superar os problemas de lentidão e rigidez burocrática na apreciação dos protocolos de pesquisa, sem descuidar da proteção aos participantes.

A principal dessas estratégias se refere à descentralização do Sistema CEP-Conep, com a certificação de alguns CEP, espalhados pelas diversas regiões do país, para apreciar todos os tipos de protocolo de pesquisa com seres humanos, inclusive os considerados de risco elevado.

Ainda estão em discussão, na Conep e no CNS, os critérios e os procedimentos para a certificação dos CEP. A minuta em debate define que o processo de acreditação consistirá de três etapas: a seleção de propostas por meio de chamada pública, a pré-acreditação e a acreditação. De acordo com a minuta, o CEP candidato à certificação deverá dispor de recursos financeiros para a sua manutenção e garantir aos seus membros total independência na tomada das decisões. Também deverá demonstrar capacidade de emitir pareceres relativos a protocolos de risco elevado, apresentar composição multidisciplinar, tendo pelo menos um membro com experiência curricular na área de bioética ou ética em pesquisa e um representante dos usuários com participação efetiva nos três anos anteriores à data de publicação da chamada pública.

Deverá ainda ter obtido, no mínimo, uma renovação de registro junto à Conep, totalizando um período de funcionamento ininterrupto de quatro anos, e, por fim, não dispor de histórico de suspensão nos seis anos anteriores à data de publicação da chamada pública.

De maneira articulada à proposta de descentralização, tem sido discutido o fortalecimento da câmara técnica da Conep, com seu deslocamento para o âmbito do MS, mais precisamente, para a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Sctie). Essa câmara, formada por técnicos do MS, teria a tarefa de avaliar os protocolos de pesquisa, identificando a magnitude e a frequência potencial dos riscos e dos benefícios implicados na realização da pesquisa, além da contribuição esperada da pesquisa para o avanço do conhecimento ou a produção de inovações.



*The Anatomy Lesson
of Dr Nicolaes Tulp, 1632
de Rembrandt van Rijn*

Nesse esforço de fortalecimento, a câmara técnica contaria com um comitê científico assessor, composto por cientistas de diferentes áreas, para orientar a elaboração de normas e regulamentos a serem submetidos, para discussão e deliberação, à Conep e ao CNS.

Nessa estratégia, a Conep deixaria de avaliar os protocolos relacionados às áreas temáticas especiais, tal como definido na Resolução no. 466/2012, mas permaneceria como instância normativa, educativa e recursal.

Além disso, está sendo proposto o desenvolvimento de um processo de qualificação dos membros da Conep e dos CEP, assim como o estabelecimento de prazos para o cumprimento de cada etapa da revisão dos protocolos. No que toca às Ciências Sociais, está em discussão uma proposta de resolução específica. Vale registrar que se trata de um debate complexo, marcado por tensões entre a maioria dos membros da Conep e os cientistas sociais que compõem o grupo de trabalho responsável por formular a minuta de resolução.

De um lado, os pesquisadores especificam os princípios éticos das investigações em Ciências Humanas e Sociais, abrangendo: o reconhecimento da liberdade e autonomia de todos os envolvidos no processo de pesquisa, inclusive da liberdade científica e acadêmica; a defesa dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo nas relações que envolvem os processos de pesquisa; e o respeito aos valores culturais, sociais, morais

e religiosos e de gênero, bem como aos hábitos e costumes, dos participantes das pesquisas.

De outro lado, a Conep insiste no caráter complementar da resolução sobre as Ciências Sociais em relação à Resolução nº 466/2012, não aceitando, portanto, a proposição de outros princípios éticos diferentes daqueles já estabelecidos.

Os cientistas sociais propõem ainda que os projetos considerados como de risco mínimo não precisem mais do que do registro do protocolo de pesquisa na Plataforma Brasil, com a verificação documental pela secretaria do CEP, sendo emitido para o pesquisador um documento comprobatório do registro e da liberação para execução do projeto.

Sugerem também que o consentimento livre e esclarecido possa ser obtido ou registrado em qualquer uma das fases de execução da pesquisa ou mesmo ser substituído por um documento do próprio pesquisador que assegure o compromisso ético do esclarecimento ao participante. Registre-se que se trata de propostas que encontram resistências por parte da Conep.

De todo modo, ambos os lados parecem dispostos a continuar as discussões, o que pode levar, inclusive, a revisitar a Teoria Principialista que sustenta a atuação do Sistema CEP-Conep desde sua criação.

Enfim, essas estratégias têm grande potencial de atender à demanda dos pesquisadores por mais agilidade no funcionamento do Sistema CEP-Conep, sem, com isso, comprometer ou reduzir a proteção dos participantes de pesquisas.

Quanto ao PLS nº 200/2015, o ideal seria sua retirada ou seu arquivamento. Trata-se, como se pode ver, de uma iniciativa ineficaz para agilizar o funcionamento do Sistema CEP-Conep e perigosa para a integridade física e psicológica dos participantes de pesquisa.

**Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza é professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia*

A FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E OS DESAFIOS DA AVALIAÇÃO

POR TATIANA WARGAS*

A formação em Saúde Coletiva tem sido tema de debate e reflexão desde os primeiros encontros realizados pela Abrasco no início da década de 1980. As publicações destes encontros (1982, 1983, 1984) reuniam contribuições valiosas de autores do campo que abordavam a formação em saúde nos cursos de pós-graduação *lato* e *stricto sensu*, enfocando as propostas curriculares, os mecanismos de acompanhamento e avaliação dos cursos e egressos e os desafios para a consolidação de uma formação em saúde comprometida com os ideais de construção de um novo modelo de atenção e cuidado em saúde. Vivia-se um momento de construção e afirmação de um novo campo de conhecimento com muitos caminhos para trilhar.

Mais de 30 anos após as primeiras discussões do campo voltamos ao debate da formação em Saúde Coletiva tencionados pelo projeto de avaliação e modelo de ciência que têm pautado os programas de pós-graduação *stricto sensu* do país. A avaliação proposta pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) tem suscitado, nos últimos anos, questionamentos importantes das diferentes áreas de conhecimento pela ênfase quantitativa e por reforçar uma lógica produtivista da ciência, em detrimento de uma discussão mais abrangente de avaliação que seja capaz de valorizar os projetos de formação desenvolvidos.

As perguntas que se apresentam para o campo da Saúde Coletiva no atual contexto são: Por que e desde quando passamos a sustentar a avaliação distante do projeto de formação do campo? Quais os riscos que se impõem para a produção de conhecimento quando reduzimos avaliação a metas de produção? O que deste fenômeno reflete um debate maior sobre ciência?



O MOMENTO É OPORTUNO...

A Capes reconheceu na avaliação trienal 2010-2012 a insuficiência do modelo e seu esgotamento como parâmetro para discriminar a atuação dos programas, indicando a importância de se olhar para os cursos no conjunto da proposta e voltando-se para uma análise qualitativa (Capes, 2013).

O mundo discute os efeitos de uma política de Ciência e Tecnologia que estimula a produção e o alcance de metas sem necessariamente pautar uma discussão do método, da produção de conhecimento e dos efeitos que são produzidos. São exemplos: os manifestos *slow science* (<http://slow-science.org>) e de *Leiden* (Hicks et al, 2015), a 'ciência salame' (Radis, 2014), 'a produção mais do mesmo' (Carvalho, Travassos e Coeli, 2013), as discussões em torno do modelo de avaliação (Camargo, 2013), dentre outros.

Há também um mal-estar generalizado no âmbito acadêmico e na sociedade sobre os rumos da ciência. O ritmo cada vez mais acelerado da produção acadêmica tem também produzido adoecimento, tristeza, sofrimento. E a sociedade, por sua vez, tem tido cada vez mais dificuldade de reconhecer a produção acadêmica e associá-la a seus interesses (Chauí, 2015).

Por fim, no campo específico da saúde no Brasil, há uma crise a ser enfrentada. Apesar

de todos os avanços obtidos na construção de um sistema universal, a atenção em saúde enfrenta enormes desafios. Há muito que se avançar na construção de uma prática geradora de cuidado que seja capaz de reconhecer e acolher os sujeitos na sua diversidade, que não seja a reprodução de um modelo definido *a priori*, impositivo e distante das expectativas dos sujeitos. A crise intensifica-se com a exacerbção do consumo em saúde e mercantilização da medicina trazendo dilemas éticos no dia-a-dia da assistência.

Curiosamente, e apesar desses aspectos mencionados, o campo da Saúde Coletiva, como campo de conhecimento, vai muito bem, com programas de excelência e em ascendente expansão. De 5 programas de pós-graduação na década de 1970, chega-se em 2014 a 78 programas, com uma grande maioria de mestrados profissionais. A especialização do campo e a ênfase na produção intelectual intensificaram-se a partir dos anos 2000 e a avaliação geral reforça o entendimento de que ocorreu um processo de consolidação e institucionalização virtuoso do campo e da própria ciência.

Bom, essa é uma possível descrição do cenário, mas existem outros pontos de vista que tencionam essa leitura e que pretendem colocar em discussão a necessidade de construção de novos caminhos que consigam efetivamente sair da encruzilhada apontada e irromper novas trajetórias.

Traçar uma nova trajetória significa recolocar em discussão o projeto de formação do campo. Retomar um pouco a história desse campo é importante para visualizarmos o projeto, colocá-lo em análise e tecer perspectivas. Trata-se de um convite à reflexão, fora da caixa do modelo de avaliação, olhando por dentro, e a partir do que se buscou construir como campo de conhecimento e de intervenção em saúde. Entender o que foi a aposta no campo científico e seu projeto de formação para colocá-lo em análise hoje.

O 'nascimento' ou pelo menos a menção a um novo campo de conhecimento intitulado 'Saúde Coletiva' ocorre nos anos 1970, em meio a um cenário turbulento em todos os âmbitos – político, econômico, social. Com micro revoluções em andamento, no Brasil e no mundo, e utopias em ascensão.

De um lado, a crítica ao modelo biomédico e centrado na doença, a discussão sobre a iatrogenia e os efeitos de uma má medicina. Uma medicina que ganhava contornos cada

Na defesa do projeto político de direito à saúde e da universalização parece que deixamos de lado a defesa da vida

vez mais empresariais, mercantilizada, consumidora de serviços e produtos; de outro, a crítica a um padrão de atuação do Estado na saúde que não valorizava/não incorporava a discussão sobre as relações entre capital-trabalho-sociedade e seus efeitos sobre a saúde da população.

Ganha reforço no cenário de discussão teorias e abordagens de outros campos de conhecimento, das Ciências Sociais e Humanas, atravessando o debate sobre o modelo de Estado, os indicadores de saúde e as práticas de atenção propriamente ditas. Arrisca-se a incorporação de uma crítica mais contundente ao Estado, o que também subsidiava o debate político, num contraponto ao modelo de Estado autoritário.

A proposta de configuração de um novo campo de saber, com a contribuição dos campos disciplinares das Ciências Sociais e Humanas foi um caminho traçado, visando interferir na matriz disciplinar da 'saúde pública' e da 'administração de Estado' (Stotz, 1997).

A Epidemiologia, como disciplina e método da saúde pública, incorpora de forma incisiva a crítica das Ciências Sociais e Humanas e passa a ganhar contornos de uma 'epidemiologia social', considerando a leitura do social e do humano na análise das variáveis que interferem nos processos de adoecimento (Barata, 1997); a administração estatal ganha contornos de planejamento em saúde e pensamento estratégico, numa leitura mais abrangente do Estado, da economia e sociedade.

Portanto, o enunciado de um campo denominado 'Saúde Coletiva' constrói-se, nos anos 1970 no Brasil, em contraposição a um dado padrão de intervenção do Estado na saúde e num cenário de esgarçamento político, social e econômico do modelo que o sustentava.

Há, contudo, uma novidade discursiva nesse momento que merece ser destacada: a crítica à visão biológica do processo saúde-doença e à hierarquização do campo de saber a partir da biomedicina. O projeto da Saúde Coletiva definia-se, assim, como um projeto político de sociedade e de Estado onde se buscava teorizar e propor soluções políticas pautadas nas orientações deste 'novo' conhecimento, de um campo multidisciplinar sem qualquer perspectiva hierárquica e valorativa; e como campo amplo de práticas, multiparadigmático e interdisciplinar (Birman, 1991).

Mas é importante considerar que esse enunciado da Saúde Coletiva não é único e nem homogêneo! Essa é uma leitura de alguns segmentos desse campo, a valorização de um ou outro aspecto

da novidade 'Saúde Coletiva' também será motivo de disputa política e dos projetos de formação. Talvez esse aspecto seja uma pista interessante na compreensão dos dilemas atuais do campo científico e do que se valoriza ou não na sua produção.

Seguindo ainda a linha de raciocínio de que a Saúde Coletiva seria um campo multidisciplinar sem qualquer perspectiva hierárquica e valorativa, quais os desafios que estavam postos para sustentação epistêmica deste novo campo? Que disciplinas/conhecimentos seriam de base para este novo campo de modo a sustentar um novo entendimento e prática sobre saúde e doença? Como conciliar o saber produzido sobre doença, que tem por base um núcleo de conhecimento das ciências biológicas e naturais, nesse novo projeto de saber e de intervenção? Como o novo campo enfrentaria o desenvolvimento de 'práticas de saúde', em especial considerando que as práticas estavam voltadas para a atenção à doença?

Há muito que se avançar na construção de uma prática geradora de cuidado que seja capaz de reconhecer e acolher os sujeitos na sua diversidade

O desafio e dilema estavam postos nos anos 1980! Entre o ideal de construção de uma nova realidade de saúde para a população brasileira e a constituição de um novo campo de saber que sustentasse novas práticas em saúde havia um longo percurso, num cenário político de grande disputa. A aposta política foi feita: o enunciado do direito à saúde e a proposta de universalização do sistema. Mas o que foi feito da aposta epistêmica? O que foi feito com a discussão de novas práticas em saúde e produção de uma nova subjetividade? O que foi feito com o projeto de multidisciplinaridade?

Ao que parece, pela análise do percurso, desde os anos 1980, a aposta epistêmica ficou a margem do enunciado político, toda energia se voltou para efetivação do direito à saúde numa disputa cotidiana e milimétrica no âmbito político. Muitos ganhos foram possíveis. A Constituição Federal de 1988 definiu efetivamente uma carta protetora, o Sistema Único de Saúde (SUS) se tornou realidade, tendo respaldo legal que amparou e garantiu a construção de uma nova realidade em saúde. Nos últimos 30 anos, assistimos a expansão da saúde no Brasil e mantivemos vivo, num cenário conturbado, o debate da saúde universal.

Por outro lado, a aposta política sem um enfrentamento igualmente contundente da aposta epistêmica também possibilitou a manutenção de práticas autoritárias e hierárquicas da saúde, já conhecidas e criticadas no debate da reforma e que tencionavam no projeto de construção do novo (Campos, 1991, 1992). Assim, apesar de um discurso em torno da construção de um novo modelo de saúde que fosse capaz de reconhecer a abrangência e complexidade dos processos de adoecimento e morte, com maior interação entre saberes de modo a consolidar novas práticas e análises de saúde, o que se assistiu foi uma substituição do discurso do saber biológico e da medicina, para o discurso do saber administrador/gestor/trabalhador/educador da saúde, que detém o conhecimento acerca das 'necessidades de saúde', conhece as demandas e promove à saúde.

Na defesa do projeto político de direito à saúde e da universalização parece que deixamos de lado a defesa da vida e nos afastamos do projeto maior que mobilizou a construção da crítica, qual seja: qual o cuidado em saúde prestado, como e por que ele é configurado como tal?

A má medicina estava no cerne da discussão e dela puxavam-se os fios: para a análise da economia e das relações empresariais na saúde; para a centralidade da atenção no médico; para o fenômeno social que se constituía em torno de um saber de classe e prehe de poder simbólico.

É claro que estas questões ainda estão presentes no dia-a-dia do campo, de práticas e de saberes, pautando em diferentes realidades novas possibilidades de atenção à saúde num esforço cotidiano de enfrentamento de questões que extrapolam e muito o âmbito da saúde. Mas é preciso olhar o que temos feito numa perspectiva do que ainda precisamos avançar e dos desafios que se apresentam no cenário atual.

Então, cabe perguntar: diante desse cenário, podemos mesmo assumir a Saúde Coletiva como um novo campo científico? Foi feita uma ruptura paradigmática com a Saúde Pública? De que ordem? Ou será que este novo campo apenas acomodou novas teorias, mantendo as mesmas práticas e saberes?

Nesse debate, há uma tensão constante dos agentes sociais entre afirmar a Saúde Coletiva como um campo da saúde ou como um campo interdisciplinar. Para muitos, afirmar-se como campo interdisciplinar significa encerrar definitivamente o diálogo com as ciências da saúde e retirar de cena um dos saberes que sustenta o cuidado em saúde. A opção, então, de inserção da Saúde Coletiva no âmbito das ciências da saúde na área de conhecimento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/Capes, não é algo simples ou trivial. De fato, apresenta por trás toda uma complexidade de questões e opções que tensionam os saberes que sustentam o campo.

Assim, é preciso considerar hoje quais as implicações de não reconhecermos o imbróglho de um campo que tem como núcleo duro a Saúde Pública, que respalda as práticas de saúde e o conhecimento em saúde, e assumir um discurso interdisciplinar. Como tal questão reflete na prática dos serviços e na produção científica?

Podemos, então, retomar à discussão da avaliação. No percurso do campo da Saúde Coletiva nos últimos 30 anos novos saberes, objetos e métodos foram incorporados e a possibilidade de leituras multidisciplinares intensificada, mas ao mesmo tempo foram delimitadas as diferenças entre as áreas de conhecimento (Ciências Sociais e Humanas, a Epidemiologia e o Planejamento em Saúde)

É preciso sair da caixa estrita da avaliação e não responder estritamente a um critério de produção. É preciso saber o que se produz e para responder a quê

e uma disputa se estabeleceu entre as áreas como estratégia para sobrevivência e sustentação no campo científico, já então pautado por uma lógica de produção e competição. Nesse caminho, na discussão da avaliação, busca-se a delimitação desses objetos para se manter a sobrevivência do pensar de áreas como a Ciências Humanas e Sociais na Saúde. Mas não seria esse movimento o reconhecimento de que o projeto Saúde Coletiva como projeto de um novo saber não se sustentou? Quais as implicações desse caminho de fragmentação para a produção de conhecimento sobre saúde e quais os efeitos para o pensamento e prática em saúde?

O caminho de construção de um enunciado de um novo campo precisa ser (re) trabalhado. A aposta política feita foi no discurso de ruptura e de afirmação de uma Saúde Coletiva não parece ser mais suficiente. É preciso sustentar a Saúde Coletiva como novo campo de conhecimento aprofundando seu projeto epistêmico. Ou seja, reaproximar os saberes e rerepresentar o desafio da produção de um conhecimento que seja capaz de responder aos dilemas que se apresentam na sociedade.

Nesse sentido, é preciso sair da caixa estrita da avaliação e não responder estritamente a um critério de produção. É preciso saber o que se produz e para responder a quê. É preciso aproximar os projetos de curso e de formação dos mecanismos de acompanhamento e avaliação, não como algo que ocorrerá *a posteriori* como um prêmio ou uma punição (como o ponto de corte da produção científica na avaliação da Capes), mas como uma estratégia para incentivar a vontade de saber e a transformação social. Dar sentido ao processo avaliativo como projeto político e social é assumir efetivamente que o processo de produção de conhecimento precisa estar implicado com a realidade, comprometido com um projeto de vida e de socieda-

de, com a vida concreta de sujeitos de ação respondendo aos anseios e expectativas daqueles que participam cotidianamente desta construção – os sujeitos da ciência e os sujeitos da vida. Uma ciência implicada e inserida na realidade social, crítica à posição externa e neutra da produção de conhecimento.

Mas essa discussão pode se tornar apenas um enunciado bonito se também não cuidarmos de efetivá-la como prática do campo científico e esse tem sido um grande desafio desde os primórdios desse campo. Para seguir no enfrentamento desses desafios, algumas questões parecem importantes de serem reapresentadas:

Quais são os valores e princípios que pautam os projetos de curso que estamos a ofertar? Como os construímos? Quem participa desse processo? Estamos cumprindo nossos objetivos? Aonde queremos chegar? O quanto reforçamos ou nos afastamos da perspectiva de ciência implicada e comprometida quando realizamos nossas avaliações institucionais?

A discussão da formação muitas vezes é tratada como se fosse uma questão especí-

fica do campo da educação ou daqueles que se interessam pelo ensino, mas é preciso reconhecer que este foi o mote de reflexão para o campo da Saúde Coletiva nos seus primórdios, nos idos anos 1970 – nos cursos de medicina, na articulação com o movimento social envolvendo serviços, profissionais de saúde, escolas de medicina, movimentos populares, na pós-graduação em Saúde Coletiva – pois se colocava em discussão o projeto político social de interesse da saúde e da vida, numa discussão que extrapolava o próprio campo de saber e nascia do debate político e social.

Portanto, um projeto de avaliação tem que ser coerente com a proposta formativa e as bases epistêmicas que o sustentam. Isso não é simples quando temos projetos e propostas em disputa, mas o pior caminho parece ser “sair pela tangente” e adotar um modelo gerencialista que não dá conta de nenhum dos projetos e apenas justifica a aplicação de recursos.

**Tatiana Vargas de Faria Baptista é pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz*

REFERÊNCIAS

- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo, Hucitec, 1991.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo, Hucitec, 1992.
- BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. Revista Physis, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, vol.1, n.1, 1991.
- ABRASCO. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro, Abrasco/PEC/ENSP, n.1, n.2, n.3, 1982, 1983, 1984.
- CAPES. Relatório de Avaliação 2010-2012 – Trienal 2013. Área de Avaliação: Saúde Coletiva. Brasília, Capes, Diretoria de Avaliação, 2013.
- CHAUÍ, Marilena. Contra a Universidade Operacional. Aula inaugural realizada na Escola Nacional de Saúde Pública em 18 de março de 2015. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/37370>
- Radis. Ciência Salame. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, Revista Radis, n.140, maio 2014.
- CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Claudia; COELI, Cláudia Medina. Mais do mesmo? Cad. Saúde Pública [online]. 2013, vol.29, n.11, pp. 2141-2141.
- CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Produção científica: avaliação da qualidade ou ficção contábil? Cad. Saúde Pública [online]. 2013, vol.29, n.9, pp. 1707-1711.
- HICKS, Diana; WOUTERS, Paul; WALTMAN, Ludo; RIJCKE, Sarah de; RAFOLS, Ismael. The Leiden Manifesto for research metrics. Nature, v.520, p.429-431, 2015. Disponível em: <http://www.nature.com/news/bibliometrics-the-leiden-manifesto-for-research-metrics-1.17351> e <http://www.leidenmanifesto.org/>
- BARATA, Rita Barradas. Tendências no ensino da epidemiologia no Brasil. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2(5), 1997. P.334-341.
- STOTZ, Eduardo Navarro. A Saúde Coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade. 1997.

AVALIAÇÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO: IMPORTANTE, PORÉM NECESSITANDO URGENTES REDIRECIONAMENTOS

POR MAURÍCIO BARRETO*

O Sistema de Pós-graduação Brasileiro (PG), centrado nas universidades públicas (Federais e Estaduais) é um caso de indubitável sucesso. Entretanto, celebrar este sucesso não implica em deixar de lado revisões críticas do processo em que a PG se desenvolveu, para desta forma também entender os limites deste crescimento, suas falhas e, em especial, suas perspectivas futuras como parte de um sistema maior - o sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação (C&T&I) do país.

A origem da PG está associada ao período da ditadura militar. O governo militar, apesar de seu claro desprezo pelas universidades públicas, assentiu em estimular o crescimento da PG como forma de dar sustentabilidade ao projeto de desenvolvimento da C&T no país. Desta forma, a PG foi construída como um apêndice das universidades. Outro fato interessante é o surgimento de um sistema de avaliação, centrado na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), e que seria responsável por estimular o crescimento e preservação da qualidade deste nascente sistema de PG.

A PG intensifica o seu crescimento na década de 1970 e o sistema de avaliação tem seu início da década de 1980, período em que a atividade científica brasileira era ainda extremamente limitada. O país contava com um número limitado de grupos de pesquisa, o número de doutores atuando era pequeno e o total de artigos publicados e indexados reduziam-se em algumas centenas. Todo o sistema era dependente da formação de doutores no exterior.



Nos últimos 30 anos, o sistema de PG tem sido responsável pela formação de muitos milhares de doutores, que agora povoam as Universidades e Centros de Pesquisa por todas as regiões brasileiras. Elemento raro no início do período, os doutores tornam-se dominantes entre os quadros das instituições acadêmicas. Em paralelo, a produção científica multiplica-se por vários milhares e o Brasil, antes apenas como um traço na produção científica internacional, salta para o 13º lugar, ficando ao lado de países desenvolvidos e com sistemas científicos consolidados.

Um dos objetivos principais de qualquer avaliação é o de permitir a reflexão e auxiliar na identificação de mudanças futuras do sistema que avalia. Assim, o papel do sistema de avaliação da PG em seus primórdios foi o de direcionar ações para alavancar este sistema nascente e teve grande sucesso nesta função. Porém, no momento atual, em que já temos um sistema de PG consolidado e cujo problema central não é mais a quantidade, mas sim a qualidade deste sistema, podemos verificar que as mudanças ocorridas no sistema de avaliação desde o seu início até o momento atual, não corresponderam às intensas mudanças ocorridas na PG no mesmo período.

Qualquer sistema de avaliação tende a definir as expectativas do objeto que ele avalia. O avaliado busca cada vez mais adequar-se aos critérios definidos pelo avaliador. Desta forma, um sistema de avaliação mantido

UM SISTEMA DE AVALIAÇÃO MANTIDO CONSTANTE NO LONGO PRAZO TEM INFLUÊNCIA CONSERVADORA SOBRE O SISTEMA AVALIADO

constante no longo prazo tem influência conservadora sobre o sistema avaliado. Se entendermos que o nosso sistema de PG precisa evoluir rapidamente, passando de um sistema em que o objetivo era o crescimento para um sistema em que se busca refinar a qualidade, podemos concluir que o sistema de avaliação não vem sofrendo as mudanças necessárias para tornar-se um catalisador deste novo momento.

Tomemos uma das áreas centrais da avaliação da PG, qual seja, a avaliação da produção científica. A avaliação da produção científica tem sido historicamente centrada em indicadores bibliométricos, sejam eles indicadores da produção ou indicadores de citação. Enquanto estes indicadores sejam importantes para mensurar aspectos relevantes da produção científica, incluindo o desempenho de pesquisadores e grupos de pesquisa, tem-se também mostrado que eles são pouco adequados para mensurar os efeitos que a atividade científica tem ou poderão vir a ter sobre a sociedade.

Assim, mudanças na forma de avaliar a produção científica poderia se constituir em

um eixo de mudança da avaliação da PG e em uma contribuição importante para a busca de sentido e utilidade do conhecimento produzido pela comunidade científica. Internacionalmente, várias iniciativas de avaliação científica têm colocado a insuficiência dos indicadores bibliométricos e propugnado pela busca de novas métricas e outras estratégias que tragam informações sobre os efeitos ocorridos sobre a sociedade. Deve-se enfatizar que estas novas estratégias têm sido escassamente utilizadas e que o seu desenvolvimento e amadurecimento não é uma tarefa das mais simples, dada a complexidade dos efeitos potenciais da atividade científica. Entre outras dificuldades é preciso considerar que as disciplinas científicas são bastante diferentes entre si, em especial no que diz respeito aos seus efeitos. Por exemplo, se tomarmos o caso da Saúde Coletiva vemos que existem imensas diferenças sobre os potenciais efeitos resultantes das suas subdisciplinas – Epidemiologia, Política e Planejamento e Ciências Sociais em Saúde. No tocante a avaliação, o desafio de comparar campos científicos que geram efeitos diferentes, transforma-se em problema de não simples equacionamento.

Elaborar novos modelos de avaliação que tomem em conta o impacto da atividade científica sobre a sociedade é parte de um empreendimento que muitos reconhecem como necessário, porém que está ainda nos seus primórdios e que exigirá esforços de concepção e desenvolvimento. Porém, antes de tudo, faz-se necessário que os sistemas de avaliação assumam que este esforço é necessário. E o que nos parece é que esta vontade ainda não emergiu, de forma consistente, no nosso sistema de avaliação da PG.

**Maurício Lima Barreto é professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia*

SISTEMA DE AVALIAÇÃO EM LUGAR DE UMA POLÍTICA EM FORMAÇÃO PARA A PÓS-GRADUAÇÃO

POR GASTÃO WAGNER*

A atual política para Pós-graduação no Brasil restringiu-se a um sistema de avaliação, em base a suposto mérito dos programas, dos pesquisadores e dos alunos. Vale ressaltar que isto não é principalmente uma modalidade de avaliação: é uma modalidade de política de governo. Uma modalidade conservadora de fazer política e de governar. Está em todos os manuais contemporâneos de administração a descrição e análise deste estilo denominado de “gestão com base em resultados”. Os críticos o apelidaram de “gerencialismo”.

É uma forma de administrar sistemas, organizações e programas centrados no controle social da força de trabalho, mediante a instituição de padrões e a busca obsessiva pela homogeneidade por meio da centralização autoritária do estabelecimento do que são considerados “bons resultados”. O que indicaria “bons resultados” é traduzido em indicadores e metas que ocultam o processo de definição de finalidades e do sentido e do significado econômico, político, social e humano daquela política travestida em “sistema de avaliação”. A “gestão com base em resultados” tem se demonstrado a metodologia mais eficaz para domesticação dos profissionais e trabalhadores, superando neste particular o taylorismo e todas suas variantes contemporâneas.

O problema é que ao trazer a competição para dentro das organizações e dos sistemas esta modalidade de gestão desconstrói a essência das Políticas Públicas. As Políticas Públicas foram inventadas, ao longo do século XX, exatamente para assegurar a sobrevivência dos “menos aptos”, isto tanto em virtude de algum valor moral e ético – direito universal à saúde, por exemplo -, ou por necessidade social – um programa de pós-graduação na Amazônia poderá não ser bem avaliado, mas, o desenvolvimento nacional, necessitará de um importante grau de descentralização. Outro exemplo: jovens professores de Uni-



versidades poderão ter capacidade produtiva inferior aos mais antigos, mas sua inclusão progressiva no sistema será fundamental, tanto por direito à inclusão apesar do estágio de aprendizes, ou porque o sistema envelhecerá sem renovação de pessoal e de paradigmas.

A “gestão com base em resultados” distribui prêmios e penalidades com base no desempenho dos tais supostos “bons resultados”, gerando um sistema que funciona comandado por uma espécie de “darwinismo social”. Como decorrência, ao longo do tempo, haverá sempre acúmulo de poder e de recursos naqueles considerados mais produtivos. Não há utilização de apoio institucional para os piores avaliados, “menos aptos”, não havendo, portanto, ajuda financeira, técnica, científica ou em planejamento para os programas ou pesquisadores com desempenho fora do padrão.

Esta modalidade de gestão perversa é o dodói dos fanáticos pela racionalidade do mercado.

No Brasil, o sistema de gestão da Pós-graduação pelo MEC/CAPES, que submeteu todo o sistema universitário à sua lógica em menos de dez anos, eliminou o Filosofia, a discussão sobre sentido e significado da ciência, da investigação e da formação de docentes e de pesquisadores, pela compulsão em medir. Medir e medir e pouco pensar sobre os efeitos destas medições.

Os indicadores e metas do sistema nacional vem sendo construídos com uma fundamentação teórica e metodológica da raciona-

MEDIR E MEDIR E POUCO PENSAR SOBRE OS EFEITOS DESTAS MEDIÇÕES

lidade lógico formal (linguagem matemática e estatística). Como isto, esta metodologia foi incorporado ao sistema de governo/avaliação de forma acrítica, sendo utilizada mesmo quando perguntas e objetos que poderiam ser melhor compreendidos mediante outras estratégias metodológicas.

Os indicadores, que são imediatamente transformados em metas, lugares de chegada, têm abrangência restrita, isto é, não conseguem explicar algo próximo a totalidade, dos fenômenos que pretendem explicar. Assim “excelência” em produção científica passou a ser representado, basicamente, pelo número de artigos (papers) publicados em revistas indexados de alto rango. É uma redução brutal, ridícula não fossem trágicos os resultados sociais e culturais que a longa hegemonia desta mentalidade tem produzido.

Ainda mais grave tem sido o fato de que a força destes indicadores é sempre medida por sua frequência (quantidade) e não segundo impacto em criação, inovação, relevância social e humana. O mais grave ainda é que o julgamento sobre a qualidade termina “terceirizado” para editoria de revistas, várias de propriedade privada, que delegam, automaticamente, a suposta “excelência” da investigação, fala-se em artigos A1, A2, etc.

Para agravar este quadro há ainda o “ranqueamento” (argh!), os programas e os docentes/investigadores são classificados segundo notas, e, pior, o grosso da distribuição de recursos orçamentários destinados à Pós-graduação é feita com base nestas listagens organizadas como se fosse um campeonato de futebol ou uma olimpíada. E como vem ocorrendo nestas modalidades esportivas, a cada ano o “sarrafo”, os níveis considerados adequados de desempenho medido, são elevados. Uma corrida que degrada mais do que qualifica.

Este estilo de governo do sistema de ciência e tecnologia vem se expandindo dos EUA para Europa, Brasil, etc., entretanto, nos esquecemos da “antropofagia” sugerida por Oswald de Andrade e outros modernistas, que nos recomendavam não nos fecharmos ao mundo, às influências de outras culturas, mas que nos cuidássemos de filtrá-las, recriando-as em razão do contexto nacional. Pois bem, no Brasil, a Ciência e Tecnologia, ao contrário dos EUA, tem se desenvolvido como Política Pública – a maior parte do orçamento para pesquisa é de origem pública.

Houve ainda uma desvalorização brutal da formação, a “formação/padronização” de novos cientistas ocorreria por meio da “natural” exposição ao método lógico formal e ao sistema de gestão de resultados. Aliás este é o segredo desta modalidade de gestão: os programas, profissionais e trabalhadores são obrigados a internalizar o que é considerado “boa prática”, sendo desnecessários o planejamento, o apoio, a educação permanente, já que cada programa e cada pesquisador estarão obrigados a se adaptar às regras do jogo senão perecerão.

Alguma mudança seria possível tendo em vista a hegemonia desta política e deste estilo de governo da Pós-graduação?

A vigência desta lógica dividiu a Saúde Coletiva e ainda vários docentes de outras áreas. Acredito que chegou o momento de ensinarmos algumas reformas:

- O “sarrafo” precisa ser desmontado. A pressão por maior produtividade precisa ser repostada em níveis toleráveis e adequados às singularidades das áreas de conhecimento (ciências humanas, ciências básicas, etc); dentro da saúde coletiva o mesmo pelo menos em relação às três áreas prioritárias.

- Argumenta-se que houve evolução do sistema de avaliação com a inclusão de outros indicadores que não produção de artigos. As planilhas de avaliação estariam quase perfeitas. O problema que estes novos indicadores vem sendo construídos dentro da lógica da frequência. Há conhecimento em livros, admitiu-se em algumas áreas. O que valerá, contudo, será o número de capítulos ou de livros publicados e não, outra vez, sua qualidade.

- Haveria que ser recuperado o velho planejamento com base em necessidades e em prioridades para orientar a distribuição de recursos. Metade dos recursos da Pós-graduação poderia ser distribuídos com base em necessidades acordadas de forma participativa e democrática. Bolsas, recursos para professores visitantes, etc., para novos Cursos, para programas com grande número de alunos e de docentes. A atual lógica de avaliação está produzindo programas com número cada vez menor de docentes, os que ultrapassam o “sarrafo” e, em decorrência, com número cada vez menor de alunos.

A outra metade dos recursos iria para programas com capacidade e experiência em determinadas linhas de investigação, para o mérito. Poderíamos ir analisando a proporção mais funcional ao longo dos anos.

- Por que manter o famigerado “ranqueamento”? Em alguns países a avaliação de programas de Pós-graduação e de docentes passou a ser mais “qualitativa”; ainda quando sigam utilizando indicadores quantitativos e qualitativos. Há a experiência de cada pesquisador e de cada docente indicar o essencial de sua obra nos anos em que serão avaliados.

- O essencial é que todas estas mudanças sejam realizadas de forma participativa e democrática. A cogestão do sistema e de estratégias de reforma precisam de cogestão: envolvimento dos coordenadores de programas, dos assessores e gestores oficiais, dos docentes e pós-graduandos.

**Gastão Wagner de Sousa Campos é professor titular em Saúde Coletiva da FCM/UNICAMP – Palestra proferida em mesa redonda durante o XII Congresso de SC em julho de 2015*

MUDANDO OS RUMOS DA AVALIAÇÃO

Entrevista com Guilherme Werneck POR BRUNO C. DIAS



Um novo grupo de trabalho criado por Carlos Nobre, presidente da Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes), está com a tarefa de - como trata a própria portaria nº 132 - 'realizar o diagnóstico da pós-graduação brasileira com a finalidade de avaliar o estágio e uma reflexão sobre o seu futuro'. Para Guilherme Loureiro Werneck, esta é uma possibilidade para se repensar a essência do sistema de avaliação dos programas de pós-graduação (PPGs).

"Como campo, devemos sim contribuir para repensar o Sistema Nacional de Pós-Graduação (SNPG). Será que o futuro da Pós-Graduação do Brasil não mereceria um modelo de avaliação híbrido, baseado em normas e em critérios? Temos de construir soluções nos horizontes de curto, médio e longo prazos, pois se ficarmos sempre pensando em mudanças imediatas, daqui a 10 anos nós vamos continuar com o mesmo modelo de avaliação", argumenta Werneck, coordenador da área de Saúde Coletiva junto à agência do Ministério da Educação (MEC).

À frente da tarefa desde setembro do ano passado, o professor dos programas de pós-graduação do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ) abordou este e outros pontos em entrevista realizada nos últimos dias de outubro.

As normas que fundamentam o sistema avaliativo hoje aplicado, para Werneck, constituem-se em verdadeiras 'cláusulas pétreas' que já não servem mais frente aos desafios contemporâneos e nem proporcionam a devida validação da produção intelectual comprometida com a transformação social, um traço constitutivo e intrínseco da Saúde Coletiva, segundo o docente.

Formado em Medicina em 1985, mestre pelo próprio IMS onde hoje leciona, e doutor em Epidemiologia pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, ele comenta ainda a proposta de qualificação da produção técnica, apresentada pelo Fórum de Coordenadores dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Abrasco durante o Seminário de Acompanhamento de Meio de Termo da área, realizado em 24 e 25 de agosto, e outros temas - cotidianos, necessários e que refletem o pensamento da Saúde Coletiva e da própria Academia Brasileira.

ABRASCO: Você já coordenou a pós-graduação das duas instituições nas quais leciona. O que te fez abraçar essas responsabilidades?

GUILHERME WERNECK: A gente tem de cuidar do campo da Saúde Coletiva, cuidar conceitualmente, como prática e como campo de conhecimento para que ele cresça e não se descaracterize. Todos os docentes que têm um compromisso com a Saúde Coletiva devem, se possível, exercer essas tarefas por meio da gestão acadêmica. Sempre aceitei esses desafios com o intuito de contribuir para ampliar e aprofundar as discussões que o campo enfrenta cotidianamente.

ABRASCO: Como você avalia atualmente o cenário da pós-graduação em Saúde Coletiva?

GW: Atualmente, somos 85 programas de pós-graduação, quase metade são mestrados profissionais. Isso torna a SC uma das áreas mais importantes na formação profissional *stricto sensu*. O campo cresceu, se qualificou e hoje é muito respeitado pelas demais áreas do conhecimento. De fato, a pós-graduação é um ponto forte, mas existem muitas questões. O grande desafio diz respeito ao seu papel no fortalecimento do nosso Sistema Único de Saúde, para provê-lo de ideias que permitam, mesmo sob o eterno ataque e risco de colapso, sua renovação e desenvolvimento.

ABRASCO: Como pensar a produção do conhecimento no século 21 se ainda mantemos e trazemos tantas estruturas - até hoje validadas - do século 16?

GW: Esse debate tem muitos pontos de vista. Se pensarmos historicamente, a pesquisa entra muito tardiamente na universidade brasileira, numa incorporação elitista, quase um subconjunto que se apropria desse território enquanto a grande massa dos professores universitários não tem participação direta. Não há como pensar a pesquisa científica em Saúde Coletiva desconectada desse contexto. De certa forma, a valorização do que é produto científico aqui no Brasil se vincula a conceitos exteriores ao nosso contexto social. Isso é um dilema, principalmente para o nosso campo, que tem um compromisso com a transformação social. Só recentemente vem acontecendo tentativas de afirmar outros modos perante o modelo dominante de produção científica.

ABRASCO: No entanto, esse cenário foi importante para a Saúde Coletiva?

GW: É inegável que foi e é positivo para a SC ser reconhecida como um campo competitivo internacionalmente. Mas neste processo, de alguma forma, emergiu um desbalanceamento, pois há eixos de produção do conhecimento no campo da Saúde Coletiva que mais facilmente se adequam a esse modelo, mais especificamente a Epidemiologia. Sabemos que as demais áreas formadoras do campo, caso das Ciências Sociais e Humanas em Saúde e dos estudos em Política, Planejamento e Gestão, o modo de produção científica tem particularidades; talvez não se adequando tão fortemente a esse modelo, valorizado não só aqui no país, no contexto da avaliação de programas de pós-graduação, mas também mundialmente.

ABRASCO: Quando se reforça um modelo e um modo de produção científica não se nega os demais? Como equilibrar o reconhecimento do modelo vigente sem perder as origens?

GW: Não podemos perder de vista que a produção do conhecimento e a sua divulgação é essencial, seja na forma de artigos ou em livros bem qualificados. Mais do que essencial, é um dever ético, pois boa parte das nossas pesquisas é financiada por dinheiro público e deve derivar algo de domínio público. Se alguma coisa positiva podemos tirar desse processo é que as pessoas aprenderam isso. É importante que os cursos e os programas sejam ambientes de pesquisa de boa qualidade, que consigam não só formular boas perguntas, mas também captar recursos e divulgar seus resultados.

A avaliação de PPG possui outro eixo fundamental: a qualidade da formação de mes-

Explorar novos indicadores e fortalecer nossa capacidade de avaliar os outros itens é uma forma de desmistificar a visão da produção científica como o vetor central da avaliação

tres e de doutores. Existe uma dimensão da formação que talvez não esteja sendo tão valorizada vis a vis a produção científica, dimensão esta que acaba dominando relativamente o processo de avaliação. Temos de nos questionar: estamos formando mestres e doutores qualificados para exercer a docência e a pesquisa em Saúde Coletiva? É urgente que saibamos avaliar isso. Além desses, existem ainda mais aspectos, como a inserção social. A SC é um campo que se pretende como transformador da realidade social. Até que ponto os programas estão cumprindo com esse papel? Esse também é um aspecto que deveria ser mais bem considerado e analisado pelos próprios cursos e PPGs. Trazer os temas da formação discente e da inserção social para o foco do processo avaliativo pode ser uma forma de reequilibrar os diferentes eixos de avaliação, retirando da produção científica a primazia neste processo.

ABRASCO: Em suas apresentações, você fala das 'cláusulas pétreas' que formatam a avaliação da Capes. Qual sua análise sobre o sistema avaliativo da agência?

GW: A discussão sobre a avaliação da pós-graduação brasileira deveria começar da seguinte forma: há de se reconhecer que o sistema em curso trouxe muitos benefícios, no sentido da sua consolidação. Ao mesmo tempo, precisamos perceber que ele já não dá conta de todas as necessidades da sociedade contemporânea e ajustes precisam ser feitos. Para isso, temos de olhar para a base do modelo, erguido não sob critérios, mas sim sob normas. É este conceito de avaliação normativa que considero como uma verdadeira cláusula pétrea da avaliação. O sistema exige, necessariamente, que se hierarquize os PPGs. Logo, é um sistema de avaliação relativo, no qual sempre vão existir os melhores e os piores.

Por estarmos amarrados a um sistema de avaliação normativo, é preciso encontrar indicadores que discriminem os PPG para satisfazer a necessidade de hierarquização. Atualmente, a produção científica ocupa este papel. Sabemos como o mecanismo funciona: Ao analisar a produção científica dos docentes permanentes dos PPGs, olha-se principalmente onde essa produção foi veiculada, assumindo a validação pelo sistema de *peer review*. A classificação do que é um periódico melhor ou pior é fundamentalmente baseada em fatores de impacto, também cheios de problemas muito bem expressos na literatura. Acaba-se formatando todo um sistema avaliativo com esses defeitos de origem. A grande vantagem desse modelo é se adequar a uma avaliação em larga escala. Entre 2013 e 2014, os 75 PPGs do campo em funcionamento divulgaram



Guilherme Loureiro Werneck é professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ)

sua produção científica em mais de dois mil periódicos. Foram mais de 6,5 mil artigos só em dois anos. A desvantagem é clara também, pois utilizamos proxys de coisas que não necessariamente funcionam de forma a captar o que gostaríamos, por exemplo, o impacto científico e social desta produção.

ABRASCO: Na sua visão, o que deve ser valorizado na produção científica em SC?

GW: É uma resposta difícil, mas enquanto não a tivermos, talvez possamos estar sinalizando que não temos clareza do que é ou não é importante para o campo. Como valorizamos o veículo onde são divulgados os artigos, podemos estar qualificando pesquisas totalmente dissociadas do campo da Saúde Coletiva. Muita pesquisa que é feita na área de Saúde Coletiva eventualmente não tem uma interface tão grande para prover soluções para o sistema de saúde. Isso é um cuidado que a gente tem de ter na questão da avaliação. É claro que se busca aproximar deste objetivo, separando os periódicos que são ou não da Saúde Coletiva. Isso contribui no sentido de valorizar a produção das revistas identificadas com o campo, mas ainda assim, há estudos que não são tipicamente de SC publicados nestes periódicos e vice-versa. Veja, estes artigos podem ter interesse científico, mas talvez não seja o tipo de produção científica que a gente queria dar mais valor, o tipo de produto esperado de um doutor em Saúde Coletiva.

ABRASCO: Como então influenciar ou até mesmo propor outro sistema?

GW: Como campo, devemos sim contribuir para repensar o SNPG. Será que o futuro da Pós-graduação do Brasil não mereceria um modelo de avaliação híbrido, baseado em normas e em critérios? Temos de construir soluções nos horizontes de curto, médio e longo prazos, pois se ficarmos sempre pensando em mudanças imediatas, daqui a 10 anos nós vamos continuar com o mesmo modelo de avaliação. Esse é o grande impasse: como fazer mudanças considerando que elas têm e terão muita dificuldade de serem implementadas de imediato?

Em longo prazo, vejo a necessidade clara de reformular a lógica do sistema de avaliação, adotando um modelo híbrido, com normas e critérios. Em curto prazo, para a avaliação que se avizinha daqui a um ano e meio, proponho que a gente faça as mudanças possíveis dentro do atual modelo, para reduzir os problemas existentes e que vão, apesar destas intervenções pontuais, continuar. No entanto, pode-se tentar fazer ajustes para, principalmente, minimizar desequilíbrios que existem, como determinada forma de produção do conhecimento ser mais ou menos valorizada. Acho que podemos incorporar as melhores produções, mas não baseado na produção do docente, mas sim na produção do programa. São 85 programas, se cada um apresentar suas 10 melhores produções ao longo de um quadriênio, serão 850 produtos a serem avaliados, um número razoável, mas ainda considerável. Entretanto, continuam existindo vários problemas, pois os PPGs têm características diferentes, tanto em número de docentes permanentes quanto formatos e temáticas abordadas. A gente precisa entrar em consenso para não acabar penalizando nenhuma dessas particularidades, que é a verdadeira face da Saúde Coletiva, a nossa própria diversidade.

ABRASCO: Você encontra eco desse debate entre os demais coordenadores do Conselho Técnico-Científico (CTC) da Capes?

GW: As 48 áreas de conhecimento da Capes precisam dialogar mais. Para algumas delas, o sistema funciona perfeitamente. Não vou dizer que há áreas sem nenhuma crítica. Todas elas têm as suas, mas acredito que para as áreas reconhecidas tipicamente como ciência tradicional o sistema funciona bem, mesmo enfrentando problemas. Pense na Matemática. Tem todo um campo voltado para a formação profissional em educação básica que também não se adequa perfeitamente ao modelo da produção científica de alto nível como o da pesquisa em Matemática pura e aplicada. Enfrentam os problemas semelhantes aos nossos, pois são áreas comprometidas com o desenvolvimento do país. Temos de conhecer melhor as outras áreas no sentido de ver as dificuldades por elas enfrentadas e, com elas, tentar construir algum tipo de convergência a partir do que for importante, sempre respeitando as peculiaridades de cada área.

É preciso ver também em perspectiva, para além dos mandatos dos coordenadores. Temos de pensar em estratégias de atuação que envolvam também a nossa Associação e demais sociedades científicas e acadêmicas.

Em longo prazo, vejo a necessidade clara de reformular a lógica do sistema de avaliação, adotando um modelo híbrido, com normas e critérios

Temos suficiente massa crítica, inclusive com grandes pesquisadores inseridos em órgãos e instituições de âmbito nacional para ampliar essa discussão.

ABRASCO: E como CNPQ? O CTC consegue estabelecer diálogos?

GW: A troca com o CNPQ só poderia melhorar. Se vai, ninguém sabe. Claro que existem grupos de trabalho e conversas entre as agências, principalmente nos programas de maior interação, como o Ciências Sem Fronteiras. Os sistemas são bem independentes, inclusive na estruturação das árvores do conhecimento. Surgiram boatos de uma eventual fusão, logo refutada na comunidade científica. Um dos principais medos é uma eventual redução da diversidade das áreas. Essa sistemática das reuniões entre as coordenações e a participação e o acompanhamento em áreas diferentes faz com que haja uma integração rica para a compreensão da ciência e da academia brasileira. Por outro lado, o CNPQ tem uma estrutura em sistemas de informação que poderia colaborar com a Capes, sempre respeitando as diferenças.

ABRASCO: O SNPG não é formado apenas pelos programas e pelas agências de fomento. Em nível macro, há diálogo entre coordenadores e pró-reitores?

GW: No CTC há um representante do Fórum de Pró-Reitores de Pesquisa e Pós-Graduação (FOPROP), com posições bem interessantes. A participação é muito importante, mas é só um, não temos o contato estreito que deveríamos. São as pró-reitorias que chancelam o que foi produzido pelos programas, via Plataforma Sucupira. Essa informação passa a ser oficial e consta como seu relatório. Na última reunião do CTC, cada área falou sobre o seu Seminário de Acompanhamento por cinco minutos, com presença do Conselho Executivo do FOPROP. Percebi que alguns pró-reitores assumem o discurso dos programas, outros o do SNPG. As pró-reitorias devem ouvir os PPGs, é claro, mas deveriam funcionar melhor como reverberadoras do que é consensuado em termos de SNPG dentro das universidades. No entanto, em cada local há uma atuação diferente dessas instâncias.

ABRASCO: Há cerca de dois anos o Fórum de Coordenadores dos PPGSC debate formas de avaliar e classificar a produção técnica. Como está o debate no Comitê Técnico Científico (CTC)?

GW: O Fórum discute esse tema há um tempão e o CTC também. A questão colocada é como conseguir avaliar essa produção nesses diferentes perfis e, ao mesmo tempo, obter essa informação no registro da Plataforma Sucupira. No Seminário de Acompanhamento esse assunto apareceu de novo e percebemos que a proposta de qualificação da produção técnica apresentada pelo Fórum mostrou certa inconsistência com as informações que de fato podemos ter por meio da Plataforma Sucupira. A aplicação da proposta precisará de ajustes, pois a avaliação deverá se basear nos dados da Sucupira. Muito provavelmente vamos perder algu-

mas informações que gostaríamos de ter. Mas é também o momento de dizer quais pontos a Plataforma precisa ser modificada para incorporar aspectos considerados essenciais pelo campo para uma melhor avaliação.

ABRASCO: O debate sobre a produção técnica está diretamente ligado ao debate sobre a apropriação do conhecimento e sua aplicação no SUS, certo?

GW: Exato, e isso é uma das coisas que me anima frente ao tema. Se formos analisar as formas como a gestão se apropria do conhecimento, teremos de considerar vários aspectos, desde a pulverização da produção científica atual até como algumas abordagens isoladas e monotemáticas contribuem para a verticalização dos programas. Ambos os aspectos dificultam a incorporação dos resultados das pesquisas no âmbito local, onde o sistema necessita de soluções integradoras.

Dada a quantidade de mestrados profissionais que temos, atualmente em torno de 46% do total de PPGs, estamos dizendo claramente, que o tema da produção acadêmica a serviço do SUS é uma preocupação do campo – de suas instituições, seus pesquisadores e docentes. Isto está no nosso documento de área, no qual expressamos a obrigatoriedade desses mestrados em demonstrar a interface não só com os serviços, mas também com a atuação de seus estudantes, dos egressos e de sua produção, seja ela na forma de artigos científicos, protocolos, softwares, ou em outros produtos que gerem soluções para os problemas identificados nos serviços de saúde. O lado negativo é delegar essa tarefa unicamente ao mestrado profissional, eximindo os programas acadêmicos desse compromisso. Realmente, os programas acadêmicos devem ter algum nível de liberdade na produção do conhecimento que não precisa ser aplicado nem hoje nem amanhã, mas não quer dizer que um programa acadêmico pode ou deva se desvincular da Saúde Coletiva como um campo de práticas. Importante mesmo seriam os programas e suas linhas de pesquisas terem a capacidade de desenvolver produções com ambas as características, preferencialmente desenvolvidas pelas mesmas pesquisas, com produtos tanto científicos como técnicos que possam instrumentalizar mudanças no sistema de saúde.

ABRASCO: Outra inovação recente do SNPG são os programas interinstitucionais, mais conhecidos como Minter e Dinter. Qual a sua visão sobre essas experiências?

GW: Há boas experiências, mas acho que precisaríamos pensar e ter um sistema de avaliação específico. Não é querer burocratizar, mas em algum momento a gente deveria parar e discutir isso dentro da diretoria de avaliação. Mesmo internamente, o campo poderia formar uma comissão para avaliar as experiências realizadas até agora. Quais seriam os indicadores que precisaríamos construir? Pois você pode ter ido lá e qualificado os docentes, mas o que aconteceu com eles? A missão dos programas institucionais não termina na emissão do diploma.

ABRASCO: O fato de o novo diretor de avaliação da Capes, o professor Arlindo Philippi Jr., ser doutor em Saúde Pública favorece o campo da Saúde Coletiva?

GW: Ele é um homem muito ativo, cheio de ideias, mas ainda é muito pouco tempo para avaliar a gestão do professor Arlindo. O fato de ser um docente que ainda exerce atividades no Programa da FSP/USP e foi coordenador de área das Ciências Ambientais e da Interdisciplinar me faz esperar que ele tenha conhecimento e vivência próximas as da nossa área. Ele também chega numa época difícil em termos políticos e econômicos, com muitas restrições orçamentárias. Ele propôs a criação de dez grupos de trabalho compostos pelos coordenadores de área e os adjuntos para alimentar discussões e gerar soluções para o sistema de avaliação de PPG, o que pode ser bom. O perigo está sempre nos dois extremos: ou gerar critérios transversais a todas as áreas e que acabem não respeitando a diversidade de cada campo de conhecimento, ou o contrário, dar autonomia demais a cada área, com critérios tão diferentes que gerem um estranhamento e um sistema de avaliação amorfo. O que tem de existir é unidade na diversidade.

ABRASCO: Tudo o que falamos pode ser drasticamente mudado com a manutenção ou aprofundamento dos cortes das verbas da Agência, anunciado em julho. Como esse cenário econômico influencia a avaliação dos PPGs?

GW: Os cortes podem ter um impacto significativo e, apesar de ser linear, há programas que vão sentir mais, outros menos. Em termos de avaliação, uma preocupação dos coordenadores de área é avaliar o real impacto. Se a gente detectar alguma queda em publicações ou outros índices, vamos tentar entender. A gente fala de indicadores, mas a avaliação também tem um caráter qualitativo muito forte. Os números não podem ser vistos cruamente, têm de ser contextualizados e

quem tem de prover essa informação é o coordenador do programa. Se houver dificuldades motivadas pelo corte orçamentário, isto deve constar no relatório. Preocupo-me mais com o problema macro; saber quando voltaremos a ter os recursos que necessitamos. Aparentemente não haverá cortes em 2016, mas parece que não vai voltar a ser como era. Precisamos ir atrás de novas fontes de financiamento, pois hoje a solução não está na Capes.

ABRASCO: Entre tantos aspectos já conversados, quais desafios você destaca hoje como centrais à Saúde Coletiva?

GW: Em nossos fóruns e debates, a gente vai, volta e retorna ao tema da produção científica. Valorizar a produção científica está certo, pois expressa o ambiente de pesquisa e a capacidade de intervir na realidade. No entanto, sozinha, ela corresponde a 28% da avaliação. Então, quando conseguirmos desenvolver ótimos indicadores para aferir o trabalho discente, ótimos parâmetros para pensar o desempenho de professores e de pesquisadores, acho que naturalmente vamos equilibrar a avaliação e a produção científica não será vista como tão dominante. Temos de trabalhar nisso, a área tem alguma latitude de decisão. Ela não é total, tudo o que formos propor tem de ser avaliado pelo CTC, que pode até rejeitar, mas também pode aprovar e incorporar. Explorar novos indicadores e fortalecer nossa capacidade de avaliar os outros itens é uma forma de desmistificar a visão corrente da produção científica como o vetor central da avaliação.

Em curto prazo, para a avaliação que se avizinha daqui a um ano e meio, proponho que a gente faça as mudanças possíveis dentro do atual modelo

ABRASCO: Estamos às vésperas da 15ª CNS, tema deste primeiro número da Ensaios e Diálogos em Saúde Coletiva, tema da minha última pergunta. Qual contribuição a Pós-Graduação brasileira tem a oferecer na Conferência?

GW: A Pós-graduação em Saúde Coletiva não é outra coisa que não a própria Abrasco, instituição responsável pela estruturação do campo dentro do espaço acadêmico, da sociedade brasileira. A Abrasco estará na Conferência e, junto com seus associados, dará suas contribuições nos debates sobre o SUS à luz do crônico subfinanciamento, nas discussões sobre políticas de gestão e de recursos humanos - temas sobre os quais a pós-graduação se debruça o tempo todo. O nosso presidente, Gastão Wagner, é um docente permanente, professor titular do PPG da Unicamp, que a vida inteira fez suas pesquisas buscando contribuir para esse sistema. Ele é uma expressão significativa da PG brasileira, assim como somos todos nós, docentes e pesquisadores que estão militando na Saúde Coletiva e que têm o papel de pensar soluções para os problemas da saúde brasileira. Para sermos mais efetivos, a gente precisa conversar mais. Por isso, parabênizo a iniciativa da revista. Um espaço para ler e conhecer as ideias de nossos professores é mais do que bem-vindo.

PARA DEFENDER O **SUS E SUA INTEGRALIDADE:** DESAFIOS PARA A VIGILÂNCIA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

POR MARCELO FIRPO, JANDIRA MACIEL, LETÍCIA COELHO E FERNANDO CARNEIRO*



REVENDO A INTEGRALIDADE DO SUS: OS LIMITES DOS MODELOS ASSISTENCIAL E SANITARISTA

Este texto pretende discutir a importância estratégica da Vigilância e da Promoção da Saúde na política de saúde e como ação do Estado. Espera-se contribuir para o debate crítico da vigilância e da promoção da saúde na compreensão e defesa do SUS, no momento que antecede a realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde (15ª CNS), que possui como tema 'Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro'.

O documento orientador da 15ª CNS disponibilizado pelo Conselho Nacional de Saúde reafirma um conceito amplo de saúde pública com questões caras ao movimento pela Reforma Sanitária e à Saúde Coletiva: o direito de cidadania, em contraposição à mercantilização e privatização das políticas de atenção à saúde; a qualidade e transformação das práticas de saúde, visando à superação das desigualdades entre diferentes populações e regiões, assim como o combate ao racismo, ao sexismo e à intolerância; a humanização nos serviços de saúde de modo a atender as necessi-

dades dos usuários e ampliar o acesso; a valorização do trabalho multiprofissional e interdisciplinar; enfim, a saúde como direito fundamental do povo brasileiro, pilar estruturante da cidadania e do desenvolvimento da nação.

Diversos desafios colocados para a 15ª CNS continuam a reproduzir, em conjuntura distinta, os mesmos colocados pela Saúde Coletiva há mais de 30 anos em sua luta pelo SUS, contra as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde.

Desde então, as conjunturas políticas nunca foram plenamente favoráveis para avançar, de forma consistente, nas propostas de construir uma sociedade mais saudável, justa e democrática, ou seja, sem exploração dos trabalhadores e das trabalhadoras do campo e das cidades; que avance na reforma agrária e na agricultura familiar camponesa e agroecológica; que respeite os direitos das populações indígenas, quilombolas e de outros povos tradicionais; que não destrua nem mercantilize a natureza, a vida e os bens comuns; que garanta o direito ao trabalho digno e saudável, à educação, à moradia, ao saneamento básico, à alimentação saudável, à água e ao ar puro e sem poluição, à diversidade cultural, à liberdade, à capacidade de organização e de luta pelos direitos básicos.

Saúde é tudo isso, pois sem tais direitos e exercício de cidadania continuaremos fadados a ver os postos de saúde e hospitais repletos de pacientes, com uma assistência ineficaz e sem fim, em uma sociedade desigual e injusta que condena à doença e à morte trabalhadores e populações vulnerabilizadas das cidades, campos, florestas e águas.

Neste momento de agravamento da crise social, econômica e institucional, acreditamos ser estratégico ir além da defesa do SUS em sua dimensão assistencial e de crise financeira. Precisamos mais que nunca resgatar os princípios da saúde coletiva e do SUS, em especial o entendimento da determinação social do processo saúde-doença, da integralidade na atenção e a participação dos movimentos sociais e sindicais.

É necessário reafirmar que o papel do setor saúde precisa ser mais amplo que diagnosticar e tratar as doenças: trata-se de reconhecer e enfrentar as condições que levam as pessoas e trabalhadores/as a ficarem doentes e morrerem por causas injustas e evitáveis, moralmente inaceitáveis. Isso significa avançar no reconhecimento e na promoção das condições que levam uma sociedade e suas populações a se tornarem mais saudáveis, felizes e dignas, portadores de direitos e cidadãos plenos.

A REDUÇÃO DA MISÉRIA, DO DESEMPREGO E O AUMENTO DA MASSA SALARIAL DOS TRABALHADORES NÃO FORAM ACOMPANHADOS DE UM PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO COLETIVA, CONSCIENTIZAÇÃO POLÍTICA E ENGAJAMENTO NAS LUTAS EMANCIPATÓRIAS DE NOSSO TEMPO

Portanto, defender a saúde coletiva e o SUS implica em resgatar o papel estratégico da vigilância e promoção da saúde, em seu sentido emancipatório, de luta por direitos e contra as desigualdades sociais. Esse é um sentido importante de integralidade na defesa do SUS.

O conceito de integralidade não pode ser restrito à integralidade da assistência enquanto cuidado médico, individual, curativo. Essa é uma dimensão fundamental, mas insuficiente. Seu enfoque restrito reforça a reprodução do modelo médico assistencial privatista que, apesar de todos os avanços do SUS, continua tendo um papel hegemônico. Tal modelo centra-se na demanda espontânea ou induzida pela oferta de serviços de assistência ambulatorial e hospitalar de alto custo, prestada principalmente pela rede contratada e conveniada com o SUS, assim como os planos privados de saúde que possuem parte de seus lucros subsidiados pelo Estado e pela sociedade como um todo. A ideologia assistencialista curativa reforça a saúde não como direito ou como decorrente de um complexo processo de determinação social ou socioambiental, mas sim como lógica de mercado. A saúde é definida como consumo a recursos tecnológicos em escalas progressivas de acesso em função do “poder de compra” dos usuários, restando ao conjunto dos pobres ou mais vulneráveis uma assistência de menor qualidade (Luchese, 2013).

Portanto defender o SUS de qualidade é lutar contra a mercantilização da saúde, expresso na palavra de ordem do CEBES para a 15ª CNS: SAÚDE NÃO É NEGÓCIO NEM MERCADORIA, É DIREITO DE CIDADANIA! (CEBES, 2015)

Seguindo o debate colocado desde os anos 1990 sobre modelos assistenciais e vigilância da saúde (Teixeira, Paim e Vilasbôas, 1998), o conceito de integralidade do modelo sanitário clássico também não é suficiente. Ainda que ampliado para enfrentar necessidades e problemas de saúde específicos de certos grupos por meio de ações de caráter coletivo (campanhas sanitárias, programas especiais, ações clássicas de vigilância epidemiológica e sanitária), esse modelo possui graves limitações para atender as demandas da população por uma atenção integral, com qualidade, efetividade e equidade. Seu caráter burocrático, policaresco e voltado para regular conflitos decorrentes de inúmeras atividades econômicas com impactos sanitários tende a transformar as atividades das vigilâncias epidemiológica e sanitária em espaços fragmentados e tecnicistas, frequentemente fechados à parti-

VIVEMOS TEMPOS DE SUPEREXPLORAÇÃO DO TRABALHO E DE SUPEREXPLORAÇÃO DOS RECURSOS NATURAIS

cipação da comunidade e com poucas e isoladas conexões com processos emancipatórios de promoção e de luta pela saúde dos diversos grupos e movimentos sociais, incluindo os sindicatos de trabalhadores. Tais grupos e movimentos tendem a ser taxados de 'usuários' de forma homogeneizada e despolitizada, tratados como 'consumidores' de serviços de saúde numa lógica de mercado.

Obviamente, ambos os modelos, assistencial curativo e sanitarista, caminham de forma mais ou menos hegemônica de acordo com as dinâmicas de organização da sociedade e suas correlações de força que determinam práticas sociais e institucionais no campo da saúde. A tendência tecnicista e fechada de tais modelos favorece o poder das grandes corporações e a definição de normas restritas a certas dimensões econômicas e epidemiológicas sob a influência da lógica do mercado. Isso se expressa em conceitos hegemônicos como risco sanitário, definido por especialistas e processos decisórios pouco abertos à participação e ao debate público, e que tendem a rejeitar princípios fundamentais para uma vigilância da saúde ampla e democrática, como os princípios da precaução e da razoabilidade.

RESGATANDO AS PROPOSTAS DA VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM SEU SENTIDO EMANCIPATÓRIO E DE LUTA POR DIREITOS

Uma das inovações mais importantes do movimento pela reforma sanitária e a construção do SUS nos anos 80 e 90 foi à incorporação de uma concepção crítica e sistêmica de vigilância e promoção da saúde. A discussão mais avançada dos anos 90 centrou-se na proposta conceitual de vigilância da saúde (Teixeira, Paim e Vilasbôas, 1998). Nessa perspectiva o objeto de ação evolui de uma abordagem técnica da vigilância e controle de doenças transmissíveis, bem como da qualidade de produtos e serviços pontuais, para uma vigilância dos riscos, danos, necessidades sanitárias e determinantes do processo saúde/doença, cuidado e qualidade de vida, incluindo ações intersetoriais de promoção da saúde. Os componentes da vigilância e da

promoção passam a ser estratégicos para o SUS, em especial no tocante ao princípio da integralidade, na busca de superar os paradigmas biomédico, individualista, hospitalocêntrico e normativo dos modelos assistencialista e sanitário mencionados anteriormente.

A vigilância da saúde tem como um dos seus pilares a territorialidade. O território é o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de moradia, de acesso à educação, inseridos em contextos econômicos e produtivos, ecológicos e culturais. Portanto todo território possui dinâmicas, recursos, saberes, poderes e disputas que precisam ser reconhecidos pelos profissionais e sistemas de saúde. Isto influi nas concepções de saúde e doença, no quadro epidemiológico, na definição dos problemas, nas necessidades e prioridades de saúde, no reconhecimento e vigilância dos riscos ocupacionais, ambientais e sanitários como um todo, bem como nas potencialidades de políticas intersetoriais, de promoção da saúde que podem influenciar - para o bem ou para o mal - o desenvolvimento territorial, a vida e a saúde das populações e dos ecossistemas.

Não há neutralidade aqui: a Saúde Coletiva, a Vigilância e Promoção da Saúde, por sua própria concepção, assumem a primazia da vida e dos direitos fundamentais. E isso tem implicações do ponto de vista das bases científicas, dos modelos de gestão, da democratização dos processos decisórios, da inserção nos territórios, da relação com a sociedade civil e os movimentos sociais, dentre outros.

A concepção da Vigilância e Promoção da Saúde foi construída a partir de múltiplas matrizes: o pensamento latino-americano em epidemiologia social; a disseminação das propostas de promoção da saúde iniciadas nos anos 1970 no Canadá e desde então incorporadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e vários países; da abertura do conhecimento científico para as questões da complexidade, das abordagens sistêmicas e da interdisciplinaridade, bem como o forte compromisso com a justiça social e transformação das condições de vida e trabalho do

Movimento pela Reforma Sanitária, em articulação com movimentos sociais, incluindo tanto os sindicatos de trabalhadores como agendas advindas do feminismo, do ecologismo, da luta contra o racismo, de agricultores familiares que lutam pela reforma agrária e agroecologia, de movimentos de povos tradicionais e por justiça ambiental. Posteriormente a questão ambiental mais ampla, por sua crescente gravidade, passou a ser incorporada na agenda da Saúde Coletiva, da Abrasco, da vigilância e da promoção.

A proposta da Vigilância da Saúde avançou no plano acadêmico e continua uma importante referência na formação dos profissionais de saúde e mesmo no discurso de gestores no país. Certamente houve avanços importantes, embora restritos, em termos de concepções e formulação de políticas em algumas áreas mais recentes e inovadoras da saúde pública nos últimos 20 anos. Isso inclui o Sistema de Vigilância em Saúde do País em áreas como organização institucional, configuração dos sistemas de informação, investigação de surtos, capacidade de diagnóstico laboratorial e aumento da competência dos trabalhadores das áreas técnicas, principalmente no nível federal e em algumas secretarias estaduais e municipais de saúde.

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, os principais componentes das ações de vigilância incluem promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo-se constituir em espaço de articulação de conhecimentos e técnicas. Por consequência algumas áreas específicas encontram-se no SUS, por meio de políticas, programas e normas diversas. São elas: (1) a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; (2) a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis; (3) a vigilância da situação de saúde com diversas experiências em âmbito federal, estadual e municipal; (4) a vigilância ambiental em saúde em temas emergentes como a contaminação da água, solos e do ar, os desastres e os agrotóxicos; (5) a vigilância da saúde do trabalhador e o diálogo com movimentos sociais e sindicais na construção das conferências de saúde do trabalhador, dos centros de referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e agendas estratégicas; (6) a vigilância sanitária com iniciativas inovadoras no controle de agrotóxicos e inclusão produtiva para micro empreendedores e agricultores familiares; (7) a promoção da saúde com ênfase em ações voltadas para prevenção de fatores de risco como o tabagismo, o sedentarismo e

a má alimentação; (8) a gestão participativa e o diálogo com movimentos contra o racismo (Movimento Negro), LBGT, populações do campo, da floresta e das águas, quilombolas, indígenas, dentre outros.

Também são visíveis inúmeras experiências de gestão e práticas do SUS em estados e municípios propiciadas por contextos políticos e institucionais mais favoráveis. Contudo, a instabilidade dos gestores e das equipes decorrente dos jogos eleitorais e alianças políticas conservadoras impediram que avanços obtidos ganhassem mais consistência e sustentabilidade. Esses avanços também não têm se refletido numa maior percepção, na sociedade e mesmo entre os profissionais de saúde, de que a vigilância em saúde efetivamente esteja contribuindo para a diminuição das vulnerabilidades socioambientais, a redução dos riscos ou pelo menos para aumentar nossa capacidade de resposta a diversos problemas de saúde mais complexos e emergenciais (Sbroza e Porto, 2010).

DIVERSOS DESAFIOS COLOCADOS PARA A 15ª CNS CONTINUAM A REPRODUZIR, EM CONJUNTURA DISTINTA, OS MESMOS COLOCADOS PELA SAÚDE COLETIVA HÁ MAIS DE 30 ANOS EM SUA LUTA PELO SUS

Entre as fragilidades do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde podemos destacar: a precariedade das relações de trabalho, em todos os níveis, mas com efeito devastador nos municípios, que resulta em alta rotatividade dos profissionais; o subdimensionamento, tanto quantitativo quanto qualitativo das equipes de vigilância em saúde, ou seja, equipes pequenas para o atendimento às necessidades e demandas da população em dado território, acrescido de perfil profissional pouco diversificado em termos de qualificação; necessidade de maiores investimentos na formação e educação permanente dos profissionais; a grande limitação na utilização de métodos quantitativos e qualitativos adequados nas análises dos dados disponíveis; a dificuldade de produção de informações relevantes e oportunas; e a limitação de comunicação com a sociedade que efetivamente contribua para a promoção da saúde e o controle público no SUS.



Outra ordem de fragilidade é a fragmentação do campo das vigilâncias, que se reproduz tanto nas dimensões conceitual e organizacional como nas práticas nos diferentes níveis do sistema. Principalmente nos níveis municipal e local esta fragmentação é certamente inadequada e, com frequência, inviável, dado que, sistematicamente, as mesmas equipes, levam a cabo tarefas do conjunto das vigilâncias e da promoção. Pode-se dizer que a vigilância e a promoção da saúde ainda estão longe de ser efetivadas sistemicamente no SUS, com impactos mensuráveis (ou identificáveis) nos lugares e territórios onde as pessoas vivem, circulam e trabalham (Sabroza e Porto, 2010).

DETERMINAÇÃO SOCIAL, MODELO DE DESENVOLVIMENTO E CONFLITOS AMBIENTAIS

Novas e velhas questões relacionadas aos determinantes sociais da saúde são trazidas e atualizadas ao debate da vigilância e promoção da saúde, exigindo respostas institucionais das políticas de saúde e do SUS, tornando o sistema mais complexo, embora ainda fragmentado.

Tais questões compõem - ou deveriam compor - a agenda estratégica atual da vigilância e da promoção da saúde. Ela envolve inúmeros temas antigos ou emergentes com repercussões na saúde coletiva, tais como: a miséria, a fome e a pobreza; o saneamento em periferias urbanas, favelas e regiões rurais; a qualidade da água e a crise hídrica que crescentemente assola o país; as lutas por qualidade de vida nas cidades envolvendo direito à moradia, mobilidade, espaços públicos e lutas contra a poluição; os acidentes de trabalho graves com trabalhadores em setores perigosos como transporte, construção civil, agricultura e mineração, e o banimento de produtos perigosos como o amianto; os desastres tecno-

lógicos ou decorrentes de eventos climáticos como chuvas e secas, possivelmente relacionados às mudanças climáticas em andamento; as lutas contra a violência, o racismo, a discriminação étnica, o machismo e o sexismo; a intensa degradação ambiental e perda de biodiversidade decorrentes, em especial, da expansão de atividades como o agronegócio químico-dependente e seus monocultivos, a mineração, os grandes empreendimentos e projetos de infraestrutura; os conflitos por terra e a luta pela reforma agrária envolvendo agricultores familiares e camponeses, e a luta pela agroecologia e os alimentos saudáveis; a luta pela demarcação de terras indígenas, quilombolas e outros povos tradicionais; além das lutas dos sindicatos por melhores condições de trabalho e vida dentro do atual regime de acumulação flexível e globalizado do capitalismo, cuja precarização das relações e condições de trabalho tem resultado em epidemias de adoecimento físico e mental dos trabalhadores e trabalhadoras. Nesse contexto e com a deterioração das relações sociais, novas formas de violência social e interpessoal emergem.

Tal agenda múltipla traduz o que autores ecomarxistas destacam como as duas contradições fundamentais do capitalismo contemporâneo. A primeira, central no período inicial do capitalismo industrial até o início da segunda metade do século XX, relaciona-se com as condições de trabalho, tendo como principais protagonistas os trabalhadores expropriados da sua produção através de processos como a alienação, a mais-valia e modelos organizacionais atuais que flexibilizam, intensificam e fragilizam as relações de trabalho. Já a segunda, crescentemente mais relevante nas lutas emancipatórias contemporâneas, está associada às condições de produção, o que incluiria as problemáticas ambientais, de gênero, étnicas, dentre outras, tendo por protagonistas diversos coletivos contra-hegemônicos e organizados em torno de suas agendas de mudança social, como feministas, ambientalistas, povos tradicionais, agricultores familiares ligados à agroecologia, organizações de justiça ambiental, práticas de economia solidária, dentre outros (Porto & Schütz, 2012).

SAÚDE É NÃO TER EXPLORAÇÃO DE TRABALHADORES DO CAMPO E DAS CIDADES; É RESPEITO AOS DIREITOS DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS, QUILOMBOLAS E OUTROS POVOS TRADICIONAIS; É NÃO DESTRUIR NEM MERCANTILIZAR A NATUREZA, A VIDA E OS BENS COMUNS

Portanto, partimos dos seguintes pressupostos: 1) o modelo de desenvolvimento em curso no Brasil e no mundo contemporâneo do capitalismo globalizado é altamente danoso à saúde dos/as trabalhadores/as e das populações em geral; 2) sobre o processo saúde/doença dos/das trabalhadores/as, tal modelo age por meio das condições e das relações de trabalho, impactando, não apenas sobre o perfil de adoecimento e de morte, mas também sobre a própria construção da saúde, compreendida na sua dimensão subjetiva, emancipatória e libertadora; 3) sobre a saúde da população em geral, impacta seja pela contaminação dos ambientes (solo, ar, água e alimentos), seja pela desterritorialização das populações nas fronteiras de atividades como o agronegócio, a mineração e diversos grandes empreendimentos.

Vivemos, nestes primeiros anos do século 21, tempos de superexploração do trabalho e de superexploração dos recursos naturais, fenômenos estes que se justapõem, conformando diversos e diferentes modelos de produção brasileiros, a exemplo do agronegócio, da mineração, da indústria sidero-metalúrgica, da indústria química e petroquímica, dentre outras. Ou seja, estamos diante de uma dupla superexploração: a dos recursos naturais, viabilizadas no país pela flexibilização e violação de normas como o Código Florestal; pela intensa redução de biodiversidade, associada ao aumento de queimadas e desmatamento, provocando poluição e emissão de dióxido de carbono na atmosfera; e pela intensificação do uso de agrotóxicos pela agropecuária, com forte evidência de contaminação da água, do solo e dos alimentos. A segunda superexploração, a do trabalho pelo capital, ganha novos contornos em tempos de crise econômica e continuidade do ideário neoliberal. Isso se dá por meio da intensificação do trabalho, da

prolongação da jornada de trabalho e a expropriação de parte do trabalho necessário ao trabalhador para repor sua força de trabalho. Os impactos dessas formas de superexploração sobre o quadro sanitário e a morbimortalidade das populações permanecem, em grande parte, invisibilizados e externalizados, ou seja, não entram no cálculo privado da produção, mas provocam evidentes custos sociais. É estratégico para a sociedade, a saúde coletiva e o SUS que tais impactos e custos sejam conhecidos, avaliados e principalmente evitados (Delgado, 2010).

Santos, 2013, ao analisar o atual modelo de desenvolvimento, discorre como se estivéssemos vivendo um “fascismo desenvolvimentista”:

Se a voracidade de recursos naturais e de terra deste modelo de desenvolvimento continuar a influenciar os Estados e governos democráticos para, por um lado, fazer tábua rasa dos direitos de cidadania e humanos, incluindo dos que estão consagrados pelo direito internacional e, por outro, para reprimir brutal e impune todos aqueles que ousam resistir-lhe, é possível que estejamos ante uma nova forma de fascismo social, o fascismo desenvolvimentista. (Santos, 2013).

As contradições referidas anteriormente são especialmente intensas na América Latina em função de sua frágil inserção no comércio internacional capitalista globalizado, marcado pela produção de commodities agrícolas e minerais, além de infraestruturas que geram inúmeros conflitos socioambientais.

É certo que esse modelo de desenvolvimento propiciou, a partir da virada do século e puxado pelo crescimento chinês, a redução das dívidas externas e a ampliação de políticas sociais em vários países, em particular os mais progressistas eleitos na América do Sul. Isso se refletiu em vários programas e ações em questões estratégicas: combate à miséria, à fome e ao desemprego; investimentos em

PRECISAMOS RESGATAR OS PRINCÍPIOS DA SAÚDE COLETIVA E DO SUS, EM ESPECIAL O ENTENDIMENTO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA, DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO E A PARTICIPAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E SINDICAIS

educação, saúde e previdência social; políticas de apoio às populações do campo e da floresta, além de moradia e saneamento básico, dentre outras iniciativas.

No Brasil há que se destacar a política de combate à fome e à miséria, atrelada a programas e ações como o Bolsa Família, o Fome Zero e o fomento à produção de alimentos pela agricultura familiar pelos Ministérios do Desenvolvimento Social e da Reforma Agrária, com destaque para programas que avançaram como o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). A redução das desigualdades sociais, ainda que parcial, também se expressa na contínua redução do índice de Gini na virada do século XXI com tendência ao estacionamento desde 2011 (Leite & Salas, 2015).

Contudo, a redução da miséria, do desemprego e o aumento da massa salarial dos trabalhadores de diversos setores, principalmente urbanos, não foram acompanhados de um processo de organização coletiva, conscientização política e engajamento nas lutas emancipatórias de nosso tempo.

Pelo contrário, o modelo de desenvolvimento e o consumismo emergente das classes populares cresceram num contexto político e ideológico pautado pelas alianças do governo com setores econômicos e lógicas de mercado, com apoio parcial da mídia hegemônica, interessada no crescimento econômico e estratégias de acumulação. Tais alianças envolveram o agronegócio, a mineração, os bancos, a construção civil, as indústrias automobilísticas e de eletrodomésticos, o setor imobiliário, dentre outros, que propiciaram condições bastante frágeis e contraditórias de governabilidade e sustentação política. Em parte isso

também ocorreu por certo silenciamento da classe trabalhadora, setores sindicais e movimentos sociais interessados no crescimento econômico e com perda de autonomia política pela articulação com partidos de esquerda da base de sustentação do governo. A crise política e institucional atual decorre também dessa sombra que torna confusa a diferenciação entre grupos, partidos e setores da sociedade mais conservadores ou progressistas.

SOBRE A CONJUNTURA ATUAL E TENDÊNCIAS DE RETROCESSO

Como já dito, a conjuntura atual reforça a tendência histórica, colonial e dependente da região e do Brasil por meio de processos como o neoextrativismo e a reprimarização da economia, alavancados por setores econômicos como a mineração, o agronegócio, a produção de petróleo e a construção de grandes empreendimentos industriais e de infraestrutura, como os complexos portuários, rodovias, ferrovias e hidrovias, as barragens hidrelétricas e parques eólicos, transposições como a do rio São Francisco.

Nas cidades intensificam-se problemas relacionados à inserção das mesmas na rede capitalista global e financeira por meio de processos urbanísticos ditos modernizantes e eventos como as Olimpíadas e a Copa do mundo, puxados pela especulação imobiliária que intensifica remoções e expulsam trabalhadores para novas periferias. Tudo isso alavancado por forças políticas e econômicas conservadoras em alianças com partidos políticos e setores de governo em nome do progresso e do crescimento econômico.

Mais recentemente as condições internacionais (em especial a redução do crescimento da China, do mercado de commodities e das condições de acumulação e transferências de divisas de corporações transnacionais), regionais (pressão de organismos internacionais,



dos EUA e da mídia hegemônica) e nacionais (crise de crescimento nos mercados externo e doméstico, endividamento público, aumento da inflação, aumento do desemprego, redução de investimentos públicos e de programas sociais, e o acirramento da disputa política com partidos liberais) têm acirrado crises políticas e institucionais em andamento.

O quadro político institucional no momento é complexo e com tendência a vários retrocessos. O resultado contraditório do modelo de desenvolvimento econômico e da base para a governabilidade política no Brasil se reflete em diversas áreas. Por exemplo, na saúde com a criação de políticas públicas em tese afinadas com os princípios da saúde coletiva e do SUS, simultaneamente ao avanço crescente do sistema privado de saúde no país e dificuldades de financiamento do SUS. Este tem seus problemas propagandeados pela mídia hegemônica em função de falhas gerenciais e da corrupção do sistema público e dos partidos do governo. Além disso, ampliam-se as ameaças de flexibilização regulatória sob a égide do mercado, como a redução do papel da saúde e da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) na regulação de agrotóxicos.

Outro exemplo da contradição político-institucional encontra-se na agricultura. Convivem, de um lado, o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento representando principalmente o agronegócio, amplamente hegemônico em termos de verbas e subsídios; e o Ministério da Reforma Agrária (além do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome) com verbas bem menores para o apoio à agricultura familiar, camponesa e agroecológica.

Outra situação que reflete a conjuntura atual e os retrocessos em andamento diz res-

peito à atual composição conservadora do Congresso Nacional: as bancadas ruralista, da mineração e evangélica conservadora compõem, quando articuladas, maioria nas votações, apoiando projetos como a desregulamento dos agrotóxicos para casos de emergências fitossanitárias e a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 215 que subordina ao Congresso Nacional a demarcação de terras indígenas. Com as atuais regras eleitorais e a composição do Congresso torna-se extremamente difícil a construção de pautas e leis progressistas.

Nos últimos anos alguns setores da vigilância têm sido especialmente atingidos pelos interesses de setores econômicos poderosos, que sistematicamente atropelam necessidades e direitos fundamentais de saúde. Um exemplo relevante diz respeito ao setor do agronegócio e o uso intensivo de agrotóxicos. O Brasil atingiu, desde 2008, a infeliz marca de maior consumidor mundial de agrotóxicos, enquanto boa parte do mundo vem reduzindo o consumo total ou por hectare de área plantada, desenvolvendo e apoiando a produção agroecológica e orgânica de alimentos. Apesar disso, assistimos um quadro de negociação voltada à sustentabilidade política do governo que atinge o próprio Ministério da Saúde numa extensão possivelmente das maiores nos últimos anos.

Há, portanto, uma discussão de fundo a ser enfrentada atualmente para compreender o Estado na atual conjuntura política e econômica no Brasil, suas contradições, principalmente no quadro atual de crise e retrocessos diversos, e como manter posições autônomas que permitam tanto alianças estratégicas consequentes para barrar retrocessos em andamento, mas também assumir um papel crítico e autônomo da Saúde Coletiva em sua relação com o Estado, a sociedade e os movimentos sociais engajados em lutas emancipatórias.

Nesse sentido um grande desafio da saúde coletiva, do SUS, da vigilância e promoção da saúde é como incorporar, se posicionar e participar da articulação dessas diversas constelações de lutas emancipatórias que marcam nossas sociedades em crise. Avançar nos diálogos e convergências com os sujeitos coletivos dessas diversas lutas emancipatórias é uma tarefa central para a saúde coletiva contemporânea.

Essa postura é fundamental para que a vigilância e a promoção da saúde assumam um papel mais estratégico na transformação do modelo de desenvolvimento e na transição para outros paradigmas e estruturas de sociedade, de direito e conhecimento.

Nesse contexto, é fundamental que a discussão sobre vigilância e promoção da saúde dentro do SUS, e áreas como a Saúde do Trabalhador e Ambiental, a Vigilância Sanitária, a Promoção da Saúde, a Alimentação e Nutrição, a Educação Popular, dentre outras, sejam amplamente debatidas, incidindo não somente no Ministério, mas no Conselho de Saúde, na 15ª Conferência Nacional de Saúde, CONASS e CONASEMS, além de vários setores da sociedade.

Dentro da Abrasco essa pauta ampla e estratégica reforça o papel do chamado InterGTs (Grupos Temáticos) através de diálogos e convergências que apontem para uma agenda estratégica entre as várias áreas citadas da Saúde Coletiva na defesa da vida, da saúde e de um SUS que representem os anseios de uma sociedade saudável, justa, democrática e sustentável.

ALGUMAS PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTOS ESPECÍFICOS NA ATUAL CONJUNTURA:

A seguir listamos algumas sugestões de encaminhamentos que consideramos relevantes na atual conjuntura para o campo da saúde coletiva, em especial para a Vigilância e Promoção da Saúde, no contexto da 15ª Conferência Nacional de Saúde:

Avançar na articulação com movimentos da sociedade civil no sentido de garantir e avançar na defesa dos direitos fundamentais da vida, da saúde, da democracia, do trabalho digno e saudável e do ambiente ecologicamente equilibrado nas diversas lutas emancipatórias em curso. Por exemplo, com os movimentos de trabalhadores e trabalhadoras urbanos e rurais por melhores condições de vida e trabalho; das populações camponesas e agricultores familiares por uma reforma agrária popular e pela transição agroecológica, bem como trabalhadores e trabalhadoras engajados em empreendimentos de economia solidária; das populações indígenas e quilombolas pela demarcação de suas terras e contra medidas como a PEC 215; da população LBGT, movimentos feministas e negros na luta contra a violência decorrente de diversas discriminações, como o racismo, o machismo e o sexismo; das comunidades urbanas e rurais envolvidas em conflitos ambientais, processos de resistência e movimentos por justiça ambiental que lutam por terra, moradia, saneamento, contra a poluição; enfim, dos vários processos que implicam sujeitos coletivos e práticas emancipatórias de promoção da saúde que apontem para a construção de sociedades mais justas, solidárias e saudáveis.

Retomada da construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde (processo esse iniciado em 2013, sendo interrompido posteriormente), articulando e integrando todas as áreas da vigilância em saúde e, do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, incluindo a estruturação da carreira nacional de Vigilância em Saúde.

Pautar a posição da Abrasco sobre Vigilância em Saúde, incluindo as deliberações da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, na 15ª. CNS, bem como os avanços do 2º Simpósio Brasileiro de Saúde e Ambiente (2º SIBSA) e a efetiva construção de uma Política Nacional de Saúde Ambiental.

Dar sequência aos processos iniciados pelo 2º SIBSA através do que a Abrasco vem denominando SIBSA em Movimento, priorizando temas como a articulação com movimentos sociais, os agrotóxicos, os problemas relacionados à escassez e qualidade da água, os impactos dos grandes empreendimentos, bem como alternativas de produção da saúde como a produção de alimentos saudáveis através da agricultura camponesa e agroecológica.

Impedir retrocessos e dar continuidade aos avanços em termos das normas sanitárias relacionadas à produção de alimentos da agricultura familiar e camponesa para que seja menos uma barreira e mais um incentivo para viabilizar políticas públicas e programas como PNAE, PAA, PLANAPO e PRONARA. Deve-se garantir a continuidade da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 49/2013 da ANVISA voltado a discutir e propor medidas para contribuir, sensibilizar, humanizar e aperfeiçoar a atuação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, relacionadas com as atividades da economia solidária e os produtos da agricultura familiar.

Avançar na implementação de Políticas estratégicas já publicadas para a vigilância e promoção da saúde, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e Águas, das Águas, Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Informática e Informação em Saúde.

Dar continuidade à implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT), considerando a cen-

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Federal GM/MS Nº 1.823/2012, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Relatório da 4ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/index.html Acesso em 30 de outubro de 2015.
- Campos, C. E. A. (2003). O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(2): 569-584.
- CEBES (2015). Tese do CEBES para a 15ª Conferência Nacional de Saúde. In:
- Cruz, F. T. D. (2012). Produtores, consumidores e valorização de produtos tradicionais: um estudo sobre qualidade de alimentos a partir do caso do Queijo Serrano dos Campos de Cima da Serra-RS. Tese de doutorado em Desenvolvimento Rural, UFRS, Porto Alegre.
- De Seta MH, Silva JAA (2006). A gestão da vigilância sanitária. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO, organizadores. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 195-217.
- Delgado, G. C. (2010). Especialização primária como limite ao desenvolvimento. *Desenvolvimento em debate*, 1(2), 111-125.
- Leite, M. D. P., & Salas, C. (2015). Trabalho e desigualdades no Brasil: desafios e contradições do atual modelo de desenvolvimento. *IdeAs. Idéas d'Amériques*, (5). Ver: <http://ideas.revues.org/923>.
- Luchese, G. (2013). Discurso de abertura no VI SIMBRAVISA, Porto Alegre. <http://www.abrasco.org.br/site/2013/10/discurso-da-solenidade-de-abertura-do-vi-simbravisa/>
- O'Dwyer, G., Reis, D. C. D. S., & Silva, L. L. G. D. (2010). Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva* 15(Supl3): 3351-3360.

tralidade da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no processo de efetivação da PNSST. Isto significa que o MS, através da SVS e do Departamento de Saúde Ambiental e de Saúde do Trabalhador deve:

Continuar assumindo a competência do SUS em relação à Vigilância dos Ambientes e Processos de Trabalho, hoje sendo duramente atacada pela área do Trabalho, do atual Ministério do Trabalho e da Previdência Social e por alguns setores da Justiça, por suposta invasão de competência na ação do SUS na Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho. Isso implica em fortalecer a capacidade da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) para o desenvolvimento de ações de Visat em todo o país, ampliar a capacidade de regulação do SUS nos três âmbitos de gestão e dar visibilidade às experiências exitosas de estados, municípios e União.

Assumir como prioridades nacionais a vigilância dos acidentes de trabalho (grave, fatal e em crianças e adolescentes), as intoxicações exógenas, priorizando os agrotóxicos, os transtornos mentais relacionados com o trabalho e a saúde dos trabalhadores do campo, da floresta e das águas, sem descuidar do necessário apoio aos níveis loco - regionais considerando os perfis produtivos e epidemiológico de cada região de saúde.

Ampliar a capacidade de investimento em âmbito nacional e regional para atender às necessidades de formação e educação permanente das equipes técnicas e gerenciais para as ações de Visat.

Continuar investindo e melhorando a capacidade de produção e análise de infor-

mação de interesse à saúde do trabalhador, disponibilizando as informações em todos os âmbitos, de modo a propiciar adequadas análises de situação de saúde, a tomada de decisão qualificada e adoção de ações e intervenções em tempo oportuno.

Pautar a questão da terceirização e da precarização do trabalho no setor saúde, de modo a possibilitar desenvolver estratégias de gestão do trabalho adequadas e de viabilizar a criação de uma carreira da saúde.

Pautar a questão da terceirização, apontando a necessidade de luta contra a precarização do trabalho em todos os setores e ramos de atividade econômica, na defesa de condições de trabalho dignas, saudáveis, social e ambientalmente sustentáveis em todo o país. Para tal, é importante que a saúde traga sua contribuição e dê visibilidades aos impactos negativos dessa prática na saúde dos trabalhadores e nas condições gerais de vida da população.

Repudiar a Portaria nº 1.287, de 30 de setembro de 2015, publicada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (TEM), que ao instituir, no âmbito do MTE, a Comissão Especial para Debater o Uso do Amianto Brasil, sob o prisma do uso seguro (grifo nosso), age de forma unilateral, desrespeitosa e irresponsável, desconsiderando todo um longo e árduo processo de lutas e de avanços rumo ao banimento do uso do amianto no Brasil. Assumir a ação política de banimento do amianto, como ação de proteção e promoção da saúde das populações expostas.

**Marcelo Firpo e Fernando Carneiro são do GT de Saúde e Ambiente da Abrasco*

Jandira Maciel e Letícia Coelho são do GT de Saúde do Trabalhador da Abrasco

PAIM, J. S. (1994). A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: *Epidemiologia & Saúde* (M. Z. Rouquayrol, org.), pp. 455-466, Rio de Janeiro: MEDSI.

Pinheiro R, Mattos RA (2006). Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco; p. 11-26.

Porto, M. F., Rocha, D. F., & Finamore, R. (2014). Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 19(10): 4071-4080.

Porto, M. F., & Schütz, G. E. (2012). Gestão ambiental e democracia: análise crítica, cenários e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(6): 1447-1456.

Sabroza, P.; Porto, M.F. (2010). Uma proposta de capacitação em vigilância das condições de vida e saúde para o SUS de base local e territorial: Oportunidades e Desafios. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

Santos, B S. (2011). A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. In *Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática* (Vol. 1). São Paulo: Editora Cortez.

Santos, B.S. (2013). *Direitos humanos, democracia e desenvolvimento*. São Paulo: Cortez.

Teixeira CF, Costa EA (2008). Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. In: Costa EA, organizador. *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUFBA; p. 149-164.

Teixeira CF, Paim JS & Vilasbôas AL 1998. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS* 7 (2): 7-28.

Teixeira, C. F. (2002). Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública* 18 (supl): S153-S162.

ESPECIAL CAPA



O SUS E A 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

35

ESTRATÉGIAS PARA CONSOLIDAÇÃO DO SUS E DO DIREITO À SAÚDE

40

O SUS CADA VEZ MAIS VIVO!

43

QUEM SÃO OS DONOS DO SUS?

45

A MARCA INVISÍVEL DO SUS

ESTRATÉGIAS PARA CONSOLIDAÇÃO DO SUS E DO DIREITO À SAÚDE

POR GASTÃO WAGNER

I - PROJETO E FRENTE POLÍTICA EM DEFESA DO SUS

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) depende da constituição de um Bloco Político capaz de renovar e de dar continuidade aos movimentos sociais em defesa da vida.

A incorporação das diretrizes do SUS à Constituição de 1988 possibilitou o desenvolvimento de uma nova política de saúde no Brasil. Esta mudança foi inspirada nas experiências dos sistemas universais e públicos de saúde. Estes sistemas foram parte fundamental de reformas sociais implementadas, ao longo do século 20, em vários países, objetivando o estado de bem-estar. Tanto a inscrição na Constituição do direito universal à saúde, quanto o início da implementação do SUS deveram-se a uma conjugação favorável de fatores de ordem política. Dentro da luta pela democratização e contra a ditadura militar ao longo dos anos setenta e oitenta, organizou-se também um influente movimento sanitário que adotou o SUS como sua estratégia mais geral.

Entretanto, ao longo dos anos noventa e da primeira década do terceiro milênio, a progressiva implementação do SUS dependeu basicamente de ações internas às instituições. Mudanças por dentro do aparelho de Estado, um Estado ampliado é importante reconhecer, já que a criação de arranjos de controle social e de gestão participativa trouxeram para o interior das organizações públicas a disputa entre diversos projetos, entre diferentes interesses e múltiplos atores sociais. É importante reconhecer que nesta dinâmica participativa os partidos políticos, governantes, setores da burocracia e intelectuais tiveram maior influência do que a representação da sociedade civil ou dos usuários, em particular.

Porém, não se deve subestimar a importância de movimentos sociais específicos da área da saúde na implementação do SUS, pois graças a eles tornou-se possível que novas políticas e novos programas fossem efetivados. Este foi o caso da reforma psiquiátrica, do movimento pró-humanização, de luta contra

a AIDS, a favor da Estratégia de Saúde da Família e pela Educação em Saúde, entre outros. Este ciclo de lutas produziu mudanças na cultura e na prática do SUS, gestando-se novos valores e conceitos sobre maneiras para se assegurar o direito à saúde. Em geral, estes movimentos aglutinaram profissionais com visão crítica e camadas populares diretamente interessadas no enfrentamento de alguns problemas de saúde. Estes movimentos encontraram apoio em distintas entidades, associações acadêmicas e políticas, como Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), entre outras, e lograram influenciar políticas e modos de atuação em municípios, reformas locais que produziram “efeito demonstração” e pressão para que Secretarias de Estados e o Ministério da Saúde as adotassem como estratégias para todo o SUS.

Muito se tem conseguido por meio dessa dinâmica política, no entanto, ela não foi forte o suficiente para superar o financiamento insuficiente do SUS, para dar prosseguimento à reforma do modelo de gestão e ainda assegurar atendimento integral ao conjunto dos brasileiros. Apesar desta reforma parcial, hoje, há um SUS “realmente existente”, com imensos problemas de acesso e de efetividade em seu funcionamento, mas, que também constituiu uma rede de serviços necessária e indispensável para a maioria dos brasileiros. Apesar do contexto político e econômico pouco favorável às políticas públicas em geral, a própria existência do SUS é um poderoso elemento a ser considerado para sua própria defesa. O desmonte do SUS produziria a barbárie sanitária, havendo, portanto, grande potencial de armar-se resistência popular contra eventuais retrocessos e contrarreformas.

Setores da elite dominante têm insistido em argumentos sobre o ‘anacronismo’ do SUS. Apontam como solução a racionalidade do mercado, tanto a compra de serviços ao setor privado, quanto a privatização ou mercantilização do pedaço público do SUS. Este ensaio defende o oposto, aposta na reformulação do modelo público de gestão e não na expansão de cobertura pelo setor privado.

APESAR DO CONTEXTO POLÍTICO E ECONÔMICO POUCO FAVORÁVEL ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS EM GERAL, A PRÓPRIA EXISTÊNCIA DO SUS É UM PODEROSO ELEMENTO A SER CONSIDERADO PARA SUA PRÓPRIA DEFESA

A defesa do SUS depende da constituição de uma Frente Política com um projeto que aponte mudanças em três direções:

- Garantir financiamento adequado para o SUS e para outras políticas públicas;
- Realizar ampla reforma do modelo de gestão pública, avançando no sentido de torná-la republicana e democrática;
- Consolidar e estender modelo de atenção inspirado na tradição consolidada dos sistemas nacionais e públicos de saúde.

II - APONTAMENTOS SOBRE A LUTA PELO FINANCIAMENTO DO SUS E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A luta por maior orçamento para o SUS precisa estar imediatamente articulada com a destinação destes novos recursos. Precisa realizar-se dentro de um Projeto, de um Plano, que indique prioridades para aplicação do orçamento público. O modelo de financiamento precisa ser discutido junto com o modelo de atenção.

O discurso centralmente financeiro e vazado em jargão técnico é necessário e fundamental para viabilizar novos Projetos de Lei, novas normas e para a definição de um novo padrão de utilização do orçamento público. Entretanto esta modalidade de argumentação não tem conseguido sensibilizar a opinião pública. Alterar este discurso exigirá um esforço das direções do movimento, de intelectuais, de associações de profissionais e de usuários para relacionar problemas de saúde com estratégias para enfrentá-los, bem como ligar corte de recursos com danos à saúde.

Grande parte do esforço dos defensores do SUS para superar o subfinanciamento tem se concentrado na busca por novas fontes de receita. Parece-me que seria igualmente relevante discutirmos o padrão de uso do orçamento público. Estima-se que nos últimos cinco anos o denominado 'desenvolvimentismo', por meio de isenções fiscais, repasses direto do orçamento público e financiamentos subsidiados para o grande capital tenha gastado (perdido?) 550 bilhões de reais. Montante maior do que aquele investido pela União no SUS durante o mesmo período. Estima-se que o Brasil tenha gasto 7% do produto interno bruto (PIB) com o rentismo, juros da dívida interna. Note-se que este valor é retirado do orçamento público. O SUS tem recebido apenas 3,7% do PIB. Além do mais, há as isenções de imposto de renda para gastos privados em saúde, educação, que poderiam ser revogadas e o montante de recursos destinados ao SUS. O sistema de saúde privado, custeado pelo orçamento, para parlamentares, deveria ser revogado também. Aprovar leis e normas proibindo o uso do orçamento público para pagamentos de seguros privados. Talvez estender esta proibição para estatais e outras organizações públicas. Quanto às novas fontes seria interessante lutar para que fossem provenientes de formas progressivas de arrecadação de impostos. Formas centradas na renda e não no consumo de mercadorias, em produtos industriais e de serviços.

Em resumo, a sociedade precisa ser convencida de que vale a pena investir 8% do PIB no SUS.

III - AMPLA E RADICAL REFORMA DO MODELO DE GESTÃO E DE ORGANIZAÇÃO DO SUS

Produziu-se um descrédito sobre a gestão pública. Segundo esta versão conservadora os sistemas públicos seriam ineficientes, improdutivos e ineficazes. Essa argumentação é ideológica, baseada em valores originários do credo liberal, e busca veracidade ao apontar faltas e falhas do SUS, as quais, supostamente, seriam inerentes a qualquer organização pública. Ocultam que boa parcela destes problemas de funcionamento decorre do financiamento insuficiente, da péssima política e gestão de pessoal, da debilidade do planejamento e de um padrão de gestão do Estado brasileiro comprometido pelo patrimonialismo e clientelismo.

O movimento sanitário precisa assumir abertamente a defesa do SUS como espaço público, e realizar esta defesa com base em valores - o direito a saúde, busca da equidade e da solidariedade -, mas também em evidências concretas que atestem a efetividade do sistema público universal. Opor-se à privatização da gestão e de serviços públicos apontando as deficiências e o alto custo da rede privatizada e regida pela lógica de mercado. O SUS é mais eficiente e mais efetivo do que a Saúde Suplementar, do que outros sistemas ordenados pela competição do mercado. O setor privado brasileiro, em 2014, para atender 25% da população, despendeu 54% do gasto total em saúde no país.

O SUS, para atender aos 75% que não possuem planos ou seguros privados (com uma oferta de serviços bem mais ampla - medicamentos gratuitos, insulina, vacinas, cuidado multiprofissional e não somente médico, etc), utilizou apenas 46% do gasto total em saúde. Realizar cobertura universal, ou mesmo ampliá-la, com planos privados subsidiados pelo orçamento público é inviável economicamente. Somente para incluir mais 25% da população no setor privado seria necessário todo o volume de recursos atualmente utilizado no SUS. Ou seja, esta possibilidade não é aconselhável tanto porque reduziria a oferta a uma parcela pequena da população, e isto a alto custo, várias vezes superior ao do SUS, mas também pelo comprometimento da qualidade e efetividade. O maior custo do setor privado resulta, em grande medida, da medicalização e efeitos iatrogênicos endêmicos existentes em todos os 'sistemas' organizados com base na racionalidade do mercado.

Devemos comparar a atenção ao diabético, às pessoas com problemas de saúde mental ou câncer, no setor privado e no SUS. Comparar gastos e, principalmente, os resultados para a saúde da população. Diversos estudos recentes têm comparado custos e resultados do *National Health Service* (NHS) do Reino Unido com o sistema dos Estados Unidos, apontando ampla vantagem para a política de saúde da Europa.

As grandes inovações organizacionais e em gestão na saúde vêm sendo desenvolvidas e experimentadas nos sistemas públicos de saúde. Foi na área pública que se inventou e experimentou a Atenção Primária, o acesso racional e regulado aos especialistas, exames diagnóstico, fármacos e serviços de alta complexidade.

Foram os sistemas públicos que lograram integrar clínica e saúde pública, assistência e promoção à saúde. São nos sistemas públicos onde se vêm desenvolvendo o cuidado interprofissional, o trabalho em equipes, o apoio matricial e valorização do vínculo e responsabilidade com os usuários.

As mudanças do modelo de gestão deverão objetivar superar o emperramento, burocratização e patrimonialismo, bem como resolver a grande fragmentação existente no SUS, dificultando o planejamento e governo adequado dos serviços de saúde.

A fragmentação do SUS se manifesta em três dimensões. A primeira é a existência simultânea de diferentes políticas, programas e prioridades entre governos federal, estaduais e municipais. A gestão concreta da rede do SUS é dividida em pedaços, um comandado pelos Estados (média e alta complexidade, hospitais, ambulatorios, urgência e o grosso da Vigilância) e outro pelos municípios (em geral, atenção básica, urgência das Unidades de Pronto Atendimento e algo de Vigilância). Em todas as regiões de saúde do país há pelo menos duas redes que pouco se integram e, muitas vezes, funcionam de maneira competitiva pelas divergências e disputas políticas.

PRECISAMOS REALIZAR
UMA 'REFORMA DA
REFORMA' OBJETIVANDO
A CRIAÇÃO DE UM
MODELO DE GESTÃO
QUE SUPERE ESTE
GRAU NEFASTO DE
FRAGMENTAÇÃO
E QUE ASSEGURE
A PROGRESSIVA
INTEGRAÇÃO DO SUS

O Ministério da Saúde, por sua vez, controla grande parte do financiamento e o utiliza mediante a estratégia do planejamento por indução financeira, os Estados e Municípios somente receberão grande parte dos recursos se adotarem os modelos de atenção normatizados pelo governo federal. O Ministério da Saúde atua diretamente na Vigilância em Saúde, fazendo isto de maneira fragmentada, parte pela Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) e outro pela Secretaria de Vigilância em Saúde. A gestão colegiada bipartite – nos estados e nas regiões de Saúde – e a tripartite nacional, lutam para integrar esta Torre de Babel, constituindo-se em uma iniciativa criativa e inovadora, necessária, mas não suficiente para assegurar governança integrada do SUS.

A segunda dimensão da fragmentação do SUS se refere à grande dependência do sistema privado, particularmente séria na área hospitalar, o que gerou um imenso e antiquado sistema de compra de serviços mediante contratos e convênios. Até hoje não se logrou regular e articular ao SUS essa imensa rede de hospitais privados e filantrópicos. Observe-se que o mesmo tipo de relação vem se dando com Hospitais Universitários, mesmo quando sejam públicos, de Universidades Federais e Estaduais.

Esta fragmentação se agravou ainda mais depois da aprovação da Lei das Organizações Sociais (OS), que vem produzindo terceirização da gestão e de prestação de cuidado de pedaços da rede pública. Os contratos de gestão não têm dado conta da governança e da integração destas partes ao sistema público.

Um terceiro plano de desintegração e de fragmentação se refere a desarticulação entre hospitais, atenção básica, urgência, Vigilância, etc. Isto vem ocorrendo pela maneira com o que o SUS vem sendo implementado e gerido, não assentado em redes regionais com governabilidade sobre todas as modalidades de serviços, mas, por meio de programas verticais ou de redes temáticas. Em consequência, as redes do SUS são paralelas e com baixa articulação horizontal. Vem se constituindo a rede da estratégia de saúde da família, a rede hospitalar, do DST/AIDS, Saúde Mental, etc.

Apesar da denominação de Sistema Único, o SUS está longe de funcionar de maneira

integrada e articulada. Esta característica tem impedido a constituição de política e de ações unificadas em relação a várias iniciativas fundamentais para a consolidação do sistema, como a construção de um Sistema de Informação Único e a definição de uma política de pessoal unificada.

Precisamos realizar uma ‘reforma da reforma’ objetivando a criação de um modelo de gestão que supere este grau nefasto de fragmentação e que assegure a progressiva integração do SUS em todos os três planos apresentados. Caminhar para uma situação em que seja possível responder questões com uma resposta única: - De quem é este hospital? - do SUS. Quem é responsável pelo combate a esta epidemia? - o SUS. Estas equipes trabalham para o município, para o Estado ou para o Ministério da Saúde? - trabalham para o SUS. Este serviço está sob a gestão de quem? Do Estado, do município, de uma OS? - a gestão deste serviço e de toda a rede é responsabilidade do SUS, do SUS Brasil, o nosso SUS.

Ousemos pensar caminhos, passos, possíveis e necessários para este processo progressivo de unificação e de integração da gestão e do funcionamento do SUS.

Uma possibilidade seria a constituição de um organismo tripartite – de todos os municípios, de todos os estados e da União – denominado de SUS Brasil. Pensei numa autarquia interfederativa, com estatuto especial, que incorpore a tradição do SUS, tudo aquilo previsto na Constituição e nas Leis Orgânicas, mas, que se acrescentem novas diretivas reveladas pela experiência dos vinte e cinco anos de funcionamento do SUS.

Uso o apelido de ‘SUS Brasil’ para este organismo unificado. O SUS Brasil teria como célula as regiões de saúde, articuladas e integradas pelos municípios, Secretarias Estaduais e pelo Ministério da Saúde. O SUS Brasil deveria ser uma organização com gestão compartilhada e participativa, com instâncias de deliberação previstas, já existentes, Conferências e Conselhos, acrescentando-se ainda a novidade das Regiões de Saúde, que deveriam ser comandadas não somente por um Colegiado Regional - composto pelos municípios e pelo estado respectivo, mas também por Conselhos Regionais de Saúde, com a mesma regulamentação dos demais conselhos

de saúde. Cada região deveria ter um Secretário Regional de Saúde, indicado pelos municípios em consenso com o estado.

Será necessário que uma parte importante do orçamento unificado do SUS Brasil seja planejado e executado nas regiões de saúde, mediante identificação das carências e necessidades singulares de cada território. É óbvio que o planejamento nacional, realizado de maneira tripartite, precisará definir prioridades de aplicação de recursos em âmbito nacional e estadual, reservando, com critérios de equidade, parte do financiamento para planejamento descentralizado.

Não se trata de federalização do SUS. Ao contrário, trata-se de criar uma rede integrada de serviços e com comando único em cada região. O comando seria tripartite e com controle social, sempre.

Para atenuar a influência política partidária no SUS Brasil seria fundamental limitar o âmbito e a extensão dos cargos de livre provimento, ou de confiança, no SUS. Os servidores da saúde seriam contratados mediante concurso público e ingressariam em carreiras do SUS Brasil. Além disso, seria fundamental definirem-se regras republicanas para provimento de cargos de chefia de serviços e de programas de saúde. Uma alternativa é a realização de concursos internos entre servidores do SUS Brasil para preenchimento destas funções, com bancas especializadas conforme tema e mandado definido. O livre provimento ficaria restrito aos cargos de secretário, ministro e assessoria direta.

A política e gestão de pessoal poderia se constituir em um primeiro exercício de unificação do SUS. Poder-se-ia criar carreiras para o SUS Brasil, com profissionais sob a gestão das regiões de saúde, dos municípios, estados e do Ministério, ainda quando todos fossem da mesma carreira do SUS Brasil. Constituir-se-ia um Fundo Tripartite de Recurso, mediante acordo prévio, em que a União, os estados e os municípios, todos se responsabilizariam pela política e pela gestão de pessoal. Os concursos poderiam ter âmbito estadual, com possibilidade de mobilidade dentro da rede do SUS e possibilidade de progressão funcional com base em mérito e desenvolvimento profissional.

Imagino que o SUS Brasil poderia propor carreiras temáticas interprofissionais. Carrei-

ra para a Atenção Básica, para a Média e Alta complexidade (hospitais, ambulatórios, CAPS, etc), para a Vigilância em Saúde, para o Apoio Administrativo e Financeiro, para Urgência. Os direitos de cada profissão seriam considerados matricialmente em todas estas carreiras temáticas.

Os atuais servidores públicos, de todas os entes da federação, poderiam escolher migrar para estas novas carreiras ou permanecerem com seus vínculos originais como carreiras em extinção, todo ingresso novo seria por concursos para alguma destas áreas temáticas.

A constituição do SUS Brasil dependerá de estudo e de investigação para aperfeiçoamento dos procedimentos e normas tradicionais da gestão pública. Desde o fim da ditadura pouco se investiu na modernização, democratização e humanização da gestão pública. Com a justificativa de se combater a corrupção, se instituiu uma série de normas e regras que dificultam ao extremo a gestão da rede de saúde. O desafio seria como assegurar integridade, transparência e, ao mesmo tempo, instituírem-se mecanismos centrados no cumprimento do objetivo primário da saúde e dando conta da complexidade em se lidar com pessoal, com equipamentos, insumos e com os próprios serviços de saúde. A resposta conservadora para a resolução deste paradoxo tem sido a ladainha da 'privatização'. O SUS Brasil não deverá terceirizar a gestão e a prestação de cuidados em saúde, ou seja, todas as Fundações Privadas e Organizações Sociais deverão ser progressivamente extintas e incorporadas à rede pública do SUS Brasil.

IV- AMPLIAÇÃO DA COBERTURA E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO NO SUS

É fundamental dar visibilidade também aos problemas de funcionamento do SUS. Advogo a elaboração de um Mapa de Carências do SUS. Um relatório, versado em linguagem acessível à maioria da sociedade, que identifique necessidades de saúde negligenciadas e aponte meios para enfrentá-las. Diagnóstico das filas e das prioridades de intervenções coletivas e intersetoriais, buscando articulá-las ao uso do orçamento público do SUS Brasil - composto por recursos federais, dos estados e municípios -, bem como à definição de novas fontes.

Vale a pena destacar a prioridade da luta por garantir acesso com qualidade à Atenção Básica - Estratégia de Saúde da Família - para 90% de nossa população. O avanço da atenção básica não somente viabilizará a universalidade, como imprimirá maior racionalidade no uso de medicamentos e serviços especializados.

Entre os problemas coletivos do povo, é importante ressaltar o tema da violência em seus múltiplos semblantes, bem com a urgência em se comporem estratégias, para além da saúde, como enfrentamento. O tema das drogas e do crime organizado, do machismo, do preconceito contra a loucura e as deficiências, do racismo, da precariedade do transporte público são produtores e produtos da violência. Outra prioridade é o tema ambiental e climático, crise provocada pelo uso predatório e privado dos recursos naturais e do trabalho humano.

Precisamos abrir, com generosidade, discussões sobre as prioridades em saúde e sobre os modos de enfrentá-las.

O SUS CADA VEZ MAIS VIVO!

POR NELSON SANTOS*

Os congressos do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA), Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) e demais entidades do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), assim como os Conselhos e Conferências de Saúde e o dedicado e incansável atendimento da população pelos trabalhadores de saúde e gestores, crescem em quantidade e qualidade. Porém, ainda contra-hegemônicos e sem a força social e política capaz de rumar ao modelo assistencial constitucional.

A penúria do SUS continua absurda, mas esgotou-se a capacidade das justas lutas até agora efetuadas somente por mais recursos e contra a privatização. Certamente a mobilização da população com força política necessária para mais recursos, deva ser acrescida de um salto ao nível regional: ampliando e popularizando a consciência da atenção integral à saúde, do direito humano a ela, da sua viabilização ao nível regional e do 'nivelamento por cima' dos sistemas municipais de saúde de todos os municípios da Região de Saúde.

As entidades dos usuários representadas nos Conselhos Municipais de Saúde em cada região e no Conselho Estadual, junto às entidades dos trabalhadores de saúde e representação dos gestores, seriam decisivas na ampliação desse debate mobilizador que deveria se estender às comissões de saúde das Câmaras Municipais, das Assembleias Legislativas e às entidades de prefeitos. Sem dúvida, a 'militância SUS' tem experiência acumulada sobrando para mais essa empreitada, e fica no ar seu debate e sua definição acerca desse possível desafio.



Proposta para repasses federais parcelados adicionais para projetos regionais de efetivação da diretriz constitucional da hierarquização/regionalização

1 - É fácil reconhecer os avanços incontestáveis de inclusão social nos serviços públicos de saúde começando pela Atenção Básica (AB), porém é também fácil reconhecer a grande insuficiência e distorções do modelo constitucional com base no drástico subfinanciamento federal e simultânea substituição da capacidade pública na prestação de serviços de saúde pela privada (no interior do SUS e no mercado de planos privados fortemente subsidiados). Nos itens a seguir intenciono contribuir para a efetivação de quatro avanços interdependentes no SUS: a) vincular recursos federais adicionais parcelados, além do mínimo constitucional, ao cumprimento de metas e resultados pactuados no desenvolvimento de projetos regionais interfederativos; b) implementar a efetivação do modelo 'SUS' implementando a diretriz constitucional da Hierarquização/Regionalização; c) além do grave subfinanciamento, superar mais duas dificuldades iniciais, que ao longo dos 25 anos do SUS tornaram-se graves obstáculos para a gestão do modelo constitucional: o centralismo normativo federal e a pulverização de projetos municipais; e d) manter o pleito dos 10% da receitas correntes brutas da União (RCB) para o SUS para ser realizado parceladamente com a efetivação dos avanços aqui postos.

A PENÚRIA DO SUS CONTINUA ABSURDA, MAS ESGOTOU-SE A CAPACIDADE DAS JUSTAS LUTAS ATÉ AGORA EFETUADAS SOMENTE POR MAIS RECURSOS E CONTRA A PRIVATIZAÇÃO

2 - Cabe à Comissão Intergestores Tripartite do Conselho Nacional de Saúde (CIT/CNS), às Comissões Intergestores Bipartites dos Conselhos Estaduais de Saúde (CIBs/CEs) e às Comissões Intergestores Regionais dos Conselhos Municipais de Saúde (CIRs/CMSs) - as diretrizes para formulação dos projetos regionais do SUS em cada uma das mais de 400 Regiões de Saúde previstas. Com destaque aos objetivos e metas: a) finalísticas (cobertura, acesso, qualidade, resolutividade, relação demanda espontânea-busca ativa, cálculo de custos, relação custo-efetividade, satisfação da população), com o objetivo da AB realizar a cobertura universal incluindo os trabalhadores sindicalizados e as classes médias, com fácil acesso e qualidade, resolutividade acima de 80%, com o necessário suporte de serviços mais complexos e com a adesão da população, e b) meio (capacidade instalada, condições de trabalho de qualidade, gestão pública de pessoal de saúde visando seu ingresso, carreira, adesão e fixação perante a população adscrita e provimento das funções de direção com profissionais de carreira).

3 - As diretrizes nacionais, estaduais e regionais para cálculo de custos e relação custo-efetividade devem considerar a diversidade estadual e regional com o objetivo de equalizar a adesão e fixação dos profissionais e equipes de saúde junto à população para a prestação de serviços integrais segundo as necessidades e direitos da população. A história negativa do centralismo e burocratismo federal em país continental diversificado, desaconselha a carreira e gestão federal ou nacional, mas aconselha a pactuação e legalização de diretrizes nacionais e estaduais decorrentes, claras e precisas, debatidas nas comissões intergestores e conselhos de saúde, visando carreiras públicas regionais ou regionais e municipais. Essas diretrizes deverão contemplar a diversidade regional visando a equalização inter-regional da adesão e fixação dos profissionais.

4 - O disposto na Lei 141/2012 em relação ao planejamento e orçamentação ascendente deve ser rigorosamente cumprido: a partir das realidades socioeconômica, demográfica, epidemiológica e cultural em cada região, devem ser definidos os planos municipal, regional e estadual, com metas e custos cujas prioridades e etapas devem ser debatidas e aprovadas nos conselhos de saúde. O plano regional deve contemplar a equidade inter-municipal (“nivelando os municípios por cima”), assim como o plano estadual deve contemplar a equidade inter-regional. Daí a relevância do rateio equitativo dos repasses aos estados e municípios.

5 - A efetivação da oferta de serviços de saúde com qualidade e resultados comprovados em cada projeto regional deverá ser assegurada pelos recursos federais adicionais mediante comprovação técnica e social (indicadores meio e fim e transparência para a opinião pública). A grande, e muitas vezes, profunda diversidade entre as realidades estaduais e regionais no território nacional, fatalmente levará a sensível diferenciação nos cronogramas e estratégias de implementação da Hierarquização/Regionalização nas mais de 400 Regiões de Saúde e respectivos cronogramas de repasses de recursos adicionais parcelados, o que exigirá do governo federal e da CIT/CNS seguir rigorosamente as pactuações interfederativas, não se tornando reféns das duas pressões aparentemente polares: a) recurso adicional abaixo da capacidade de, por etapas, mudar estruturalmente o modelo assistencial, reproduzindo-o, e b) recurso adicional pressionado por acertos fisiológicos e/ou partidários do presidencialismo de coalizão e por isso perpetuando as atuais distorções.

É FÁCIL RECONHECER A GRANDE INSUFICIÊNCIA E DISTORÇÕES DO MODELO CONSTITUCIONAL COM BASE NO DRÁSTICO SUBFINANCIAMENTO FEDERAL E SIMULTÂNEA SUBSTITUIÇÃO DA CAPACIDADE PÚBLICA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELA PRIVADA

6 – A rica experiência de articulação e pactuação interfederativa entre os três entes federados acumulada na gestão do SUS (CIT, CIBs e CIRs) por 25 anos, aponta hoje para o necessário e inadiável salto de qualidade ao nível da Região de Saúde, visando gerar uma instância de gestão regional do SUS, resultante direta e exclusiva das diretrizes e metas pactuadas na CIR, e sob o planejamento, acompanhamento e avaliação da CIR e Conselhos de Saúde envolvidos. Essa instância gestora, por isso, não terá a autonomia de esfera federativa, e sim de cumprimento das diretrizes, metas e prioridades geradas pelos entes federados regionais, por sua vez, balizadas pelas diretrizes, metas e prioridades estaduais, por sua vez, balizadas pelas nacionais.

7 – A não duplicação de competências e atos gerenciais da gestão regional com a gestão municipal e estadual é de responsabilidade das diretrizes da CIR/CMSs, observadas as diretrizes da CIB/CES e da CIT/CNS.

8 – A reconhecida insuficiência da burocracia, lentidão e outras características das atividades-meio da administração pública direta, perante a peculiar dinâmica do atendimento das necessidades, direitos e pressões da demanda de saúde da população por serviços essenciais, aponta para a adoção da gestão pública mais eficiente e eficaz para esse perfil de demanda, com autonomia gerencial e orçamentária, prevista para a administração pública indireta (Art.37 da CF/88). Vemos este item como condicional à implementação dos eixos aqui postos para debate.

9 – Opinamos que o debate, reparos, melhorias e pactuações dos eixos conceituais e estratégicos aqui exemplificados e outros, deve anteceder e orientar a busca e adoção

da alternativa de administração pública indireta mais adequada para a gestão regional no SUS. Em outras palavras, a necessária clareza, fundamentação e mobilização na direção dos avanços desejáveis e possíveis no desenvolvimento da política pública constitucional universalista, podem ser obscurecidas ou confundidas, se antes delas o debate concentrar-se em torno da alternativa “mais adequada ou única” entre as várias da administração indireta. O Art. 37 da CF e legislação decorrente, pelo que eu saiba, prevê alternativas de autarquia convencional, autarquia especial, fundação pública, empresa pública, consórcio público, associação de entes federados tipo consorcial, etc., todas dependentes de Lei criadora cujos itens deverão ser debatidos amplamente: entidades da sociedade, MRSB, gestores do SUS, Conselhos de Saúde e Legislativo. Também, pelo que eu saiba, a Lei comporta espaço maior, menor ou nulo para incorporar procedimentos de entes privados, e proponho desde já o espaço nulo.

10 – Esta proposta tem várias fontes de inspiração, destaco duas: os ricos debates e posicionamentos conjuntos das entidades ligadas ao MRSB desde 2005, e o denso e instigante projeto da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), chamado “Brasil Saúde Amanhã”, uma rede multidisciplinar de pesquisa que investiga e propõe caminhos para o país e o setor Saúde no horizonte dos próximos 20 anos.

**Nelson Rodrigues dos Santos, o Nelsão, professor colaborador da Universidade Estadual de Campinas e membro do Instituto de Direito Sanitário Aplicado*



QUEM SÃO OS DONOS?

POR JOSÉ SESTELO*

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido como uma versão brasileira do modelo socialdemocrata europeu de Estado de Bem-Estar Social levado à prática no pós-guerra, mas aqui, diferente de lá, a expressão concreta desta ideia nunca mostrou todo o seu potencial. Se no Brasil o Estado de bem estar social é ainda uma perspectiva duvidosa, na Europa, as conquistas do período pós-guerra estão ameaçadas, pelo menos, desde a emergência de políticas de viés neoliberal da era Reagan/Tatcher.

Na esteira da atual crise financeira uma nova onda de propostas liberalizantes tem circulado entre as economias centrais pautadas por dois objetivos principais relacionados com o funcionamento dos sistemas de saúde: limitação no financiamento público de políticas de saúde (de tal forma que os recursos orçamentários possam estar disponíveis para a recomposição dos agentes do capital financeiro) e abertura do mercado de prestação de serviços de saúde para agenciadores privados (muitos deles também relacionados com o capital financeiro de bancos e seguradoras). A crise, entretanto, parece ter potencializado um interessante fenômeno político e social relacionado com a percepção difusa de que existe um pequeno mundo de atores ocultos, atuando à margem dos espaços públicos de elaboração de políticas, que conseguem mobilizar enormes volumes de recursos para os esquemas de acumulação privada em detrimento de uma maioria de pequenos financiadores anônimos, alijados da arena de deliberações.

O trabalho de Mark Lombardi na exploração da interação entre forças políticas, econômicas e sociais envolvidas em acontecimentos contemporâneos tornou-se uma referência política e estética em 1999 pelo significado e beleza dos seus diagramas denominados de “Estruturas Narrativas” (Narrative Structures). Ao dar visibilidade às ligações entre as famílias Bush e Bin Laden no comércio internacional de petróleo através de diagramas de linhas e pontos onde o fluxo do dinheiro e outros detalhes críticos eram indicados por setas radiantes, Lombardi retirou um véu de nebulosidade muito conveniente para alguns personagens. Depois disso, na esteira da crise de 2007/2008, o premiado docu-

mentário do diretor Charles Ferguson, *Inside Job*, revela os bastidores das principais decisões políticas relacionadas com a construção do esquema de desregulamentação do movimento financeiro global levando à geração de enorme lucro para muito poucos. Nas praças das grandes cidades dos países centrais a palavra de ordem era questionar o enriquecimento de 1% da população em detrimento dos 99% restantes. Ao mesmo tempo, o fenômeno de mídia alternativa WikiLeaks passou a publicar, a partir de 2006, extenso material original e autêntico, obtido por informantes da rede mundial de computadores, como evidência de relações espúrias entre agentes públicos e privados em diversos países.

Do ponto de vista teórico também houve um desenvolvimento relacionado com o estudo das relações em rede entre grupos econômicos e com agentes políticos. O conceito de capitalismo de compadrio (crony capitalism) é um desenvolvimento importante que pode permitir abordar de forma mais fidedigna as relações não reveladas pelas teorias clássicas de mercado e a face mais característica da rede de influências entre agentes econômicos e políticos globalizados. Da mesma forma, a noção Marxista de acumulação primitiva permanece bastante atual e ajustada à descrição de fenômenos em curso nas renovadas e expandidas fronteiras da atividade econômica do capital. Ao lado disto, também o método de investigação dos sistemas corporativos globais tem avançado para além da mera quantificação da dimensão patrimonial, localização geográfica e qualificação da atividade desenvolvida para a visualização de relações difusas de controle em redes superpostas e conectadas em múltiplos nós.

No Brasil há iniciativas importantes na direção de caracterizar o fenômeno da formação da elite de “Donos do poder” econômico e político, desde a obra seminal de Raymundo Faoro, passando pelo trabalho pioneiro de Maurício Vinhas de Queiroz nos anos 1960 até

Não se pode esperar algo diferente da esfera de regulação oficial capturada pelos interesses corporativos do segmento empresarial regulado

investidas atuais como as do projeto “Quem são os proprietários do Brasil” realizado pelo Instituto Mais Democracia (IMD) e pela cooperativa Educação, Informação e Tecnologia para Autogestão (EITA). Recentemente o livro “Capitalismo de Laços” de Sérgio Lazzarini, vencedor do prêmio Jabuti de 2011, também percorre esse universo de relações e estratégias corporativas ocultas. No caso do nosso sistema de Seguridade Social, ou mais especificamente do nosso Sistema de Saúde, a tensão fundamental, definida na relação entre capital e trabalho das sociedades modernas, se expressa na forma de disputa ferrenha pelos recursos do orçamento público, acirrada pela indefinição política de um espaço de transações (oferta de produtos e serviços de saúde) claramente demarcada em suas dimensões pública e privada. A pauta de discussão política, esta sim, restou dividida com discussões segmentadas em uma arena pública de controle social bem ou mal relacionada com a estrutura do SUS e outra, relacionada com as empresas hospitalares e de planos e seguros de saúde onde os elementos conceituais da visão sistêmica estão interditados, ou seja, trata-se de negócios e não de saúde de populações e indivíduos.

Assim, transcorreu em silêncio um fenômeno delineado a partir de 2004 com a abertura de capital de algumas empresas de prestação de serviços de saúde ou de comércio de planos e seguros de saúde, sem que suas implicações políticas e seu impacto sobre o conjunto do sistema de saúde fossem devidamente avaliados. A chegada de investidores estrangeiros de grande porte e instauração definitiva da lógica financeira de curto prazo ganhou uma expressão vibrante na consolidação das administradoras de benefícios a partir de 2010 (em 2010, 38 empresas foram registradas na ANS como administradoras de benefícios, enquanto que anteriormente [1999 a 2009] houve variação de 1 a 4 novos registros por ano). Trata-se de uma atividade de intermediação ou agenciamento onde a empresa oferece aos seus clientes uma variedade de opções em operadoras de planos de saúde intercambiáveis e ajustáveis aos interesses de cada grupo de beneficiários.

Algumas empresas de planos e seguros de saúde também podem ser clientes dessas administradoras ao solicitar sua intermediação para a triagem e constituição de grupos de clientes considerados aptos, segundo critérios atuariais, para adesão a contratos coletivos de planos de saúde. A posição de elemento conector desses grupos econômicos instalados em posição simultaneamente relacionada com prestadores de serviços de saúde, empresas hospitalares, empresas de planos e seguros de saúde, financiadores públicos e financiadores privados confere extraordinário poder de atuação a atores que até poucos anos atrás apenas faziam corretagem de produtos de terceiros.

Wanderley Guilherme dos Santos ao tratar sobre instabilidade, fracasso coletivo e inércia social, faz referência ao fenômeno da rotatividade de elites ou de candidatos à elite a ritmo vertiginoso nos países periféricos em contraste com o padrão estabelecido nas sociedades ricas. Acordos precários e soluções pro tempore dão a dinâmica e a tônica. Assim, conforma-se um pequeno mundo de protagonistas no cenário das políticas públicas de saúde cuja atuação, voltada para a expansão das fronteiras de acumulação primitiva setorial, avança sobre a estrutura de financiamento do sistema público sem que o controle social possa interferir nesse processo. A regulação setorial praticada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não estabelece limites à expansão deste esquema comercial concorrencial ao SUS, ao contrário, elabora instrumentos normativos sob medida, alinhados aos interesses corporativos destas empresas, configurando uma política que, ao dizer sim para a expansão do esquema de comércio pautado pela lógica financeira, diz não para a lógica sistêmica do SUS e constitui, desta forma, imenso entrave à sua consolidação. Está claro que não se pode, atualmente, esperar algo diferente da esfera de regulação oficial capturada pelos interesses corporativos do segmento empresarial regulado e alheio às melhores evidências que apoiam a limitação do espaço de transações comerciais na prestação de serviços de saúde. Entretanto, da produção acadêmica, especialmente daquela financiada com recursos públicos, pode-se esperar que não se resigne ao fatiamento do objeto “sistema de saúde” em uma versão simplificada alheia à realidade factual.

É preciso dar visibilidade à imensa interface de articulação entre elementos públicos e privados no sistema de saúde tal qual ela se apresenta hoje e na sua perspectiva futura. Cabe à esfera acadêmica, um esforço de prática teórica e investigação empírica capaz de dar conta da rápida transformação no cenário dos elementos atuantes no ambiente do sistema de saúde, de tal forma que os atores comprometidos com a visão de saúde como direito de cidadania possam reunir fundamentos de prática política efetiva em sua defesa.

**José Sestelo possui mestrado em Saúde Comunitária no ISC e é doutorando do IESC além de ser vice-presidente da Abrasco.*

A MARCA INVISÍVEL DO SUS

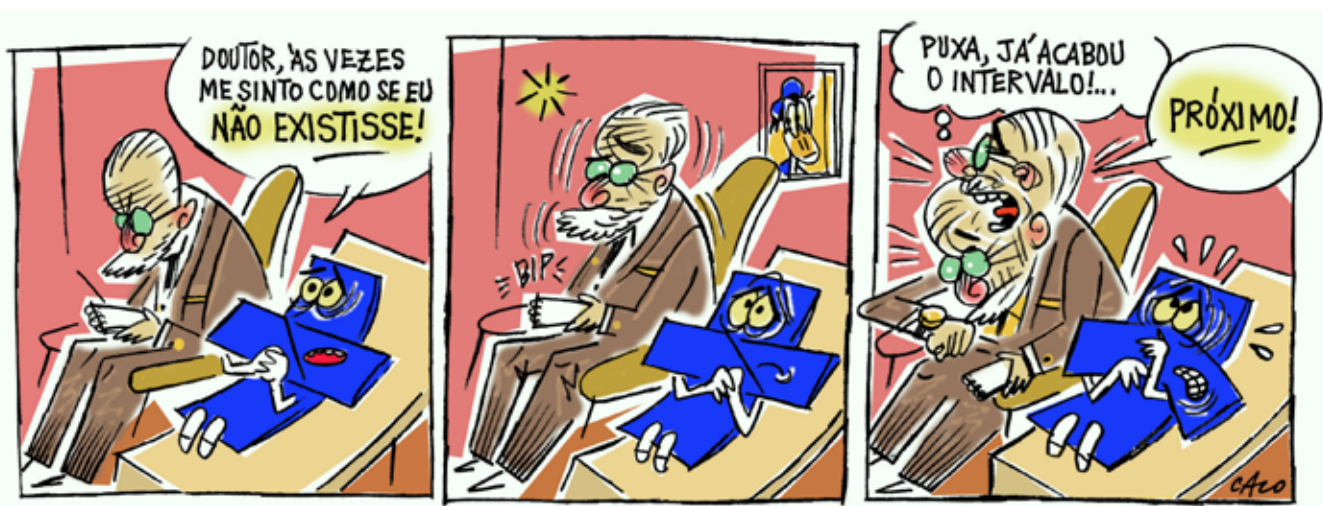
POR CACO XAVIER E PAULO CAPEL NARVAI*

1. O programa dominical Fantástico, da Rede Globo, apresentou em 11 de outubro de 2015, uma reportagem¹ sobre a formação do médico emergencista, profissional que nos grandes hospitais é responsável pelo atendimento de urgência. Foi uma matéria longa, de 17 minutos, em que foi possível ver imagens de hospitais, ambulâncias, médicos, enfermeiros, assistentes, técnicos, socorristas, ambulatórios, laboratórios, equipamentos, medicamentos, enfim, praticamente todo o vasto aparato que envolve o atendimento de urgência. A matéria situou-se principalmente em dois grandes hospitais públicos – Instituto Dr. José Frota, em Fortaleza (CE) e Hospital de Pronto Socorro (HPS), em Porto Alegre (RS) –, em atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e em entrevistas com médicos emergencistas desses hospitais e com o vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM). O principal ambiente da extensa matéria, era a saúde pública e o setor público. No entanto, a marca do SUS (quase) não apareceu em momento algum, nem nas fachadas dos hospitais (públicos), ou em seus ambulatórios e centros cirúrgicos, nem nos jalecos dos médicos, ou nas ambulâncias do SAMU, nem nos uniformes dos socorristas, nem em nenhum pron-

tuário, equipamento, etc. O ‘quase’ na frase anterior fica por conta de um único e rapidíssimo momento, aos 7’30” da filmagem. Coincidência, talvez, mas a marca do SUS apareceu de passagem, na parede de um corredor, quando uma médica se dirige aos familiares de um paciente acidentado para comunicar a triste notícia de sua morte.

2. Por essa reportagem, o espectador é guiado a três conclusões: 1) O SUS não existe; 2) A saúde pública não existe; e 3) É o CFM o órgão responsável pela gestão da saúde no Brasil. Saúde que, vale registrar, fica reduzida à medicina, operando-se uma simplificação (saúde = medicina; medicina = saúde) que não tem sustentação teórica em nenhuma corrente de pensamento contemporânea. Mesmo em se tratando de atendimentos em hospitais do Sistema Único de Saúde, por equipes do SUS, de uma formação para o serviço público, de ambulâncias e socorristas do SUS, e até mesmo de estratégias criadas no âmbito de uma Secretaria Municipal de Saúde – o encerramento da matéria remete ao atendimento exemplar em Santa Maria, quando do incêndio da discoteca *Kiss* –, nenhum gestor público da saúde foi ouvido. O SUS não é mencionado em momento algum – na única ocasião em que se faz alusão a ele, de forma depreciativa, é simplesmente denominado ‘o sistema brasileiro de saúde’ –, e sua marca, ressalvada a exceção mencionada, simplesmente não aparece em nenhum lugar.

3. Em estudo recente², apresentado por um dos autores deste ensaio no 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – 11º Abrascão, essa invisibilidade da marca SUS foi minuciosamente analisada, identificando-se dezenas de ambientes de trabalho em



A MARCA INVISÍVEL DO SUS

saúde, formal e operacionalmente vinculados ao Sistema Único de Saúde, que não estampam em suas dependências qualquer referência ao Sistema, sequer expondo sua marca. São Hospitais, Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Especialidades, ambulâncias, *ambulanchas*, veículos oficiais a serviço das Vigilâncias em Saúde, Ambulatórios Móveis, placas, trajas, e muitos outros.



4. Comparando-se com os Correios, para ficar em apenas um exemplo, cuja marca está bem consolidada, sendo imediatamente reconhecida por qualquer brasileiro em qualquer parte do território nacional, a logomarca do SUS, o esparadrapo azul dobrado em forma de cruz, é uma ilustre desconhecida. Como se depreende facilmente dos resultados da busca por 'SUS logo'³, percebemos ainda que são muitas as distorções e variedades nos usos da 'logo'. Se o sistema dependesse do reconhecimento de sua marca para ser lembrado e valorizado pelos brasileiros isso não seria possível, pois há notável invisibilidade dessa marca, levando-se em consideração a produção ambulatorial e hospitalar do sistema. É quase inacreditável que não se conheça a marca de um sistema que é responsável, diretamente, pela saúde de mais de 150 milhões de pessoas e, indiretamente, por outras ações de vigilância, disponibilidade de medicamentos e atendimentos de alta complexidade, que beneficiam praticamente todos os brasileiros. Nada justifica que um sistema que faz tudo isto – como o SUS reconhecidamente o faz! – não seja conhecido e imediatamente reconhecido por todos. Mas é justamente isso o que acontece.

5. No trabalho apresentado no 11º Abrascão, a análise das imagens dos equipamentos e ambientes do SUS revelou que hoje quem define o SUS são os inimigos do SUS (uma vez que nós não o definimos). O SUS, e as imagens que o definem no plano simbólico, como a logomarca do esparadrapo azul (ou

atadura azul, como querem alguns), são ocultadas diariamente da população como parte de uma estratégia até agora bem-sucedida dos inimigos do SUS de impedir, ou dificultar, que se faça a vinculação simbólica do sistema com as ações e serviços envolvidos tanto com a produção do cuidado, com a assistência aos doentes, quanto com o conjunto de ações coletivas ou intersetoriais que operam para produzir socialmente a saúde de todos. Travamos todos os dias uma guerra no plano simbólico em que de um lado estão os que buscam dar visibilidade ao SUS (inclusive sem varrer para baixo do tapete as críticas pertinentes e necessárias) e, de outro lado, aqueles que investem na desconstrução da marca do SUS. Nesses cenários, para viabilizar os negócios com a transformação dos cuidados de saúde em mercadorias, produzir uma imagem negativa do SUS e ocultar seu símbolo nos serviços avaliados positivamente pela população, como o SAMU e as vigilâncias, constitui objetivo permanente dos inimigos do SUS. O ocultamento diário da marca do SUS não é, portanto, obra do acaso, nem resulta somente do 'descuido' dos que devem cuidar desse assunto nos órgãos governamentais. Decorre da força dos interessados em que seja assim, que impõem sua força por todos os meios ao seu dispor. Esses estão vencendo uma batalha atrás da outra e, assim, estão ganhando essa guerra travada no mundo simbólico. E haverá, hoje, quem defenda o SUS? Sim, muita gente. Mas uma rápida busca ao Google Imagens⁴ (apenas como exemplo e amostragem) nos indica que os defensores do SUS são, em sua maioria, profissionais do Sistema ou de instituições a ele vinculadas, exercendo essa defesa segundo a gramática técnica e política concernente aos âmbitos próprios da organização do SUS, numa língua pouco afetiva e pouco ressonante com o vocabulário e os desejos da população.

6. Por essa razão, não podemos nos eximir de uma parcela de responsabilidade pela invisibilidade da marca, uma vez que nós mesmos, por razões várias e que devem ser objeto de acuradas análises, não insistimos em sua aplicação onde deveria ser aplicada, não a tornamos visível, não propiciamos sua apropriação (visual, de início) pela população usuária, pela sociedade brasileira. Citamos como exemplo dessa ambiguidade, para contrapor à matéria do Fantástico, um post simples do deputado e sanitarista Jorge Solla em seu perfil do *Facebook*, em 20/10/2015.

Trata-se da imagem de um atendimento do SAMU, com os dizeres “Quem chega primeiro é o SUS”. O meme traz ainda a *hashtag* #SUSporTodaParte e a marca da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Até 28 de outubro de 2015, o *post*⁵ tinha alcançado mais de 30 mil curtidas e 44 mil compartilhamentos. O que desejamos ressaltar é que a imagem do SAMU é (visual e semiótica) em tudo semelhante a qualquer propaganda de planos de saúde. A diferença seria, naturalmente, a marca do SUS. Porém, mais uma vez, ela não aparece. A cor da ambulância do SAMU se assemelha à do Corpo de Bombeiros, e até as marcas são iguais (a cruz – ou estrela – da vida, de seis hastes, símbolo do socorrista, com o bastão de Esculápio ao centro), com a diferença que a do primeiro é vermelha e traz a inscrição quase imperceptível ‘Sistema Único de Saúde’ na metade inferior, enquanto a do segundo é azul.

Caso você venha a acessar o *post* mencionado, não deixe de ler os *comentários*. Eles oferecem uma ótima amostra do nível de percepção e da ignorância da população a respeito do SUS.

7. Para reverter essa tendência e colocar o SUS no lugar em que deve estar no imaginário social, como um valor positivo, como uma conquista da democracia brasileira, que sendo direito de cidadania deve ser defendido pelos que se importam e defendem as boas políticas públicas, é preciso que nos preparemos para travar e que travemos essa guerra, em suas muitas frentes de batalha. São em grande número os que podem e devem entrar imediatamente nessas batalhas, a começar pelos que usam e dependem dos serviços assistenciais do SUS, os profissionais de saúde que trabalham no SUS e têm interesse em dispor de bons e adequados ambientes, condições de trabalho, carreiras e salários compatíveis com suas responsabilidades profissionais, bem como todos os movimentos sociais que se colocam na defesa de direitos sociais.

8. É preciso dizer que, de uma maneira geral e na maior parte do tempo, não estamos falando, neste ensaio, apenas a respeito de ‘logo’, mas de *marca*, isto é, de um vasto conjunto de atributos que tornam um produto, serviço ou organização diferente de outros. A razão de existir das marcas é produzir diferenciação perante semelhantes. E, nesse sentido, gerar valor. É nisso que o SUS vem pecando desde seu início, pois apesar de ser um sistema ‘único’, esse atributo, que a nosso ver é sua principal característica de diferenciação, não aparece, uma vez que tudo o que o torna *único* é desconhecido ou desacreditado pela população. Refletindo sobre o ocultamento da marca, é possível pensar: “A visibilidade (apropriação da imagem do SUS) depende de sua eficiência. Quando esta melhorar, sua imagem melhorará”. Trata-se de um argumento válido, mas que oferece duas dificuldades. Em primeiro lugar, o SUS não tem sido reconhecido sequer por aquilo em que demonstra excelência, como o sistema de transplantes, alguns procedimentos de alta complexidade, a política dos medicamentos genéricos, etc. Como se costuma dizer, o SUS está presente em tudo que se relaciona com saúde, esteja ou não no denominado ‘setor saúde’. Na água que bebemos tem SUS, no creme dental que usamos tem SUS. O SUS, insistimos, não é só assistência médica.

9. Por outro lado, os ‘planos de saúde’ como contraponto natural ao sistema público, alcançam uma imagem de eficiência mesmo quando notoriamente não as tem, mesmo quando não oferecem os serviços que anunciam e pelos quais cobram caro. É sempre bom assinalar, a propósito, que os (mal) denominados ‘planos de saúde’ nem são *planos*, nem têm a menor possibilidade de assegurar *saúde* para ninguém. São, no máximo, contratos entre particulares cujo objetivo é ofertar assistência médico-hospitalar. Mas, sabemos, nenhuma assistência é suficientemente potente para produzir saúde, tal como esta é entendida nos dias de hoje. Dito de outro modo, as operadoras vendem um produto que não podem entregar, ou seja, *saúde*. Não obstante, e ainda que o atendimento que ofertam seja na maioria das vezes ruim, a ‘hotelaria’ que embrulha o produto é o que é mais notada e valorizada positivamente no plano simbólico. As peças publicitárias, nas quais abundam helicópteros, equipamentos sofisticados e uma diversidade de signos associados a carinho, afeto e amor, completam o trabalho de vincular positivamente planos e saúde. Enfim, o (nosso) problema aqui não parece ser só (ou fundamentalmente) uma questão de eficiência no atendimento e na assistência, mas de *percepção e apropriação*.

10. Paradoxismo (mistura de paradoxo com paroxismo): a marca SUS *existe*, mas não é regulamentada. Pode ser surpreendente, mas não há até hoje uma lei, uma resolução ministerial, ou mesmo uma portaria qualquer, nenhum documento que diga de modo explícito que a conhecida imagem do esparadrapo azul, dobrado, é a marca do SUS. Por outro lado, há forte regulação para o uso (aplicação) desta marca não regulamentada (onde colocar, que deve aparecer aqui e ali, etc) pelo Ministério da Saúde, inclusive contando com bons Manuais de Identidade Visual, o primeiro⁶ publicado em 1991, quando a marca foi criada por uma agência, para o Ministério da Saúde, e o segundo⁷ em 2012. Um de nós participou ativamente dessas discussões, quando integrava o Comitê Editorial do Ministério da Saúde representando a Fiocruz. E nunca (até bem pouco tempo) se chegou a saber que a marca sobre a qual deveriam incidir tantas instruções de uso não havia sido formalmente definida como tal.

Agradecemos aos estudos pioneiros de Barbara Pellegrini, defensora da marca do SUS desde o primeiro momento, e também aos jornalistas Jesuan Xavier e Wagner Vasconcelos que, em julho de 2005, publicaram importante reportagem sobre o assunto na Revista Radis⁸, já apontando para a relação intrínseca e necessária entre a logomarca e uma política de comunicação do Sistema Único mais potente, transparente e responsável. A situação não mudou desde então, como é fácil perceber. Ali você encontrará, ainda, menção ao belo trabalho de Marcelo Marques de Melo, dentista-sanitarista que ‘cartunizou’ a marca do SUS, emprestando-lhe uma carinha simpática e voz: “A minha logomarca *não aparece* na identidade visual muitas instituições públicas de saúde!”.

11. Não estamos aqui apenas para nos queixar. Queremos entrar no jogo. Mas *não* no jogo que nos tem sido proposto desde sempre (o da eficiência versus ineficiência, da assistência hoteleira, da tecnologia pela tecnologia, das simplórias ideias sobre as medicinas) e que temos ingenuamente aceitado sem questionar. Queremos trazer esse combate para o campo da Saúde Coletiva, do acesso universal, da equidade, das reais necessidades de saúde da população, na perspectiva do que identificamos como sendo o interesse público na saúde. Chega de jogar nos campos do adversário, nos ‘caldeirões’ lotados, nas altas altitudes, com juízes comprados.

12. Apresentamos uma proposta que tem *três componentes*. De início, necessitamos de um largo e profundo **diagnóstico** acerca da marca SUS e de como é percebida. Para isso, os instrumentos e resultados acadêmicos, como pesquisas (já realizadas, em curso ou mesmo a proposição de novos estudos), dados, artigos, etc., constituem apenas a ponta do *iceberg*. É preciso avançar em direção a muitas outras ferramentas, racionalidades e metodologias, mais potentes e flexíveis, como *Data Science*, *Data Mining* e *Big Data*, identificação e interpretação de tendências, *Live Marketing*, coleta e análise de manifestações espontâneas. Reviremos os periódicos científicos, as pesquisas de comportamento, as análises de mídias impressas e tudo o mais, mas aprendamos também a minerar e analisar as mídias ‘incontroláveis’ como TV aberta, blogs e redes sociais. Precisamos saber exatamente (ou o mais exatamente possível) os graus e níveis da apropriação e conhecimento da marca SUS

– rejeição, apoio – para saber o que fazer, para decidir *como* fazer (utilizando *dashboards* em tempo real, por exemplo). Só podemos conseguir essa aproximação mediante esforços colaborativos, segundo os melhores pressupostos da ação comunicativa e da ética *hacker* (acesso e transparência), utilizando conceitos de *Design Thinking* e metodologias de inovação aberta, unindo observatórios, universidades, *hacktivistas*, semioticistas, coletivos, mídias alternativas, associações, etc. Nenhuma pesquisa *quali-quant*i que seja, sozinha, em que uma pessoa ‘representa’ por amostragem dois milhões de outras, pode dar conta da complexidade que necessitamos e que se apresenta como principal condição dessa primeira ação.

13. A seguir, devemos organizar e criar condições para a *(re)criação da marca* (ou transcrição). Abandonemos de uma vez (e coloquemos uma pá de cal definitiva) no modelo “Vamos contratar uma agência”, vigente até hoje em nossas instituições. Aliás, o melhor é que todo esse movimento *não* aconteça exclusivamente (sequer de forma centralizada) no âmbito do Ministério da Saúde (MS), por duas razões: para marcar que o SUS não é e não pode ser de um único governo, partido ou gestão. O SUS não é uma marca de governo, mas uma conquista definitiva da população brasileira, pertencente a ela, devendo voltar a ela; e para atingir o grau de capilaridade, diversidade, coletividade e participação requeridos. Não se trata, aqui, por certo, de dispensar o Estado brasileiro de suas responsabilidades na defesa do SUS e do seu papel de garantidor, para todos, do exercício do direito constitucional à saúde, mas de reconhecer que isso não basta, que isso é (muito) insuficiente para enfrentar a guerra no plano simbólico e para barrar a rapinagem que o capital faz no Brasil, ao transformar esse direito em mercadoria e privando-o para a imensa

REFERÊNCIAS

¹ http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2015/10/conheca-rotina-de-medicos-que-trabalham-no-setor-de-emergencia.html?utm_source=facebook&utm_medium=share-bar-desktop&utm_campaign=share-bar

² <https://www.dropbox.com/s/hnv97nhrls54vd1/Abrasco-11oCBSC-Goi%C3%A2nia-Trabalho171-PauloCapelNarvai-v10MB%20.pptx?dl=0>

³ https://www.google.com/url?q=https://www.google.com.br/search?es_sm%3D93%26biw%3D1366%26bih%3D667%26tmb%3Disch%26q%3Dsus%26logo%26revid%3D1725340772%26sa%3DX%26ved%3D0CBQ1QJqFQoTCNCoib3M68gCFUoOkAodjmIDXg&a=D&ust=1449160879493000&usg=AFQjCNFyd5IfztQcd_Zsl3rKVIR2LMEUag

⁴ https://www.google.com/url?q=https://www.google.com.br/search?q%3DSUS%2BSistema%2B%25C3%25AAnico%2Bde%2BSa%25C3%25BAde%26es_sm%3D93%26biw%3D1366%26bih%3D667%26source%3DInms%26tmb%3Disch%26sa%3DX%26ved%3D0CAcQ_AUoAmoVChMI69zTssTryAIVQxyQCh3LowzT&sa=D&ust=1449160879500000&usg=AFQjCNHzmW48Mn9JtUhp-YfFreYp-8ClcA

maioria da população. Por esta razão, o que se espera é que o MS exerça um papel fundamental de apoiar esta iniciativa, facilitar seus processos e acolher seus resultados.

14. Quem participa? Quem deve ou pode participar? A ideia é propiciar um grande movimento nacional, envolvendo desde os mais importantes e históricos sanitaristas (que possuem a defesa do SUS no sangue e são aqueles mais capazes de sensibilizar e informar os diversos grupos potencialmente envolvidos), até os coletivos de *designers*, artistas de todos os modos, gestores, professores, mobilizadores, conselheiros, ativistas da saúde e lutadores sociais em geral. Creemos que os Núcleos e Institutos de Saúde Coletiva, as universidades, as escolas de *Design* e Comunicação, as escolas de Saúde Pública sejam elementos importantes em todos os processos. Mas também todas as pessoas e movimentos sociais que se importam, que se preocupam e se ocupam da expressão dos direitos cidadãos em nosso país. Fazemos questão de marcar esses pontos porque *a saúde é um direito-síntese* (a frase é de Janine Cardoso) e o SUS é sua melhor expressão ideológica, pragmática, operacional. É, além disso, sua política mais bem acabada e bem-sucedida.

15. O movimento de (re)criação da marca SUS é um *movimento de apropriação social do SUS*. 'Qual é a cara do SUS?', perguntamos à sociedade que o sustenta e que se beneficia dele, e 'Como ele pode (de ora em diante) ser reconhecido?'. Entendemos que um tal processo de criação de marca *já é* um grande movimento. Nada será feito secretamente e isoladamente nos gabinetes ou nos estúdios. Ao contrário, o movimento deve ganhar as ruas desde o primeiro momento,

ocupando as escolas, os locais de trabalho, as casas, as mídias, as redes sociais. O resultado que esperamos é a instituição de uma *marca pública* (que seja um bem comum), dinâmica, potente. Uma *marca viva*.

Alguns exemplos do que estamos falando: a marca Rio 450 anos⁹, a nova marca da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola). Vejam os *cases*.

16. Já o dissemos, mas devemos reforçar que é desejável e necessário, senão imprescindível, que no processo de (re)construção da marca se efetue a crítica do SUS. No entanto, uma vez que trazemos o combate para o nosso campo, a crítica efetuada deverá ser incisiva e consistente, mas será a *nostra* crítica, a crítica em defesa dos usuários, visando a mudança e a superação dos desafios, não (mais) a crítica dos inimigos do SUS, daqueles que desejam sua destruição ou uma gradual substituição que o desconfigure e o desvie de seus grandes objetivos.

17. Como terceiro componente de nossa proposta, vamos finalmente à *implantação da marca*, isto é, a tornar visível em todos os ambientes do Sistema Único de Saúde a nova marca SUS. As diversas estratégias possíveis de implantação devem ser consequência natural do movimento, prosseguindo em seus principais conceitos. Desse modo, entendemos que leis, portarias, resoluções, manuais, protocolos e todo tipo de regulação (necessária, ainda que dinâmica e flexível) esteja a serviço da marca, do mesmo modo que a marca pertencerá à população usuária e servirá a ela, e não o contrário.

Imagine: um aplicativo no *smartphone* (só um pequeno exemplo) em que você fotografe um posto de saúde (ou uma ambulância, ou um equipamento, ou um produto), e possa instantaneamente aplicar ali a marca SUS e compartilhar com os amigos, pela Rede, pelos 'zaps'...

18. Já começamos!

*Caco Xavier (ENSP/Fiocruz)

Jornalista, designer, filósofo, doutor em Antropologia Social

*Paulo Capel Narvai (Faculdade de Saúde Pública/USP)

Cirurgião-dentista, sanitarista, doutor em Saúde Pública

⁵ <https://www.google.com/url?q=https://www.facebook.com/depjorgesolla/photos/a.802498993103295.1073741829.800887096597818/1055506227802569/?type%3D3&sa=D&ust=1449160879497000&usg=AFQjCNEbwbN4RMWtvQH2WmPUqd5btWCsPw>

⁶ <https://www.dropbox.com/s/2tk1b5w71oiu1z9/abcdosus.pdf?dl=0>

⁷ https://www.google.com/url?q=http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/outubro/21/d6-211013.pdf&sa=D&ust=1449160879499000&usg=AFQjCNF9ujdjerlMMDO8G_FV0XtJn1IRQ

⁸ https://www.google.com/url?q=http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_35.pdf&sa=D&ust=1449160879495000&usg=AFQjCNF_cp0hzg_S2dodXoa2_BVoWXACXw

⁹ <https://www.google.com/url?q=http://www.rio450anos.com.br/conheca-a-marca/&sa=D&ust=1449160879498000&usg=AFQjCNGNgX-BaQu47p4VoD82XnJI4Djcfq>

MOBILIZAÇÃO POR UM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DE QUALIDADE, UNIVERSAL E INTEGRAL

Entrevista com Arthur Chioro POR VILMA REIS

Na manhã do dia 24 de setembro, uma quinta-feira, o então ministro da Saúde, Arthur Chioro, anunciou em Brasília que a transmissão do vírus do sarampo foi interrompida no Ceará. Na presença das autoridades cearenses e após algumas falas já carregadas pelo peso da despedida, Ademar Arthur Chioro dos Reis fechou seu discurso emocionado - "Pode parecer chavão, mas não tenho palavras para definir o que significa na vida, na alma, no coração, as lembranças dos momentos que a gente constrói na vida. Como a manifestação de vocês quando cheguei hoje aqui, na sede da Opas (...) Eu só quero registrar aqui meu profundo agradecimento e dizer que o que nos mobiliza é a luta por um sistema público de saúde de qualidade, universal e integral".

Na terça-feira seguinte, 29 de setembro, Chioro soube que já não comandaria o Ministério da Saúde. E no meio de uma saída tumultuada, o sanitarista falou à Abrasco sobre os 19 meses de sua gestão.

Abrasco - Pelo SUS, durante a sua gestão, o que foi feito?

AC - Tenho a convicção de que pude colaborar muito com o processo de aperfeiçoamento e concluir a implementação do Programa Mais Médicos, que estava em curso quando assumi o comando do Ministério da Saúde, em fevereiro de 2014.

Conseguimos suplantar a meta inicial (13 mil médicos) e garantir, em dezembro de 2014, 14.462 profissionais, em 3.785 municípios. Este ano, o Programa Mais Médicos foi ampliado e já atinge um total de 18.240 médicos em mais de 4 mil municípios, 72% de todas as cidades do país, garantindo atenção básica para 63 milhões de brasileiros. Com a chegada do médico nos municípios, foi possível completar as equipes multiprofissionais de Saúde da Família ou mesmo formar novas equipes e, assim, ampliar o atendimento bási-



co à população. Agora, 120 milhões de brasileiros tem cobertura de Saúde da Família (63,12% da população). Com o MEC, participamos ativamente da abertura de novas vagas de graduação em Medicina e de residência médica. Ampliamos ainda mais a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, com recursos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), estamos reformando, ampliando ou construindo 26 mil UBS em todo o território nacional e garantindo a conexão em banda larga das UBS.

Posso destacar também a incorporação de vacinas e novos medicamentos, entre os quais as novas drogas para tratamento da hepatite C. Em 2014, com a oferta da DTPa, HPV e Hepatite A, o SUS passou a ofertar 17 vacinas de rotina no calendário nacional, atendendo todas as recomendações da OMS. Produzimos uma consistente reestruturação das Políticas de Desenvolvimento Produtivo (PDP), garantindo, a partir do uso do poder de compra pública do SUS, o fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde, dos nossos laboratórios públicos e o domínio de tecnologias de ponta de medicamentos e de equipamentos médico hospitalares, fundamentais para a nossa soberania e para a viabilidade do SUS a médio e longo prazos. Produzimos, ainda, uma completa reestruturação na área de órteses e próteses, com a elaboração de uma política nacional para os dispositivos médicos implantáveis.

Além disso, melhoramos a assistência aos usuários do SUS, garantindo um atendimento mais qualificado. Ampliamos o SAMU-192, o programa Brasil Sorridente, e investimos na implantação

de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), ampliamos o número de transplantes (5 estados zeraram a fila para córnea), fortalecemos a rede de bancos de leite (somos referência para mais de 25 países), estamos conduzindo uma grande expansão da rede de radioterapia e demos passos importantes no cuidado integral à mulher vítima de violência, com incorporações como a coleta de vestígios no SUS.

Mantivemos uma defesa intransigente do cuidado em liberdade e com respeito aos direitos humanos, fortalecendo a rede de cuidados à saúde mental e às pessoas em uso abusivo de álcool e drogas. Enfrentamos, com muita consistência, a ameaça de uma epidemia de ebola, demonstrando o quanto é qualificado o nosso sistema de vigilância epidemiológica. Priorizamos a agenda da promoção da saúde, tendo por mote o lema: “Da Saúde se Cuida Todo Dia”, integrando as ações de promoção. Regulamentamos a lei de combate ao tabagismo e lançamos o mais moderno Guia de Alimentação Saudável, destacado pela OMS como exemplo para os demais países. Orgulhamo-nos de ter pautado a epidemia de cesárias e implantado um conjunto de medidas de valorização do parto normal que em curto prazo já apresenta os primeiros resultados.

Lideramos um esforço intergovernamental para construir uma política efetiva de enfrentamento de outra epidemia, e mortes por acidentes de motocicleta, que mata mais de 12 mil brasileiros por ano e que vem crescendo explosivamente. Elaboramos um exitoso trabalho de prevenção ao uso abusivo de álcool e drogas nas escolas, voltado para os jovens, que está pronto para ser ampliado para todo o Brasil.

Iniciamos uma renovação no processo de planejamento e programação do SUS, com base regional, revendo os parâmetros a partir de estudos de necessidade, que permitirá o efetivo planejamento de médio e longo prazo da rede de cuidados no SUS em todo o Brasil. Procuramos também desenvolver uma gestão efetivamente participativa. A relação interfederativa com estados e municípios foi fortalecida. Estive presente em todas as reuniões da Comissão Tripartite e o diálogo com o Conass e o Conasems foi muito intenso e produtivo. Da mesma forma, procuramos valorizar o Conselho Nacional de Saúde e seu caráter deliberativo, um espaço privilegiado de discussão das políticas nacionais de saúde.

Dedicamo-nos a organizar a 15ª Conferência Nacional de Saúde, que será decisiva para o destino da saúde no Brasil. Elaboramos, com a participação do CNS, o PPA 2016/2019 e as diretrizes para o Plano Nacional de Saúde.

Mas gostaria muito que a nossa passagem pelo comando do Ministério da Saúde ficasse mesmo é marcada pela defesa intransigente do SUS. Fomos a primeira e uma contundente voz a se insurgir publicamente contra a PEC 451 do presidente da Câmara de Deputados, Eduardo Cunha, que impõe mudanças no texto constitucional que, se aprovadas, significarão um retrocesso inaceitável, uma vez que a saúde deixará de ser um direito social, universal, e passaremos a contar com dois grupos de cidadão: os que possuem vínculo formal de trabalho e os demais (a volta à indignação). Reagimos de pronto, também, à proposta de cobrança dos usuários do SUS, contida na chamada “Agenda Brasil”, liderada pelo presidente do Senado Federal, Renan Calheiros, contribuindo para que fosse imediatamente retirada da lista dos temas em discussão, sendo substituída, por nossa sugestão, pela judicialização da saúde e pelo aprimoramento do ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos usuários de planos de saúde na rede pública.

O SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE É O PONTO DE MAIOR VULNERABILIDADE DO NOSSO SISTEMA

Devemos destacar, ainda, a nossa liderança na reação ao Projeto de Decreto do Senado, de autoria do líder e vice-líder do PSDB, que praticamente inviabilizaria a parceria com a OPAS para participação dos médicos cubanos no Mais Médicos. No cenário internacional lideramos um vitorioso movimento junto à OPAS e OMS de defesa do acesso universal, ampliando a proposta inicial de cobertura universal focada em aspectos econômicos. Lideramos ações no âmbito do Mercosul e Unasul, como a compra conjunta de medicamentos para doenças raras.

Vale destacar, por fim, a forma como lidamos com a questão do financiamento do SUS. Denunciamos o sub-financiamento, o impacto desestruturante das emendas impositivas e das restrições orçamentárias, que colocam em risco a própria sobrevivência de tudo o que conquistamos na luta histórica de implementação do SUS em nosso país. Com ousadia e determinação, colocamos o tema do financiamento da saúde em pauta em âmbito nacional. Esperamos que esse esforço não seja em vão.

Abrasco - **Quais as dificuldades?**

AC - No dia em que assumi o Ministério da Saúde, falei que o que me movia para enfrentar problemas como a mortalidade infantil e materna ou prevenir e combater o câncer, a dengue, a AIDS ou as hepatites não era a glória de apresentar indicadores mais satisfatórios, mas sim o desejo de produzir mais vida.

Não foi um processo fácil, mas ao longo desse período, à frente do Ministério da Saúde, pude contar com uma equipe qualificada e dedicada, que acreditou que era possível trabalharmos pelo aperfeiçoamento do SUS. Com isso, surgiam novos desafios, novas necessidades de aprimoramento, uma vontade de trabalhar cada vez mais pela estruturação dos nossos serviços. Assumi, assim, o compromisso com a mudança no jeito de cuidar das pessoas nas nossas redes de atenção à saúde.

As dificuldades são muitas. É inegável que o subfinanciamento da saúde é o ponto de maior vulnerabilidade do nosso sistema. Mas a agenda de dificuldades e desafios é mais ampla do que isso. A inexistência de uma política nacional de atenção especializada, impondo aos brasileiros filas e enormes dificuldades a consultas, exames e procedimentos especializados. O modelo de financiamento ainda está em transição. O debate fica centrado na tabela do SUS e não conseguimos avançar radicalmente para uma forma de pagamento mais qualificada e que garanta a integralidade do cuidado.

Nosso modelo de atenção, ainda excessivamente centrado no médico, no procedimento e no hospital. As relações interfederativas ainda extremamente frágeis, com pouca responsabilização dos gestores para que cumpram de fato suas atribuições, questão central num sistema de saúde com as características do SUS e do pacto federativo brasileiro. A ju-

dicialização da saúde também deve ser mencionada, pois estamos vivendo uma situação de ampliação das iniquidades a partir do uso da justiça para atender interesses econômicos e mercadológicos. A produção de um processo de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde mais voltados às necessidades do SUS. A relação público/privado e as práticas mercantilistas, patrimonialistas e clientelistas, portanto não republicanas, que ainda são observadas na gestão e na prestação de cuidados à saúde nas diferentes esferas de governo e em vários cantos do país. Será preciso exercer a cidadania, ampliar a transparência e os mecanismos de monitoramento e controle, inclusive com a valorização da participação social, para que possamos continuar avançando.

Abrasco - **Na sua opinião, como está atualmente a relação do SUS com o setor privado?**

AC - É difícil abordar de maneira resumida essa área que envolve tantos aspectos distintos. Vivemos um processo de transição, qualificação e reestruturação da Saúde Suplementar, com foco na sustentabilidade, na qualidade da regulação e na preservação do direito dos usuários, permitindo assim o equilíbrio setorial. Um conjunto de medidas voltadas à reestruturação dos planos de saúde individuais, construídas em conjunto com a Casa Civil e o Ministério da Fazenda estão praticamente prontas para serem lançadas e serão muito importantes para melhorar o setor. Impactarão positivamente, também, nos planos coletivos, dando mais sustentabilidade e regularidade ao setor e a garantia de melhor cuidado aos usuários de planos de saúde. Afinal, mais de 54 milhões de brasileiros utilizam a saúde suplementar.

Mas teremos que nos defrontar com uma questão muito complexa: a insuficiência de rede privada para o atendimento dos usuários dos planos de saúde. Esse problema impacta diretamente o SUS, pois as redes prestadoras em muitos locais são concorrentes. Há movimentos em curso de aquisição de hospitais e clínicas privadas por grupos de investimentos (de capital nacional e internacional) e de verticalização da rede prestadora pelas operadoras de planos de saúde. Não sabemos ainda claramente quais serão os resultados, mas não há dúvidas de que o SUS deve aprimorar o processo de regulação deste setor, para além das regras sanitárias. Esse é um problema que não é afeito apenas ao Ministério da Saúde. Estados e municípios terão que ampliar sua agenda regulatória. Mas hoje, nem os gestores do SUS e nem a ANS têm alcance legal para regular prestadores. É necessário repensar a legislação e o papel da agência.

Ainda sobre a saúde suplementar, vale reforçar que avançamos destacadamente no ressarcimento dos serviços prestados a usuários de planos de saúde pelo SUS, recuperando, somente em 2014, um valor superior ao que foi ressarcido nos 10 anos anteriores. Para que tenhamos noção, o volume de recursos que a ANS arrecadou nos primeiros sete meses deste ano é capaz de garantir a compra de 600 ambulâncias do tipo UTI do SAMU, ou construir 65 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) completas ou 350 Unidades Básicas de Saúde.

Na área da produção de medicamentos e produtos médicos a cadeia produtiva da saúde é mais organizada e consistente. A relação do setor privado com o poder público, com os gestores do

ALERTAMOS O MINISTRO SOBRE AS GRAVES RESTRIÇÕES ORÇAMENTÁRIAS QUE SERÃO ENFRENTADAS EM 2016 CASO NÃO SEJA REVERTIDO O CORTE NO ORÇAMENTO

SUS, órgãos de fomento, com a ANVISA e os laboratórios públicos segue uma agenda regulatória bem definida e que tem sido cumprida por todos. Os resultados são interessantíssimos. As PDP, o Aqui tem Farmácia, o adequado funcionamento da CONITEC, o investimento em P&D, a intercambialidade de medicamentos, a qualificação das pesquisas clínicas, entre outros avanços, são inquestionáveis. O uso do poder de compra pública do SUS tem garantido ampliação do acesso e a adequada incorporação e o domínio tecnológico ao país. Estamos caminhando para inverter a balança comercial, ainda deficitária. Isso é muito importante para ampliar o acesso e poder cuidar melhor da saúde da população.

Procuramos qualificar os espaços de gestão da regulação, com a indicação de diretores para as agências reguladoras comprometidas com o SUS, a valorização do corpo técnico das agências e do próprio Ministério e a constituição de espaços legítimos e republicanos de ausculta do setor privado. Isso permitiu construir uma agenda regulatória pautada por critérios técnicos, equilibrada, sustentável e voltada às necessidades do SUS e da saúde da população brasileira.

Há ainda outra dimensão da relação público/privado que se estabelece na interface entre os gestores estaduais e municipais do SUS, os prestadores privados e os profissionais de saúde, que em ato cuidam dos usuários. A contratualização não tem sido capaz de garantir que os cidadãos possam se sentir bem cuidados, em serviços caracterizados por relações humanizadas e comprometimento com a vida e a saúde dos cidadãos. Ainda temos muito para avançar, inclusive reconhecer a dimensão micropolítica que se expressa na relação entre gestores e trabalhadores da saúde, entre os trabalhadores na dimensão do cuidado interdisciplinar e entre trabalhadores e usuários no cotidiano dos nossos serviços. A produção destas relações é um desafio central na agenda da gestão do SUS em todas as esferas.

Abrasco - Sobre o SUS, haverá continuidade / descontinuidade de ações iniciadas ou priorizadas durante sua gestão?

AC - Ações estruturantes nem sempre são de rápida implantação. Tenho a convicção de ter deixado um caminho trilhado para meus sucessores. Estamos deixando para a nova gestão do Ministério da Saúde o trabalho em desenvolvimento de reformulação de políticas de saúde existentes e de formulação de novas políticas e ações para promover a mudança no jeito de cuidar das pessoas. Buscamos melhorar programas e ações, como por exemplo, a ampliação da cobertura de Saúde da Família, do SAMU, a revisão do PMAQ com foco no processo de apoio aos municípios, a

ampliação do cuidado à mulher em situação de violência com a coleta de vestígios no SUS, a qualificação da rede de cuidados em saúde mental e álcool e drogas centrados no respeito aos direitos humanos e a reinserção social e a ampliação das políticas de enfrentamento das iniquidades, com campanhas de inclusão sem preconceito dos moradores de rua, da população LGBTQI+, população negra e indígena.

Passsei para as mãos do novo Ministro da Saúde, deputado federal Marcelo Castro, uma cópia ainda inédita, já que o programa não foi publicamente lançado, do Mais Especialidades. Espero que o esforço de muitos técnicos e dirigentes do Ministério da Saúde empreendido até aqui possa servir de base para este programa profundamente necessário e aguardado ansiosamente pela sociedade brasileira. Esse é um documento construído por pessoas que acreditam no SUS como agente transformador e indutor de qualidade de vida para a população.

Tomamos decisões estruturantes para a qualificação do papel do Ministério da Saúde e que estão em curso, na área de informática e no DATASUS, das PDP, das órteses e próteses, do Mais Médicos, da saúde indígena, do enfrentamento à judicialização, entre outras.

Deixamos tudo organizado, com ações encaminhadas para cada uma das nossas atribuições e alertas de questões que mereciam atenção pela necessidade de tomada de decisões e de encaminhamentos em prazos já estabelecidos. Se houver a devida atenção e a continuidade do que vínhamos fazendo não haverá problemas. Mas o novo ministro e sua equipe devem ter a liberdade de tomar as decisões que considerem adequadas.

Alertamos o ministro e o seu secretário executivo, de maneira séria e responsável, em relação às graves restrições orçamentárias que serão enfrentadas no próximo ano caso não seja revertido o corte no orçamento. Faltam

mais de 9 bilhões de reais na área de média e alta complexidade. Isso significa que não haverá lastro para custear o MAC de outubro, novembro e dezembro de 2016. É impossível sustentar isso. Será um colapso, um caos no nosso sistema de saúde. Além disso, não há lastro no orçamento (cerca de 800 milhões) para medicamentos que tinham cofinanciamento e eram vendidos na farmácia popular do Brasil e nas farmácias credenciadas a preços subsidiados. Só há recursos para os medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, distribuídos gratuitamente. Haverá um grande comprometimento do “Aqui tem Farmácia”. Antes de sair alertamos o MPOG, a Casa Civil, a Fazenda, a presidenta Dilma e o relator do Orçamento no Congresso. Se esse assunto for protelado e não for resolvido agora as consequências serão trágicas.

Abrasco - Para você quais são as prioridades para o SUS?

AC - O aprimoramento e a defesa do SUS são prioridades. Infelizmente, estamos novamente tendo que nos defrontar com uma agenda retrógrada, oriunda do Congresso Nacional, liderada pelas forças mais conservadoras. A falta de recursos não pode ser utilizada para apresentar os planos de saúde como solução para os problemas de saúde. O setor de saúde suplementar deve ser sustentável e equilibrado, mas isso não pode ocorrer em detrimento do SUS.

É preciso, portanto, antes de mais nada, defender o SUS, universal, integral e gratuito. Manter e fortalecer o Programa Mais Médicos para o Brasil é muito importante para garantir o acesso da população aos serviços básicos de saúde. Mas é preciso avançar e implantar o Mais Especialidades para garantir a oferta, em tempo oportuno, a consultas, exames e procedimentos especializados no SUS, alcançando um cuidado integral e resolutivo. A promoção à saúde e prevenção de doenças também deve estar na agenda prioritária, cuidando de problemas essenciais para a saúde pública, como as mortes e sequelas por acidentes no trânsito, a obesidade, a epidemia de partos cesáreos, o tabagismo, o consumo abusivo de álcool e outras drogas, as DST, hepatites e a Aids, a hanseníase e a tuberculose. Também é preciso lidar com o envelhecimento saudável da população, que é inevitável e pede ações consistentes intersetoriais. Precisamos avançar na revisão das redes de atenção à saúde avançando para um cuidado mais integral e qualificado.

Em paralelo, é preciso trabalhar a modernização da máquina administrativa, fortalecer e aperfeiçoar o pacto interfederativo e enfrentar a judicialização que tanto desorganiza nosso sistema de saúde, procurando respostas a essas demandas de forma eficaz e participativa. Entendemos que nosso esforço deve ser contínuo. Ou seja, é preciso avançar no fortalecimento do sistema de saúde brasileiro, considerando inclusive as interfaces da relação público/privado, contribuindo para a construção de um país mais justo, solidário e saudável.

E é preciso resolver o problema do financiamento da saúde. Não é possível exigir um sistema universal e integral, resolutivo e de qualidade, um direito e uma conquista civilizatória da população, com menos de 525 dólares por habitante/ano, enquanto os demais países com sistemas universais já ultrapassam os 3 mil dólares por habitante/ano. Ampliar o investimento público em saúde, enfrentar e reduzir os subsídios para quem mais tem em

detrimento de quem mais precisa, mudar a lógica de pagamento, descobrir fontes de financiamento mais justas e eficientes para a saúde (além da CPMF pode-se taxar as grandes fortunas, instituir o chamado “imposto do pecado”, taxando alimentos e produtos nocivos à saúde, reduzir ou eliminar as isenções para quem usa serviços privados, rever a utilização do DPVAT, entre outras possibilidades). Embora defenda a melhoria do padrão de gastos em saúde, para que possamos ter maior transparência, controle, eficácia, efetividade e qualidade no uso dos recursos públicos, não podemos aceitar essa falácia de que os recursos já são suficientes e que o problema é que são gastos de maneira inadequada.

Eu tenho a certeza que fortalecer uma política pública como o SUS é fortalecer nossa democracia e contribuir para qualificar a inclusão pelo acesso aos direitos e não só ao consumo.

Abrasco - Para você qual seria a principal resolução da 15ª Conferência Nacional de Saúde?

AC - A 15ª Conferência é o espaço ideal para mobilizar a sociedade em torno da defesa do SUS. É também locus privilegiado para discutir e propor alternativas para o futuro da saúde do nosso país. Entre os temas que considero mais importante está a questão do financiamento da saúde. Além disso, é preciso rediscutir os compromissos de gestores e trabalhadores com a qualidade e a humanização do cuidado prestado pelo Sistema Único de Saúde.

Precisamos também discutir a promoção à saúde e prevenção de doenças, cuidando de problemas essenciais para a saúde pública, como as mortes e sequelas por acidentes no trânsito, a obesidade, a epidemia de partos cesáreos, o tabagismo, o consumo abusivo de álcool e outras drogas, as DST, hepatites e a Aids, a hanseníase e a tuberculose. Tenho certeza de que a 15ª Conferência Nacional de Saúde será um momento histórico para o SUS. E que das diretrizes que serão aprovadas será possível criar uma agenda político-sanitária em defesa do SUS e que subsidiará o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde na elaboração do novo Plano Nacional de Saúde para o quadriênio 2016-2019. Uma grande mobilização está em curso no país e o SUS sairá fortalecido!

11^o CONTRIBUIÇÕES DO ABRASCÃO

56

RUMO À 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE!

58

SAÚDE DAS MÃES E CRIANÇAS BRASILEIRAS

61

SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: 'SAÚDE PÚBLICA DE QUALIDADE' OU SUS DEMOCRÁTICO, UNIVERSAL, PÚBLICO, DIGNO E INTEGRAL?

64

O NOVO IMPASSE POLÍTICO NO BRASIL

68

DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO, DEMOCRACIA E SAÚDE

71

'ESTADO DEMOCRÁTICO' OU 'ESTADO DE CLASSE'?

74

RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO, CONFLITO DE INTERESSES E A AGENDA REGULATÓRIA PARA A CONSOLIDAÇÃO DA DEMOCRACIA

81

A VIABILIDADE DE UM SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE NO BRASIL

87

CARTA GOIANIA



RUMO À 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE! CONTRIBUIÇÕES DO 11º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA

POR LUIS EUGENIO SOUZA

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) realizou, entre 28 de julho e 01 de agosto de 2015, no campus da Universidade Federal de Goiás, o seu 11o Congresso. Além de ter sido espaço privilegiado para a discussão das investigações e intervenções conduzidas por pesquisadores e sanitaristas nos centros de ensino e de pesquisa e nos serviços de saúde, o Congresso foi também um fórum de reflexão e de debate sobre as políticas de saúde em curso no país e o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre as dezenas de atividades, quatro sessões foram organizadas especialmente para aprofundar a discussão de grandes temas relacionados ao atual contexto político-sanitário de forma a gerar contribuições para os debates da 15a Conferência Nacional de Saúde (CNS), instância máxima de definição das diretrizes das políticas de saúde, a realizar-se nos dias 01 a 04 de dezembro de 2015.

A primeira dessas sessões abordou a situação de saúde da população brasileira sob a tríplex perspectiva da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde. A segunda tratou das relações entre desenvolvimento socioeconômico, democracia e saúde. A terceira sessão discutiu a gestão pública da saúde no âmbito do Estado democrático. A quarta e última debateu a viabilidade de um sistema universal de saúde no Brasil de hoje.

Os palestrantes que compuseram as quatro sessões foram também convidados a disponibilizar versões escritas de suas palestras, de modo a serem compartilhadas com os participantes da etapa nacional da 15a CNS.

Além disso, a plenária final do 11o Congresso aprovou a Carta de Goiânia, em que a Abrasco toma posição sobre a grave situação atual do SUS e sugere caminhos a serem trilhados no sentido da universalização da saúde. Nesta seção especial desta Ensaio & Diálogos em Saúde Coletiva, são apresentados os textos enviados pelos palestrantes e a Carta de Goiânia.



Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza é professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

César Victora utiliza um recorte da saúde de mães e crianças brasileiras para abordar alguns aspectos gerais da saúde em nosso país. Depois de mostrar os avanços conseguidos nas últimas duas décadas, em especial, a diminuição das desigualdades socioeconômicas e regionais no estado nutricional das crianças, Victora elenca quatro desafios que, se não superados, podem, inclusive, significar o retrocesso nas condições de saúde: (a) a alta mortalidade materna, (b) a elevada taxa de prematuridade, (c) a altíssima proporção de cesarianas e (d) a crescente obesidade de mulheres e de crianças.

Jairnilson Paim alerta a todos para a gravidade de sete ameaças ao SUS, que assinalam a subversão do projeto constitucional para a saúde: (a) a rejeição da Lei de Iniciativa Popular “Saúde+10”, (b) a abertura da assistência à saúde ao capital estrangeiro, (c) o orçamento impositivo, (d) a obrigatoriedade de planos privados de saúde para empregados, (e) o projeto de lei das terceirizações, (f) o reconhecimento da constitucionalidade das organizações sociais e (g) o compromisso do governo com a proposta de cobertura universal em saúde.

Para fazer frente a essas ameaças, Paim aposta no fortalecimento de movimentos sociais que lutem por um SUS democrático, universal, público, digno e integral.

As relações entre desenvolvimento, democracia e saúde foram abordadas na contribuição de Márcio Pochman, que fala do “paradoxo da satisfação” - as diferenças de bem-estar subjetivo das distintas camadas sociais frente ao crescimento econômico. Para o economista, enquanto os mais pobres se sentem satisfeitos com melhoria absoluta do seu nível de vida, os mais ricos só se satisfazem com a melhoria relativa, ou seja, com o aumento da desigualdade. Este paradoxo explicaria o impasse político em que vive o país atualmente, marcado pela oposição entre os segmentos sociais que ascenderam socialmente e não aceitam retrocessos e aqueles incomodados com a diminuição da desigualdade social.

Ao tratar da gestão pública, André Dantas lembra do caráter de classe de qualquer Estado e, em particular, do caráter burguês do atual Estado brasileiro, que, como tal, visa, fundamentalmente, a atender às exigências da reprodução do capital. Nessa perspectiva, a longa distância entre as batalhas setoriais – que incluem o combate à privatização da gestão e à financeirização das políticas sociais – e a realização do socialismo exige a explicitação do objetivo estratégico da luta de classes e a aplicação rigorosa de métodos combativos. Para ele, o Movimento Sanitário erra, portanto, ao adotar uma estratégia de acúmulo de forças dentro da ordem burguesa, abrindo mão da luta autônoma pela mudança estrutural.

Ao discorrer sobre a viabilidade de um sistema universal de saúde no Brasil atual, Maria Lúcia Werneck Viana identifica como questão fulcral a persistência das velhas relações de promiscuidade entre público e privado. Essas relações criam obstáculos à efetivação do SUS: a segmentação da oferta e da clientela, o subfinanciamento do sistema público e sua exclusão da agenda governamental. Salienta ainda que todos os governos eleitos democraticamente desde 1989 destinaram grandes volumes de fundos públicos ao setor privado, o que transformou o SUS em um subsistema para pobres. Se não descarta a possibilidade de mudanças que reduzam a segmentação do sistema, mediante a rígida regulação do privado e a expansão do público, reconhece que a constituição efetiva de um sistema único e universal não é viável sem uma drástica reversão do quadro de heterogeneidade estrutural ainda vigente no país.

Por fim, a Carta de Goiânia também aponta retrocessos e ameaças ao projeto de univer-

salização da saúde e conclama os militantes da Reforma Sanitária a se unirem à luta do povo pelos seus direitos, em torno de um projeto de desenvolvimento soberano, sustentável e inclusivo. Afirma a necessidade de mudança de orientação da política econômica do governo federal, recusando as políticas de ajuste que comprometem as condições de vida e a saúde dos trabalhadores e da população brasileira. Manifesta-se em defesa da legalidade democrática, contra qualquer ameaça à ordem constitucional.

No âmbito setorial, destaca como eixos da luta:

- a reafirmação do direito à saúde como dever do Estado e o combate à lógica privatista
- a exigência do fim da desvinculação das receitas da União e da recomposição do orçamento do Ministério da Saúde,
- a extinção dos subsídios públicos aos planos privados,
- a fixação profissionais de saúde em todas as regiões do país e,
- o investimento na consolidação das redes regionais de saúde.

Passados três meses da realização do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, as análises apresentadas continuam atuais e as teses defendidas tornaram-se mais urgentes. Com efeito, as ameaças ao SUS universal e igualitário se fortaleceram com o agravamento da crise política e a falta de perspectiva de superação da crise econômica.

Neste sentido, a entrega da direção do Ministério da Saúde ao jogo puro e duro da barganha por apoio parlamentar e os efeitos perversos (agora, evidentes) do chamado ajuste fiscal são dois enormes obstáculos à manutenção das conquistas sócio-sanitárias das duas últimas décadas.

A 15ª CNS tem a difícil tarefa de mobilizar a sociedade brasileira, em especial seus setores democráticos e populares para a continuidade da luta pelo desenvolvimento social, pela democracia e pela saúde para todos.

Com os textos aqui apresentados, a Abrasco espera estar contribuindo para os debates, tendo em vista a identificação de estratégias eficazes para superar um contexto restritivo que, como toda crise, pode vir a ser uma oportunidade de avanço. ♦

PASSADOS TRÊS MESES DA REALIZAÇÃO DO 11º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, AS ANÁLISES APRESENTADAS CONTINUAM ATUAIS E AS TESES DEFENDIDAS TORNARAM-SE MAIS URGENTES

SAÚDE DAS MÃES E CRIANÇAS BRASILEIRAS

POR CESAR VICTORA

Foi um enorme prazer participar deste debate com dois ilustres pesquisadores da Saúde Coletiva brasileira, Mabel Teresinha Luz e Jairnilson Paim. Utilizarei o recorte da saúde de mães e crianças brasileiras para abordar alguns aspectos mais gerais da saúde em nosso país.

Nas últimas três décadas, houve importantes progressos na saúde de mães e crianças brasileiras. Atingimos com folga o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), de reduzir em dois terços a mortalidade de menores de cinco anos entre 1990 e 2015. As doenças infecto-contagiosas, que representavam a maioria das causas de mortes de crianças, foram marcadamente reduzidas, sendo algumas causas de morte como sarampo e difteria erradicadas. Em contraste, o quinto ODM - reduzir em três quartos a mortalidade materna no mesmo período - não foi alcançado. Apesar de um decréscimo importante até o início do novo milênio, as taxas permanecem desde então em um patamar de 60 óbitos por 100 mil nascimentos, bastante acima do nível inferior a 40 demandado pelo ODM 5. O Brasil também atingiu a meta de reduzir pela metade a subnutrição de menores de cinco anos, que faz parte do ODM1 (erradicação da pobreza). Em especial, houve uma marcada diminuição nas enormes desigualdades socioeconômicas e regionais observadas no estado nutricional de crianças. Em termos de cobertura de serviços de planejamento familiar e de atenção à gestação e ao parto, e de intervenções preventivas e curativas direcionadas a crianças, houve também enorme progresso na redução de desigualdades resultando em acesso praticamente universal para grande parte dos serviços ofertados.

Na Série *Lancet* Brasil de 2011, atribuímos as melhorias acima descritas a uma conjunção de fatores ocorridos desde os anos 1980: progresso nos determinantes sociais do processo saúde-doença, como renda e educação; evolução das políticas e serviços de saúde, especial a criação do Sistema Único de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família; programas verticais de controle de doenças, como imuni-

zações e HIV; e políticas públicas em outros setores, como o Bolsa Família, programas de água e saneamento, etc. No atual momento de crise que atravessamos, com cortes nos investimentos sociais e ameaças importantes ao nosso sistema de saúde, há uma real possibilidade de reversão nesta conjunção de fatores que trouxeram tanto progresso durante as duas últimas décadas.

As tendências recentes observadas nos dados nacionais são confirmadas pelos quatro estudos de coortes de nascimento que realizamos em Pelotas, RS, nos anos de 1982, 1993, 2004 e 2015 (dados dos seis primeiros meses). Estes estudos de base populacional, incluindo todos os nascimentos ocorridos em cada ano, permitem um grau de aprofundamento nas análises que é impossível a partir de dados nacionais.

Demonstramos que, em relação a 1982, as mães de 2015 são mais ricas, mais educadas e tem menor paridade; há menos mães adolescentes e maiores percentuais de mães com 35 anos ou mais. O percentual de fumantes caiu pela metade, mas a queda ocorreu principalmente entre as gestantes mais ricas, acentuando as diferenças socioeconômicas no tabagismo. Nossas mães de hoje são mais altas, mas a prevalência de sobrepeso e obesidade no início da gestação dobrou em relação a 1982.

Apesar dos progressos em diversos fatores de risco materno, a prevalência de baixo peso ao nascer cresceu levemente de 9% para 10%, e a prevalência de nascimentos pré-termo de 6% para mais de 15%. Em 1982, o baixo peso ao nascer era frequente entre filhos de gestantes pobres e raro em crianças ricas, mas atualmente observamos uma curva em formato de “U” na qual as maiores prevalências estão nos grupos extremos de pobreza e riqueza. Como no restante do Brasil, houve um impressionante aumento nas taxas de cesarianas, em todos os grupos sociais. Nos grupos mais ricos praticamente 9 em cada 10 partos são cesáreos, comparado com 4 em cada 10 no grupo mais pobre. É muito provável que as altíssimas taxas de cesarianas expliquem as tendências observadas na prematuridade



Cesar Gomes Victora é epidemiologista e professor da Universidade Federal de Pelotas

e baixo peso ao nascer, particularmente nas categorias onde as cesáreas são praticamente universais. Finalmente, os dados de Pelotas mostram uma importante redução na mortalidade infantil, de quase 40 por mil nos anos 1980 para menos de 15 por mil no presente.

Voltando ao Brasil como um todo, reiteramos as conclusões da série Lancet sobre os quatro problemas de saúde materno-infantil a serem priorizados: a mortalidade materna, a prematuridade, as cesarianas e a obesidade de mulheres e de crianças. Todos estes problemas encontram-se estacionários ou apresentam tendência crescente.

As causas de nossa falha em reduzir substancialmente a mortalidade materna foram evidenciadas na série Lancet: um milhão de abortos ilegais por ano; má qualidade da atenção pré-natal e ao parto, apesar da alta cobertura; alta prevalência de hipertensão, diabetes e obesidade durante a gestação; e excessiva medicalização dos partos, tópico que será abordado abaixo. Em particular, salientamos a persistência de importantes desigualdades étnicas e socioeconômicas em termos de mortalidade materna.

O Brasil enfrenta uma epidemia de prematuridade. Dados corrigidos do SINASC indicam uma prevalência de 11,7% em 2012, uma das mais altas taxas nacionais no mundo. Mais da metade das mortes infantis no Brasil ocorrem entre bebês prematuros. A prematuridade está aumentando em todas as regiões do Brasil, sendo paradoxalmente mais alta nas regiões ricas (Sudeste e Sul) do que no Norte e Nordeste. Em todo o país, as UTIs neonatais estão lotadas de prematuros, havendo enormes gastos em sua manutenção e expansão.

Em relação a 1982, as mães de 2015 são mais ricas, mais educadas e tem menor paridade; há menos mães adolescentes e maiores percentuais de mães com 35 anos ou mais

O terceiro desafio, que contribui de forma importante para os dois primeiros – mortalidade materna e prematuridade – é a incrível e inaceitável epidemia de cesarianas. Com praticamente 3 partos cesáreos para cada 2 partos vaginais, o Brasil ocupa a vergonhosa posição de líder mundial, com taxas 4 vezes superiores aos níveis máximos recomendados pela OMS. Pior ainda, estas taxas seguem aumentando em 1 a 2 pontos percentuais ao ano. Vários municípios brasileiros de médio e grande porte já alcançam 80 ou 90% de cesarianas na totalidade de seus partos. As recentes e elogiáveis determinações do Ministério da Saúde exigem que os planos privados publiquem as taxas de cesáreas dos médicos conveniados. De 500 obstetras avaliados em São Paulo, 82% não fizeram nenhum parto vaginal no período estudado. A cesariana é uma operação cirúrgica com os riscos inerentes a qualquer cirurgia de grande porte, incluindo infecções, embolias e complicações da anestesia. Fazer 100% de cesarianas é como retirar o apêndice de qualquer paciente que se apresente com dor abdominal.

Análises que realizamos para o Ministério da Saúde e o UNICEF mostram fortes associações entre as taxas estaduais de cesáreas e a prematuridade. Mas os efeitos da cesariana não se restringem aos recém-nascidos. Pesquisas recentes mostram que o parto cesáreo leva a mudanças epigenéticas e na colonização intestinal (microbioma) nos recém-nascidos, que se tornam permanentes e podem causar obesidade, diabete e asma na adolescência e na idade adulta. Em termos de consequências para as mães, estimamos que se as taxas de cesarianas houvessem permanecido desde 2000 no patamar (já demasiadamente alto) de 38%, a mortalidade materna em 2013 seria 23% inferior à taxa atualmente observada, e estaríamos próximos de atingir o ODM 5.

Esperamos que as medidas recentemente implementadas pelo Ministério da Saúde consigam reverter esta epidemia, mas para que isso ocorra é essencial a participação da sociedade civil, e em particular dos movimentos de mulheres, no controle desta violência institucionalizada contra os corpos das mulheres e crianças brasileiras.

O último desafio é a epidemia de sobrepeso e obesidade entre crianças em particular, e na população brasileira em geral. Os estudos de Pelotas mostram um aumento de 5% para 12% entre crianças de 4 anos de idade pertencentes às coortes de 1982 e 2004. A maior prioridade é reverter o ambiente obesogênico que nos circula, o qual restringe a atividade física e promove o consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em calorias.

Concluindo, gostaria de refletir um pouco sobre alguns aspectos mais gerais, que afetam não apenas mães e crianças, mas a saúde dos brasileiros como um todo. O primeiro é a persistência das desigualdades socioeconômicas, étnicas e geográficas em nosso país. Apesar da incontestável melhoria na equidade em termos de diferentes indicadores como acesso a serviços, mortalidade de crianças e subnutrição, as desigualdades adotam novas formas, como o exemplo acima citado sobre a rápida redução do tabagismo entre as gestantes mais ricas, e a persistência entre aquelas de menor poder aquisitivo. Outro exemplo de desigualdade é o paradoxo causado pela epidemia de cesarianas, levando a maiores taxas de prematuridade e de baixo peso ao nascer em regiões mais privilegiadas do país.

Em termos de práticas culturais, é urgente reverter noções equivocadas que se generalizam na população, como por exemplo, a

Os quatro problemas de saúde materno-infantil a serem priorizados: a mortalidade materna, a prematuridade, as cesarianas e a obesidade de mulheres e de crianças - encontram-se estacionários ou apresentam tendência crescente

ideia de que uma criança gorda seria uma criança saudável, ou de que uma cesariana seria tão segura quanto um parto normal, para a mãe e seu filho.

Meu colega de debate, Jairnilson Paim, abordará o subfinanciamento do SUS, uma questão fundamental e crescente que ameaça muitas das conquistas já alcançadas. Em particular, a qualidade da atenção prestada – e não apenas a cobertura em termos numéricos – é extremamente sensível aos recursos investidos em serviços públicos de saúde.

Finalmente, nós vivemos em um país onde legisladores parecem ser cada vez mais influenciados por lobbies, seja empresariais, religiosos ou corporativistas. Como tratar o aborto como problema de saúde pública quando alguns grupos religiosos pretendem impor seus dogmas ao total da população, inclusive aqueles com outras, ou sem nenhuma crença religiosa? Como não se indignar com a indústria de alimentos e sua influência sobre nossos representantes, que sistematicamente bloqueiam legislação proibindo a propaganda de alimentos ultraprocessados e engordantes para o público infantil? E como lidar com o corporativismo médico, que repetidamente coloca seus próprios interesses acima da saúde da população brasileira?

Quero concluir com a citação publicada na capa da série do Lancet sobre o Brasil, que permanece tão atual quanto o foi em 2011: “Em última análise, o desafio é político, exigindo um engajamento contínuo pela sociedade brasileira como um todo, para assegurar o direito à saúde para todos os brasileiros”. ♦

SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: 'SAÚDE PÚBLICA DE QUALIDADE' OU SUS DEMOCRÁTICO, UNIVERSAL, PÚBLICO, DIGNO E INTEGRAL?

POR JAIRNILSON PAIM

A Saúde Coletiva é um campo científico e âmbito de práticas fundamentado nas relações entre a saúde e a estrutura da sociedade, capaz de orientar intervenções mais amplas sobre problemas e necessidades de saúde. Distingue-se da Saúde Pública, entendida como “ideologia do possível” (MENÉNDEZ, 1992), em diversas dimensões: histórica, teórica, política e ideológica.

Esta distinção não é trivial, sobretudo num momento em que o Conselho Nacional de Saúde inclui a expressão “saúde pública” no tema central da 15ª Conferência Nacional de Saúde (15ª CNS). Possivelmente a intenção dos conselheiros era apresentar um contraponto em relação à “saúde privada”, associada à mercantilização e à privatização da saúde. Esta opção, entretanto, pode resultar numa cilada, dada a ideologia dominante que a vincula ao liberalismo econômico e ao Estado capitalista quando atua nos problemas em que a iniciativa privada e os indivíduos, isoladamente, não podem resolver.

Portanto, num Congresso de Saúde Coletiva não é aconselhável negligenciar possíveis consequências. A Constituição definiu o Sistema Único de Saúde (SUS), não um “Sistema Nacional de Saúde”, muito menos um “Serviço de Saúde Pública”. A questão não é somente de nomes. As palavras também enganam e trazem concepções políticas e ideológicas, mesmo imperceptíveis ao senso comum.

O debate sobre o tema “Saúde da População Brasileira” no 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva demanda uma *análise concreta de situação concreta*. Cabe considerar os *problemas do sistema de serviços*, seus determinantes políticos, econômicos e ideológicos, assim como *ameaças e oportunidades*. Essa análise pode recorrer ao conhecimento produzido pela Saúde Coletiva brasileira que oferece sustentação científica e técnica para uma abordagem crítica da realidade.



Neste texto pretende-se contribuir nos debates para a 15ª CNS, com o objetivo de discutir políticas de saúde na conjuntura atual e certas restrições impostas ao desenvolvimento do SUS.

Breve análise de conjuntura, a questão da dívida e o financiamento do SUS

O exame da situação atual do SUS não deve ignorar o que se passa nos países europeus e na América Latina com as chamadas reformas do setor saúde orientadas pelo mercado, via organismos internacionais, no bojo da crise do capitalismo de 2008. Nesse contexto, reaparece um conjunto de medidas já conhecidas: cortes com restrições de serviços, aumento de copagamentos, transferência de custos para os usuários, diminuição de responsabilidades por parte do Estado, aumento nas formas de privatização (CONILL, 2014). Mesmo em sistemas nacionais de saúde (Espanha, Alemanha e Inglaterra) constata-se o comprometimento da universalidade aprofundando políticas de competição regulada e comercialização (TRAVASSOS, 2013; GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014). O relatório publicado pela Comissão The Lancet/Oslo University aponta interesses de mercado que impõem políticas de austeridade fiscal neoliberais pela *troika* (FMI, Banco central Europeu e Comissão Europeia), resultando no aumento de doenças e no desmonte de instituições de saúde estruturadas no século XX (BUSS, 2014).

Apesar de toda a gritaria de empresários e da reverberação do “impostômetro” pela mídia, quem mais paga impostos no Brasil, proporcionalmente, são os pobres, justamente os mais prejudicados no acesso e na qualidade dos serviços públicos, inclusive no SUS

No Brasil, a estrutura tributária iníqua e certas modificações da legislação são determinantes do subfinanciamento do SUS. Apesar de toda a gritaria de empresários e da reverberação do “impostômetro” pela mídia, quem mais paga impostos no Brasil, proporcionalmente, são os pobres, justamente os mais prejudicados no acesso e na qualidade dos serviços públicos, inclusive no SUS (PAIM, 2014). Em 2014, quase 1 trilhão de reais foi destinado aos bancos, quantia que corresponde a 12 vezes o que foi aplicado à educação, 11 vezes aos gastos com saúde, ou mais que o dobro do despendido com a Previdência Social (MOVIMENTO PELA AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA, 2015). Esta dívida que precisa ser auditada não foi contraída para melhorar a saúde e a vida do povo brasileiro, nem para construir hospitais e prestar serviços de saúde.

Entre 2010-2014, o governo gastou R\$103 bilhões com o Programa Bolsa Família, aproximadamente R\$20 bilhões por ano, e R\$ 700 bilhões com o pagamento de juros (sem contar as amortizações do principal e as renegociações da dívida) uma média anual de R\$ 140 bilhões (SCAFF, 2015). Ou seja, a “bolsa rentista” é quase sete vezes maior que a bolsa família.

Enquanto isso a participação relativa da União no financiamento do SUS vem decrescendo, sistematicamente, passando de 72% em 1993 para 42,93% em 2013 (CONASS, 2015). Entre 1995-2014, o gasto do Ministério da Saúde (MS) com ações e serviços manteve-se em torno de 1,7% do PIB, enquanto o pagamento de juros da dívida pública representou em média 6,5% do PIB, em igual período (MENDES, 2015).

Portanto, as contradições verificadas no financiamento da saúde no Brasil revelam, em última instância, as injustiças produzidas pela estrutura tributária e pela política econômica em curso. Pesquisadores da Saúde Coletiva e entidades como a Abrasco, Abres e Cebes indicam as raízes do subfinanciamento da saúde e propõem alternativas.

No entanto, o agravamento da crise econômica e as dificuldades políticas diante do ajuste fiscal, da perda de apoio parlamentar, da Operação Lava Jato e da rejeição de 70% da opinião pública contra o governo da Presidente Dilma

REFERÊNCIAS

- ABRASCO, ABRS, AMPASA, APSP, CEBES, IDISA, REDE UNIDA, SBB. *Em defesa do SUS universal e igualitário*. A PEC 451 viola o direito à saúde e promove a segmentação do SUS. www.cebes.org.br (Acesso em 30/6/2015).
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (Abrasco): www.abrasco.org.br
- BUSS, P.M. *Governança global para a saúde*. Cad. Saúde Pública, 30(4):681-683, 2014.
- CONASS. Carta à Nação. João Pessoa, Paraíba, 10 de junho de 2015.
- GIOVANELLA, L. e STEGMÜLLER, K. *The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain*. Cad. Saúde Pública, 30(11):2263-2281, 2014.
- MENDES, A. *Por trás do ajuste fiscal o que se tem é menos saúde*. www.cebes.org.br (Acesso em 19/6/2015).
- MENÉNDEZ, E.L. *Salud pública: sector estatal, ciência aplicada o ideologia de lo posible*. In: Organización Panamericana da La Salud. *La crisis de La salud pública: Reflexiones para el debate*. Publicación Científica, 540. P. 103-122.
- MOVIMENTO PELA AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. www.auditoriacidadada.org.br (Acesso em 16/7/2015)
- NORONHA, J. C. de. *Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios*. Cad Saúde Pública 29(5):847-849, 2013.
- PAIM, J.S. *Financiamento da Saúde: questão política para além do setor*. Vida & Ética, 18:17, 2014.
- SCAFF, F.F. *A DRU, os direitos sociais e o pagamento dos juros da dívida*. www.abrasco.org.br (acesso em 22/7/2015)
- SCHEFFER, M. *O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro*. Cad. Saúde Pública, 31(4):663-666, 2015.
- TRAVASSOS, C. *A comercialização do cuidado de saúde*. Cad. Saúde Pública, 29(5):841-843, 2013.



Jairnilson Silva Paim é professor permanente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

reduzem o espaço de manobra na agenda pública. A crueza dos fatos produzidos desde 2014 ilustra a gravidade da situação atual: está em curso uma subversão do projeto constitucional para a saúde (ABRASCO, ABRS, AMPASA, APSP, CEBES, IDISA, REDE UNIDA, SBB, 2015a). Esta é a conclusão das entidades que defendem um SUS universal e igualitário. Com o aguçamento da luta de classes a direita mostrou a sua cara para além da mídia e seus representantes no Congresso usam, a cada momento, suas garras contra o SUS.

SETE ATAQUES CONTRA O SUS E POSSÍVEIS INICIATIVAS NA CONJUNTURA

Podem ser identificados nessa conjuntura pelo menos sete ameaças concretas contra o SUS: 1) Rejeição da Emenda Popular Saúde + 10; 2. Abertura da saúde ao capital estrangeiro; 3. Orçamento impositivo; 4. Obrigatoriedade de planos privados de saúde para empregados; 5. Projeto de Lei das Terceirizações; 6. Reconhecimento da constitucionalidade das Organizações Sociais (OSs); 7. Compromisso do Governo com a proposta de Cobertura Universal em Saúde (NORONHA, 2013; ABRASCO, ABRS, AMPASA, APSP, CEBES, IDISA, REDE UNIDA, SBB, 2015; SCHEFFER, 2015; www.cebes.org.br, www.abrasco.org.br).

Até 2007, quando o Congresso extinguiu a CPMF, as medidas contra a consolidação

do SUS limitavam-se ao Executivo. Tempos depois, Executivo e Legislativo se associaram para rejeitar a proposta de parlamentares que visava assegurar pelo menos 10% da receita bruta da União para a saúde. Agora chegou a vez do Judiciário: o STF decidiu sobre a constitucionalidade das OSs, depois de 17 anos de protelação, abrindo a porteira para PPPs, terceirizações, OSs, OSCIPs, etc. Portanto, não há mais dúvidas: os três poderes do Estado Brasileiro atuam na contramão dos princípios e diretrizes do SUS.

Ainda assim, não há por que recuar nem deixar espaços para transformismos ou resignação. Cumpre apostar em iniciativas que apontem para o fortalecimento da sociedade civil, reforçando movimentos sociais de caráter progressista que defendam a legalidade democrática e o direito universal à saúde, combatam políticas de ajuste que sacrificam os trabalhadores e a maioria da população, e lutem por um SUS democrático, universal, público, digno e integral.

Esta é a conjuntura na qual se insere o 11º Abrascão. Os profissionais, estudantes, docentes e pesquisadores da Saúde Coletiva são instados, mais uma vez, a exercitarem o seu compromisso histórico com a Reforma Sanitária Brasileira, muito além de governos e partidos, radicalizando a democracia para a construção de uma sociedade menos desigual. ♦



O NOVO IMPASSE POLÍTICO NO BRASIL

POR MÁRCIO POCHMANN

A desigualdade constitui a base pela qual a sociedade brasileira foi erigida. Originalmente, a colonização concebida por exploração e a escravidão como sustento à riqueza econômica e parâmetro das relações sociais semearam a cultura generalizada da desigualdade por condição de unidade nacional.

Com o capitalismo e o seu desenvolvimento de natureza selvagem desde o final do século 19, capaz de afastar qualquer possibilidade de realização efetiva das reformas civilizatórias (agrária, tributária e social), a desigualdade proliferou ainda mais aliada à progressão da riqueza. Assim, a passagem da antiga sociedade agrária para a urbana e industrial transcorreu marcada pela ausência dos padrões mínimos da competição individual e pela combinação singular do novo com o velho.

De um lado, a prevalência de arcaica estrutura rural com a modernidade industrial tornou avanços na proteção social e trabalhista como a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) de 1943 circunscritos à parcela minoritária dos trabalhadores urbanos. A força do conservadorismo se manteve intacta, permitindo que contradições como a existência da maior bancada do poder legislativo federal constituída por ruralista pudessem existir num país que registra 86% de sua população vivendo nas cidades.

De outro, o bloqueio à competição meritocrática entre indivíduos pertencentes aos segmentos privilegiados da sociedade resiste por meio do vigor do patrimonialismo estatal que segue criando e sustentando monopólios sociais que garantem historicamente a ascensão socioeconômica diferenciada. O funil da educação evidencia como segmentos de menor poder aquisitivo terminam sendo apartados do vigor da mobilidade social, econômica e política gerada no país.

A postergação da universalização do acesso ao ensino básico, pelo menos na faixa de até 14 anos de idade, por cem anos entre a instauração da República, em 1889, e a Constitui-

ção Federal de 1988 indica como a educação produz e reproduz a desigualdade. Ou ainda, a manutenção do ingresso ao ensino superior abaixo de 15% de todos os jovens de 18 a 24 anos de idade, segue comprometendo o ideal da justiça na distribuição menos desigual das oportunidades. Isso sem mencionar o exorbitante diferencial de qualidade que contamina profundamente o sistema de ensino nacional.

Em síntese, o Brasil que construiu importante trajetória de expansão econômica significativa através do tempo, permitindo se situar entre as economias mais ricas do mundo, foi mesmo que trouxe consigo a referência da iniquidade, o que o fez juntar-se entre os países mais desiguais do planeta (1).

Diante disso, a inédita experiência registrada a partir dos anos 2000, capaz de combinar o regime democrático com crescimento econômico e redução das desigualdades, terminou gerando não apenas satisfação, mas também desconfortos simultâneos no conjunto da sociedade brasileira. Após meio milênio de construção social fundamentada na desigualdade, seria ingênuo acreditar que os sinais iniciais de redução das iniquidades viessem acompanhados por apenas apoio e satisfações.

A oposição crescente revela desconfortos com a experiência recente de redução da desigualdade e, sobretudo, com a possibilidade de se manter ativa nos próximos tempos. Um novo impasse no interior da sociedade brasileira parece se constituir entre a satisfação daqueles que ascenderam mais rápido e não desejam interromper essa mesma trajetória e os demais segmentos sociais desconfortados pela crescente diminuição da desigualdade.

O entendimento deste cenário no Brasil não tem se mostrado simples, embora suas consequências pareçam evidentes em termos de crescente polarização política. Frente a isso, as três partes a seguir do presente artigo visam contribuir com o debate atual a respeito das causas de satisfação e desconforto identificáveis na sociedade brasileira.

Márcio Pochmann é economista, pesquisador e docente do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas



PADRÃO DE DESIGUALDADE E ALTERAÇÕES RECENTES

Desde o estabelecimento da estabilidade monetária, alcançada com o Plano Real no governo de Itamar Franco, em 1994, o Brasil registra dois períodos distintos em relação ao padrão distributivo. O primeiro ocorreu entre os anos de 1995 e 2003, quando poucos segmentos sociais melhoravam sua participação relativa na renda do trabalho. Enquanto a estabilidade no poder aquisitivo dos rendimentos médios dos brasileiros se manteve somente entre 1995 e 1997, observou-se que a partir daí até o ano de 2003, o valor real decaiu significativamente. Ademais da queda do poder aquisitivo do rendimento médio, nota-se também o comportamento do desemprego nacional, que cresceu aceleradamente entre 1995 e 1999, para depois se estabilizar em alto patamar até o ano de 2005.

No segundo período iniciado a partir de 2004, há melhora simultânea nos ganhos distributivos em praticamente todos os segmentos sociais. Ou seja, a queda no desemprego nacional e a elevação do poder aquisitivo no rendimento médio dos ocupados contribuíram para a elevação das condições de vida do conjunto da população.

A separação do conjunto da sociedade em três segmentos distintos (ricos, intermediários

e pobres), segundo o nível de rendimento, permite constatar melhor a alteração no padrão distributivo durante a estabilidade monetária no país. Entre os anos de 1995-2002, por exemplo, o segmento de rendimento intermediário dos brasileiros (do sexto a oitavo décil da escala da distribuição pessoal da renda) registrou perdas médias anuais de 0,4%, enquanto os 20% mais ricos acusaram queda mais acentuada (1,2%) na renda. Somente os 50% da população mais pobre conseguiram ter o rendimento mantido acima da inflação, com elevação média anual de 0,2%.

Para o período de 2003 a 2013, todos os segmentos sociais elevaram significativamente o nível de rendimento. Os 50% mais pobres da população aumentaram a cada ano, em média, 5,8% o poder aquisitivo do rendimento, ao passo que o segmento social intermediário cresceu a renda média em 5,2% ao ano e os ricos subiram 4,1% como média anual.

MUDANÇAS DISTRIBUTIVAS E REAÇÕES ATUAIS

Ainda que fundamental, a simples ampliação do padrão de riqueza material está longe de satisfazer exclusivamente individual e coletivamente a população de um determinado país. Estudos realizados comprovam que para segmentos situados na base da sociedade, a elevação absoluta do nível de vida se apresen-

O funil da educação evidencia como segmentos de menor poder aquisitivo terminam sendo apartados do vigor da mobilidade social, econômica e política gerada no país

ta geralmente suficiente para fazer crescer o grau de satisfação dos indivíduos (2).

O mesmo movimento, contudo, não parece ser suficiente para elevar o grau de satisfação individual dos que se encontram localizados nos estratos de maior renda na sociedade. Isto porque o aumento absoluto do padrão de vida dos indivíduos de classe média e ricos não resulta necessariamente capaz de influenciar a satisfação das pessoas.

Nesse caso, a satisfação individual sustenta-se mais na elevação relativa do nível de vida do que na simples ampliação absoluta de bem estar. Ou seja, a melhora do padrão de vida material pessoal relacionada ao que ocorre em relação aos outros indivíduos no interior da sociedade.

Assim, o movimento de elevação no nível individual de vida está comparado ao que acontece em relação aos pares, se superior, maior tende a ser o grau de satisfação pessoal. O fato da melhora no padrão de vida individual de ricos e classe média ocorrer em patamar inferior à evolução do conjunto da sociedade pode se mostrar suficiente para desencadear insatisfações.

Por um lado, a ampliação do padrão de vida material na sociedade que produza a redução da desigualdade pressupõe que os segmentos de menor rendimento ascendam mais rapidamente que os demais indivíduos. Isso pode produzir, em geral, grau de maior satisfação concentrada nos indivíduos de baixa renda, uma vez que entre os segmentos de maior poder aquisitivo pode crescer, em contrapartida, a insatisfação frente à constatação

de que o seu padrão relativo de vida cresceu menos que o dos mais pobres.

Por outro lado, a alta no nível de vida material no interior da sociedade que gera aumento na desigualdade tende a satisfazer os estratos de maior renda, cujo padrão de vida cresce mais rápido que o dos pobres. Nesta situação a insatisfação não se apresenta necessariamente entre os pobres.

Este paradoxo da satisfação talvez possa lançar luzes sobre a situação diferenciada de desconforto que se verifica em determinados segmentos de maior renda no Brasil relacionado às políticas exitosas de inclusão implementadas desde 2003. De maneira geral, as eleições realizadas nos anos 2000 terminaram expressando cada vez mais a distinção de satisfação conforme as dimensões territoriais e socioeconômicas do voto.

Estados e indivíduos mais ricos, por exemplo, tenderam a se apresentar crescentemente insatisfeitos com as políticas de elevação do nível de vida material de todos, sobretudo para os segmentos de menor rendimento. Sem a melhora do padrão individual de vida relativo ao conjunto da população do país, especialmente mais rápida na base da pirâmide social, a desigualdade que se reduz pode produzir não somente satisfações mais também desconfortos e desaprovação.

No Brasil do começo do século 21, a elevação do padrão de vida material ocorre generalizadamente entre todos os indivíduos. Como a melhora se deu mais concentrado entre os mais pobres, a desigualdade no país se tornou menor, gerando diferentes graus de satisfação e insatisfação no interior da população.

Em resumo, a luta contra as desigualdades não conta com o apoio de todos. Depende dos segmentos ao qual o indivíduo pertença, bem como a trajetória absoluta e relativa do crescimento do padrão de vida dos indivíduos. Sem esta constatação prévia, dificilmente se conseguirá entender o impasse a que o Brasil se encontra atualmente diante do paradoxo da satisfação. ♦

REFERÊNCIAS

- 1 - O desenvolvimento desta perspectiva encontra-se desenvolvida em: POCHMANN, M. (2015) *Desigualdade econômica no Brasil*. São Paulo: Saber livros.
- 2 - Para mais detalhes ver: DAVID, P. & REDER, M. (1974) *Nations and Household in Economic Growth*. New York: Academic Press; STEVENSON, B. & WOLFERS, J. (2008) *Economic Growth and Subjective Well-Being*. NBER Working paper, 14282.
- 3 - Mais detalhes ver: POCHMANN, M. (2014) *A vez dos intocáveis*. São Paulo: FPA.

MOTIVOS A SEREM CONSIDERADOS

As relações existentes entre a infra e a superestrutura de uma sociedade têm sido cada vez mais estudadas nos dias de hoje. Nesse sentido, ganha importância a compreensão a respeito das conexões que se manifestam na base material dimensionada pelo comportamento da economia com sentimentos e ações que se expressam por movimentos culturais e políticos (3).

De maneira geral, as modificações na base econômica da sociedade terminam por impulsionar, em maior ou menor medida, efeitos simultâneos sobre a superestrutura da sociedade. Ainda que possa haver alterações e suas consequências ao longo do tempo, elas ocorrem não devendo ser desconsideradas suas determinações.

Esta constatação talvez possa contribuir para lançar luzes sobre o atual momento político brasileiro. Em conformidade com a pesquisa de opinião pública conduzida pela Fundação Perseu Abramo com amostras de participantes das manifestações ocorridas nos dias 13 e 15 de março do corrente ano, torna-se evidente os impactos – para o mal ou para o bem – das transformações verificadas na base material no sentimento das pessoas.

Para os que saíram às ruas para se manifestar em 13 de março, uma sexta feira, percebe-se que o perfil médio se aproximou mais do conjunto da população nacional, com a importante presença de não brancos e com rendimentos menores. Estes setores foram impactados substancialmente por alterações na economia desde a década de 2000 relativas à elevação do nível geral de emprego, formalização dos postos de trabalho, ampliação do poder de compra dos salários, generalização do acesso ao crédito e ao maior consumo e sua diversificação.

Por outro lado, o perfil dos participantes das manifestações em 15 de março distanciou-se das características típicas dos brasileiros em função da maior escolaridade, rendimento e raça/cor. Para estes segmentos sociais, as alterações econômicas terminaram por impactar positivamente pouco ou mesmo trazer consequências percebidas como negativas.

Mesmo que a ascensão dos de baixo não tenha repercutido negativamente no padrão de vida dos estratos de maior rendimento no Brasil, gerou certo desconforto frente à redução do distanciamento que até pouco

tempo demarcava o espaço de atuação das diferentes classes e frações de classe sociais. De certa forma, percebe-se até o registro do sentimento de ameaça de parte dos melhores incluídos frente ao processo de combate à exclusão dos mais pobres, uma vez que repercute no acirramento da competição pelas oportunidades geradas no país.

Os filtros que sustentavam a falsa meritocracia expressa pelos monopólios sociais por meio da educação, das redes de indicações e círculos de relacionamento vêm sendo questionados pelo avanço das políticas de inclusão em vários níveis, revelando a baixa capacidade de certos segmentos de maior renda conviver numa sociedade mais competitiva. De fato, o movimento de democratização do acesso ao ensino médio e superior, ao consumo de maior valor unitário, ao entretenimento, entre outros, tornou mais difícil aos filhos dos já incluídos continuar ingressando tranquilamente nas universidades de mais alta qualidade, nos empregos de elevada remuneração, pois há cada vez mais competidores.

Com isso, as mobilizações recentes no Brasil parecem indicar dois sentidos de natureza diferente. De um lado, aqueles que não desejam a interrupção dos canais de ascensão socioeconômica estabelecidos desde os anos 2000 em função do baixo dinamismo econômico presente, da escassez da geração dos empregos de maior qualidade e da elevação no nível de preços, redutor do poder de compra dos salários.

E, em sentido contrário, outros que criam obstáculos aos mecanismos impulsionadores da ascensão dos de baixo. Por isso, a aceitação de políticas de contingenciamento do gasto público e da ostentação da moralidade, indícios proibitivos de um maior impulsionamento do potencial dos que vem de baixo.

Ainda que fundamental, a simples ampliação do padrão de riqueza material está longe de satisfazer exclusivamente individual e coletivamente a população de um determinado país

DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO, DEMOCRACIA E SAÚDE

POR PEDRO CÉLIO BORGES

Os acontecimentos vividos pelo país durante o primeiro semestre de 2015 foram contundentes o bastante para inserir na presente conjuntura elementos capazes de contagiar a saúde de nossas instituições e de travar o desenvolvimento, de maneira a preocupar especialmente os que mantêm preocupações democráticas e progressistas. Recortando meu tema desta forma eu procuro me fazer disciplinado e próximo ao título geral desta mesa.

Dificuldades de diferentes ordens invadiram o cenário, ora modificando completamente as premissas da ação ora dando sequência às tensões e embates encenados nas eleições de 2014. Alguns dos problemas são antigos e corriqueiros na tradição elitista e excludente de nossa trajetória republicana. Trata-se de situações que, por nunca terem sido devidamente enfrentados sempre reaparecem, com novas roupagens e amplificadas. Outros problemas são novos, embora não surpreendentes.

O esboço que aqui sugiro para leitura aglutina em dois campos as dimensões importantes para dar estruturas racionais e lógicas à conjuntura. Sobressaem primeiramente, as dimensões econômicas da crise, que tendem a se agravar e a dissolver boa parte das conquistas alcançadas no ciclo anterior. Ao lado destas, o componente político da crise ganha relevo e torna-se cada vez mais decisivo, a ponto mesmo de condicionar a construção de alternativas na esfera econômica.

Na realidade “das coisas” [talvez Engels assim mencionasse] as componentes das duas matrizes atuam conjugadas, retroalimentando-se e se combinando para potencializar os estragos no conjunto do processo institucional, na economia e na cultura de rejeição e desencanto político que de há muito ganha



Pedro Célio Borges é professor de Ciências Políticas da Universidade Federal de Goiás

corpo na percepção popular. Sob tal contexto, é possível afirmar que a vida dos brasileiros entra num ciclo diferente do anterior.

O processo é certamente complexo, posto que está fincado numa sociedade complexa e crescentemente diversificada no que tange às interações e aos interesses dos atores coletivos que a compõem. Há, nele, contradições impingidas pelas dinâmicas de radicalização da modernidade com as quais ainda não nos acostumamos e que nos lançam em cenários de incertezas, de identidades efêmeras e líquidas.

No ciclo anterior, iniciado em 2002 com a ascensão do PT ao poder, os mapas intelectuais e ideológicos clássicos que sempre nos garantiam certezas, palavras de ordem taxativas e um manancial de princípios suficientes para iniciarmos as negociações preservavam alguma funcionalidade legitimadora. Deles nasciam termos fortes e convicções formadoras do consenso dos brasileiros, como inclusão social, participação, pujança econômica, protagonismo internacional.

GANHAM TERRENO OS QUE VISLUMBRAM NA FRAGILIZAÇÃO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA ÓTIMAS OPORTUNIDADES PARA PRESSIONAR COM GREVES E PAUTAS DE INTERESSES PARTICULARISTAS E PARTIDÁRIOS

Agora, algo como uma distopia configura-se no imediato início do segundo Governo Dilma. Vemos a volatilidade dos discursos elevada a extremos, a ponto de confundir os sentidos, inclusive de setores democráticos, em relação à política e à democracia. Indefinições, temores e ansiedades parecem impregnadas ao debate público. Eles acabam moldando um híbrido de reflexão e sentimentos (prudência e raiva, formalismos constitucionais pró-impeachment e intolerâncias golpistas) que não se coadunam a respostas pré-estabelecidas e não isentam sequer os atores que se pretendem mais iluminados e visionários. Nos diferentes campos do governo e da oposição, a maior parte das forças dá mostras de que perdeu o rumo. Não dialogam entre si e menos ainda conseguem se comunicar com a sociedade.

ECONOMIA E POLÍTICA

Essa crise de direção ou de hegemonia apresenta vertentes expressivas na crise de legitimidade dos principais atores políticos. Reconhecê-la, cada um, é o primeiro passo para se recuperar a capacidade política, isto é a capacidade de propor, de apontar rumos, de reconstruir discursos necessários para ocupar os espaços de liderança que ficaram esvaziados. Sem atingir esse difícil empreendimento, as ameaças atuais crescerão e serão ainda mais ameaçadoras contra os avanços acumulados pela democracia desde os anos 1980 e contra as melhores de vida obtidas pela população.

Parece que a sociedade já absorveu a ideia de que a situação econômica é recessiva e de que estamos à mercê de ajustes estruturais imperativos. A queda do PIB no primeiro trimestre em 0,2% (em relação ao final de 2014) foi um primeiro sinal, que deve chegar ao tombo de 1,5% ao final do ano. A retração do consumo das famílias em 1,5% foi ainda mais dolorosa para os governistas e apoiadores, pois levou a rodo também alguns hábitos dos segmentos inseridos na festejada “classe C”. Desemprego crescente, queda de renda real fuga de investimentos ocupam as projeções mais constantes dos analistas para o ano.

Os dados negativos para estes indicado-

res refletem as medidas do período de governo anterior, tomadas para expandir o consumo interno às custas de gastos públicos, quando era necessário, igualmente ou em maior grau, impulsionar a produção e os investimentos. O pouco ou irrisório incremento da indústria nacional está na outra ponta do novelo.

Mas a questão essencial demanda soluções do plano político. De antemão, negociar sobre os custos do atual processo de ajuste exige grande capacidade de diálogo, e de fazer-se aceito como autoridade confiável, para intervir, para mediar, para incentivar criatividade e emulação de energias.

Governo e oposição têm aparentado impotência e imperícia para levar adiante essa empreitada. Aqui está o “X da questão”. Ambos não se acertam internamente, suas respectivas bases de apoio atuam como peças de um mosaico que não se encaixam. No mesmo contexto, o momento apresenta-se propício para alimentar os apetites fisiológicos no Congresso e interesses corporativos nos movimentos sociais. Nos dois lados ganham terreno os que vislumbram na fragilização da Presidência da República ótimas oportunidades para pressionar com greves e pautas de interesses particularistas e partidários.

Diante de tantas ameaças e assédios, de que ainda faz parte a escalada inflacionária, os agentes econômicos, a sociedade e o conjunto da população sentem-se desconfiado e, numa palavra que não me agrada usar, desamparados. Enxergam o executivo encantado, batendo cabeça, sem capacidade de coordenação e de se comunicar com a nação. O que sobressai são as imagens de promiscuidade entre público e privado, geradas pela “Operação Lavajato”, confirmando o que as mais triviais receitas do senso comum há muito professam. No Congresso, o quadro que nos é apresentado é tão desolador quanto, com o prosclênio ocupado pelas figuras caricatas, mas não inofensivas, dos presidentes da Câmara e do Senado. Ao lado delas, e emanado das posições centrais que ocupam, parece que somente vicejam ações da política miúda e dos arroubos extremados e fortuitos no varejo, como de Bolsonaro e Caiado, de um lado, e de Tiririca e Romário, do outro, este último merecendo todas as ressalvas, dados os efeitos positivos das suas denúncias e sacadas pontuais.

Enquanto isso, as lideranças progressistas e reconhecidas pelo

PARECE QUE A SOCIEDADE JÁ ABSORVEU A IDEIA DE QUE A SITUAÇÃO ECONÔMICA É RECESSIVA E DE QUE ESTAMOS À MERCÊ DE AJUSTES ESTRUTURAIS IMPERATIVOS

compromisso democrático perdem espaços no atacado, têm diminuído o poder de articular maiorias regimentais. Não causa estranheza que a diminuição da maioria penal caminhe a passos largos para ser definitivamente aprovada e que o principal tema para uma reforma política democrática, o fim do financiamento empresarial das campanhas eleitorais, não mais integre o horizonte das possibilidades reais.

POLÍTICA E SOCIEDADE

Do lado da sociedade, as manifestações expressivas de junho de 2013, permanecem indecifráveis para muitos. Os impulsos de decepção e por mudanças que rapidamente receberam rótulos de “não possuem projetos” ou de “inorgânicos”, permaneceram atuando, mesmo que fora das grandes manifestações, como as pesquisas o foram captando. Não cabe mais insistir na redução do rico manancial de insatisfações a uma espécie de “onda conservadora”, a revolta dos “coxinhas” ou à ação da “grande mídia golpista”. Este cômodo diagnóstico de setores governistas e apoiadores, parece prestar-se apenas a cultivar uma autocompensação apaziguadora no público interno.

O pior é desconhecer que a insatisfação abrange camadas distintas, inclusive enormes contingentes de ex-eleitores petistas, também “indignados” com o desempenho do governo de esquerda. Enquanto isso, a simbologia que de início marcou a voz rouca das ruas vai perigosamente encontrando definições na fraseologia do vácuo de poder, do imponderável, que animam fundos de elitização fieis às heranças aristocráticas de nossas classes altas e médias. No limite, abrem alas para as cantilenas do golpismo, que – felizmente – se bastam em vir a público como catarse, pois em tudo

se aparentam desprovidas de sustentação social, de contemporaneidade, senso de proporção e ética de responsabilidade.

Entre as ruas de 2013 e as de março de 2015, estas envoltas por inéditos índices de desaprovação do governo, tivemos as urnas de 2014. Não é de todo insólito extrair uma linha de continuidade nos três momentos, cada vez menos subterrânea e mais reveladora de tendências conceituais a serem levadas em conta. Dilma ganhou como ganhou, mas ganhou...Vêm dos idos de 1851 e 1872 as lições de Paris, escancarando o cerne de virtudes e limites da democracia representativa. Escancará-los dói na alma dos de boa fé, entretanto continua valendo a crença de que o raio não corta o céu azul.

A solução política neste instante brasileiro prenuncia-se mais próxima de arranjos conservadores, de acordos que reproduzem a institucionalidade pelo alto, desdenhando das ruas e dos alertas das urnas dado a menos de um ano. Pode-se mesmo apostar que a manutenção da presidente da República continuará refém da manutenção do presidente da Câmara e, tudo indica (inclusive os movimentos externa da economia), sem condições de governabilidade. Dilma permanecerá para cumprir o mandato, se enfraquecendo até o final, de modo a inviabilizar qualquer projeto de seu eixo político-partidário para a sucessão de 2018. O próprio PT sinaliza já estar se acomodando a esse cenário. Aí temos ser o eixo que a irresponsabilidade da oposição institucional, ainda referida no PSDB, *ma non troppo*, pois para tucanos como para petistas, é assim proceder ou aceitarem o cipoal de imprevisibilidades da Lava-Jato. Enfim, mencionei a besta fera, pra não dizer que não falei de flores.

O PMDB? Aqui sim, no meio de partidos que sem pudor vivem a dissolução da sua última imagem e fingem-se de mortos no pacto de salvemo-nos todos, este continua sempre apto a jogar nas três colunas: a favor, contra ou muito antes pelo contrário, vou de eu mesmo.

‘ESTADO DEMOCRÁTICO’ OU ESTADO DE CLASSE?

POR ANDRÉ DANTAS

Na perspectiva do direito constitucional, em linhas gerais, o “Estado democrático” nada mais é do que a garantia das chamadas liberdades constitucionais, que inclui o funcionamento regular das instituições, além do respeito às liberdades civis e aos direitos políticos dos cidadãos. Em suma, estamos falando da observância estrita das regras republicanas do jogo democrático. A despeito do traço formal e marcadamente liberal desta perspectiva, são inegáveis as diferenças, para melhor, desta *forma republicana democrática de Estado* em relação a outras baseadas no poder hereditário ou no autoritarismo sem fachada das ditaduras. No entanto, o reconhecimento desta diferença, especialmente importante no Brasil em função de nossa história recente, não pode perder de vista, (nos parece), as funções desempenhadas e o sentido de existência do Estado no capitalismo, sob o risco fatal de *errarmos na política, pela inexata compreensão do seu significado integral (ditadura + hegemonia)* (GRAMSCI, 2007).

Este é o ponto a partir do qual, acreditamos, o debate deve se desenvolver.

Mas isto exige, antes, que nos posicionemos claramente. Pela perspectiva marxista, portanto, que considera a existência de classes antagônicas e inconciliáveis em essência, o Estado é necessariamente um *Estado de classe*. E como tal, precipuamente existe em função do conflito e para dirimi-lo, nas franjas (e não na essência), em benefício da manutenção do posto das classes dominantes. Dito isto, a defesa e o elogio de um “Estado democrático”, nesses termos, não pode pretender o seu controle pela sociedade civil, como um órgão subordinado a ela, que atenda e execute a vontade da maioria ou que seja manipulável por eficientes mecanismos de gestão – onde supostamente conte mais o grau da eficiência e menos a direção política, de classe, expressa na gestão.

Eis a exigência da retomada do debate estratégico que se nos apresenta, posto que a derrota histórica sofrida pela classe trabalha-



André Vianna Dantas é professor e pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz

dora nas décadas finais do século passado, com a derrocada do socialismo real, nos tem imobilizado, praticamente, desde então. Em que pese a pertinência da recusa dos desvios autoritários de tais experiências socialistas, a democracia burguesa não deve figurar como a alternativa por excelência, se de fato estamos em busca da saúde enquanto conceito ampliado, do socialismo (CEBES, 2015), e não apenas de um *capitalismo democrático* ou do hoje quimérico *Estado de Bem-estar Social*. A presente crise estrutural do capital, instalada entre nós desde fins dos anos 1960 e recheada de potentes agravos, que a tem ampliado seguidamente (a crise de 2008 foi apenas o mais sério dos últimos episódios) não nos autoriza a alimentar ilusões. (MÉSZÁROS, 2015).

E ao contrário do que prega o discurso neoliberal, falacioso, do *Estado Mínimo*, o que vemos é um Estado cada vez mais diretamente presente na dinâmica íntima da reprodução do capital, tornando factível o que Marx e Engels afirmaram em 1848 em tom propositalmente panfletário, isto é, de que *o Estado não passaria de um comitê executivo da burguesia*. Não é casual que, para além da observação atenta da realidade contemporânea, possamos contar com a deferência insuspeita e involuntária aos pensadores alemães, feita recentemente, pelo atual ministro da Fazenda, Joaquim Levy, quando declarou: “O papel do governo é criar o palco para o setor privado desempenhar o seu papel”. (*O Globo*, 12/5/2015).

É URGENTE QUE FAÇAMOS UM RIGOROSO BALANÇO DAS TÁTICAS MAJORITARIAMENTE TESTADAS AO LONGO DO ÚLTIMO CICLO ESTRATÉGICO DA CLASSE TRABALHADORA BRASILEIRA, DOS ANOS 1970 PARA CÁ, QUE PARECEM DAR SINAIS CLAROS DE ESGOTAMENTO

Diante desse cenário, fica ainda mais limitado o *papel corretivo* do Estado (MÉSZÁROS, 2015) na relativa, cirúrgica e interessada amenização das contradições produzidas pelo sistema, posto que também estão crescentemente limitadas as bases materiais para tanto. Isto se reflete diretamente sobre as políticas públicas, ferramentas *corretivas* por excelência, dado que é sobre o fundo público dos Estados nacionais – precisamente a fonte de financiamento de tais políticas – que têm se concentrado os ataques do capital na tentativa de manutenção da sua reprodução ampliada. (TEIXEIRA, 2012).

Isto posto, algumas questões teórico-práticas precisam ser colocadas. A primeira diz respeito ao norte estratégico da luta, se na direção da *reforma* ou da *superação* do sistema do capital. A segunda passa pelo reconhecimento dos limites colocados para as conquistas parciais no interior da ordem vigente, em situação profundamente regressiva e irreversível, de modo a reequilibrar as expectativas e as apostas. E por fim, é urgente que façamos um rigoroso balanço das táticas majoritariamente testadas ao longo do último ciclo estratégico da classe trabalhadora brasileira, dos anos 1970 para cá, que parecem dar sinais claros de esgotamento.

Assim, se estamos falando de um Estado de classe, sua função precípua não pode ser outra senão a manutenção da dominação e não a superação da sociabilidade burguesa. Mas deste ponto pacífico não desdobra, ao contrário do que um vício maniqueísta poderia supor, a improcedência da luta por sua conquista ou pela disputa e ocupação de es-

paços estratégicos no interior da máquina ou da ampliação de suas responsabilidades no atendimento de demandas e bandeiras que representem avanços civilizatórios. É preciso que não sobre dúvida, porém, sobre o caráter parcial e insuficiente desta *tática institucional*, chamemos assim, posto que, se desprovida de norte estratégico, se descolada do movimento orgânico da classe, se isolada em âmbito setorial, estará fadada a continuar produzindo derrota e apassivamento.

Tal balanço tem nos sugerido que a combinação da autocrítica de esquerda em relação aos regimes socialistas com a luta contra a ditadura empresarial-militar, no Brasil, produziu um elogio frouxo e genérico da democracia, como se portadora fosse de um *valor universal*. Em paralelo, mas de forma intimamente associada, erigiu-se um culto ao Estado (compreendido exclusivamente como máquina), bem à moda da *fé supersticiosa* de que falava Engels, como se por seu intermédio, garantida a ordem, fosse possível promover a *emancipação humana* plena. A experiência das últimas décadas no Brasil parece, dramaticamente, confirmar o equívoco desta aposta.

Todo o processo de *reestruturação produtiva* e consequente reforma do Estado, que vêm respondendo à crise estrutural do capital, têm redundado, entre outras muitas coisas, em restrição crescente do orçamento público em benefício do pagamento de juros da dívida pública, redução da fronteira de direitos trabalhistas, abertura de setores estratégicos ao capital estrangeiro, além de processos intensos de mercantilização da vida e privatização do patrimônio e do fundo público. De todos, no entanto, talvez o efeito mais visível e significativo do quadro que tentamos apontar, seja o processo de *financeirização* das políticas sociais, que tem afetado diretamente a saúde, a educação e outros importantes setores que respondem diretamente pela qualidade de vida da classe trabalhadora.

Por esta nova configuração, tais políticas têm sido entregues à iniciativa privada e tomadas como negócio. Há um movimento duplo: para além da entrega do fundo público para o capital privado (objetivo central do processo de *financeirização*), o Estado também transfere a gestão da política, que passa a obedecer à lógica empresarial. Eis a passagem do *usuário de direitos* para o *cliente de serviços*. Ao invés do usufruto do direito, o Estado garante aos sujeitos, em forma de dinheiro, o

acesso ao mercado para que busquem o atendimento de suas necessidades (de saúde, de educação, de moradia e etc.). Na Saúde, este mecanismo se expressa de diversas formas: flexibilização dos modelos de gestão (fundações estatais, parcerias público-privadas, OSs, OSCIPs), subsídios, renúncia fiscal e financiamento direto e indireto ao capital privado. A privatização se dá por dentro da mesma institucionalidade que criou o SUS e que também o subfinancia – prova cabal, nos parece, de que os avanços na institucionalidade, uma vez alcançados, podem regredir no mesmo ritmo e intensidade, se sofrer alterações a correlação de forças. Ao contrário do que está sugerido pela tática institucional, que é reformista, a classe trabalhadora e suas bandeiras representadas no Estado não significam igualdade entre as classes, nem tampouco o alcance de um patamar de equilíbrio entre elas, como se os direitos políticos bastassem para resolver as aspirações igualitárias, preservada a desigualdade estrutural na base econômica, no entanto.

Não se trata, então, de um Estado melhor nem pior o que temos – em que pese o desmerecimento crescente do seu caráter “democrático” formal – mas de um Estado que, como sempre, precisa atender às exigências vitais da reprodução do capital e, portanto, como Estado de classe que é, assim o faz com os meios disponíveis em cada conjuntura específica, sejam eles legítimos ou ilegítimos, com respeito ou não à legalidade e às formalidades jurídicas, com a preponderância do consenso ou da coerção. Isto mostra como não estamos tratando apenas de *gestão* quando falamos de modelos gestão. Relegar o tema a este registro significa uma vitória ideológica do capital, na medida em que os intelectuais orgânicos da burguesia também não estão falando apenas de *gestão* quando falam de modelos gestão.

Se quisermos retomar a questão inicial presente no título desta breve intervenção,

diríamos que mais importante que a *forma* do Estado, sempre conjuntural e afeita às necessidades de momento da reprodução do capital, o que não nos pode escapar é a sua condição de classe, determinante das variadas formas conjunturais, resultantes do conflito. Por fim, é preciso que se diga que o quadro apresentado por nós não absolve a classe e suas lideranças dos fracassos que temos acumulado. Muito ao contrário. O reconhecimento da complexidade da luta e da longa distância a percorrer entre as batalhas cotidianas, parciais, setoriais e a realização plena do objetivo estratégico do socialismo não nos autoriza a regatear no apontamento, desde já, de onde queremos chegar, nem tampouco na formulação e aplicação rigorosa dos métodos de luta para tanto. O último ciclo estratégico da classe trabalhadora, no Brasil, liderado desde a sua origem pelo Partido dos Trabalhadores (PT), parece se encerrar hoje precisamente porque abriu mão do seu norte estratégico e da escolha de seus métodos de luta mais combativos e autônomos, em nome de um *acúmulo de forças* no interior da ordem burguesa que não pretendeu tencioná-la frontalmente, mas sim disputá-la com ferramentas emprestadas pelo próprio inimigo, confundindo *hegemonia* com maioria eleitoral. Tal prática política, é bom que se diga, a despeito de sua profunda crise, mantém-se ainda hoje de pé também no interior do Movimento Sanitário, numa tentativa inglória de preservar o que foi conquistado. Dramaticamente, o *transformismo* (GRAMSCI, 2007) de parte importante de nossas lideranças de classe, que hoje cumprem fielmente a violenta agenda do capital contra os trabalhadores, nos exige que reconstruamos um projeto de esquerda no país, revitalizemos antigos e criemos novos sujeitos coletivos, novas lideranças e reavaliemos, rigorosamente, a curvatura do arco de nossos verdadeiros aliados.

O PROCESSO DE FINANCEIRIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS, TEM AFETADO DIRETAMENTE A SAÚDE, A EDUCAÇÃO E OUTROS IMPORTANTES SETORES QUE RESPONDEM DIRETAMENTE PELA QUALIDADE DE VIDA DA CLASSE TRABALHADORA

REFERÊNCIAS

- CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Tese para a XV Conferência Nacional de Saúde – Saúde não é negócio nem mercadoria, é direito de cidadania*. Cebes, 2015. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/04/Tese-Cebes-15-CNS_Final.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2015.
- GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*, vol. 3 (C. N. Coutinho, M. A. Nogueira, & L. S. Henriques, Eds.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.
- MÉSZÁROS, I. *A montanha que devemos conquistar*. São Paulo: Boitempo, 2015.
- SETTI, R. Levy: 'o papel do governo é criar palco para o setor privado desempenhar o seu papel'. *O Globo*. Rio de Janeiro, 12 de maio de 2015. Caderno de Economia. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/economia/levy-papel-do-governo-criar-palco-para-setor-privado-desempenhar-seu-papel-16130492>>. Acesso em: 12 mai. 2015.
- TEIXEIRA, S. O. "Por trás do fundo menos público, o que está em jogo é a democracia", In: SALVADOR, E. et alli. *Financeirização, Fundo Público e Política Social*. São Paulo: Cortez, 2012. p. 181-208.

RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO, CONFLITO DE INTERESSES E A AGENDA REGULATÓRIA PARA A CONSOLIDAÇÃO DA DEMOCRACIA

POR INÊS RUGANI



Inês Rugani Ribeiro de Castro é diretora do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

As reflexões que partilho neste texto são fruto de um caminhar coletivo de pessoas e de diferentes entidades, entre elas a Abrasco, que compõem a Frente pela Regulação da Relação Público-privado em Alimentação e Nutrição. Essa Frente nasceu da nossa indignação de ver como tem se dado a relação público-privado na área de alimentação e nutrição e, também, da nossa clareza quanto à centralidade do enfrentamento dessa questão para o avanço das políticas públicas. No percurso para organizar nossa ação política, nos deparamos, também, com o desafio colocado pela implementação do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), que prevê, em suas diretrizes, o estabelecimento de mecanismos de regulação da relação público-privado e a necessidade de subsídios para sua concretização.

Nessa reflexão, serão usados exemplos da área de nutrição, *locus* de atuação desse cole-

tivo, com a intenção de dar concretude ao que será abordado. O mesmo exercício poderia ser feito com temas de outras áreas da saúde. A presente contribuição está estruturada em três tópicos:

- termos do debate sobre a relação público-privado e conflitos de interesses e a explicitação dos recortes que serão aqui adotados;
- elementos e desafios dessa temática no atual cenário brasileiro, e
- democracia e ação regulatória do Estado.

TERMOS DO DEBATE SOBRE A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO E CONFLITOS DE INTERESSES

No percurso de estruturação da ação política sobre esse tema, temos nos deparado com um debate amplo e complexo, no qual são explicitados entendimentos distintos, mesmo no interior da Saúde Coletiva, do que se entende por público, privado, conflito de interesses; quem são os atores envolvidos e os limites e as potencialidades da regulação da relação público-privado. Percebemos, então, duas necessidades: construir uma compreensão compartilhada deste campo e assumir um recorte que oriente a ação política e que supere a “cortina de fumaça” e o imobilismo que podem decorrer de uma abordagem acadêmica e relativista.

Nessa perspectiva, assumimos os princípios e os valores expressos em políticas públicas, em mecanismos legais de proteção e de garantia de direitos e na ação política de coletivos como sendo a expressão do interesse público. Exemplos desses princípios e valores seriam a independência, a transparência, a equidade e a soberania alimentar. Portanto, não entendemos interesse público como sinônimo de práticas governamentais; ao contrário, muitas vezes essas práticas ferem os princípios das próprias políticas públicas com as quais os agentes dessas práticas se dizem comprometidos.

Entendemos como setor privado os agentes econômicos que atuam direta ou indiretamente na área (no caso, alimentação e nutrição, sistema alimentar) e que visam o lucro. Ou seja, nossa abordagem não enfoca o “privado” em sua dimensão individual, embora esta também seja uma temática relevante para o debate sobre a relação público-privado. Embora saibamos do imbricamento entre os vários atores econômicos, para organizar a ação política e a nossa militância cotidiana identificamos a importância de reconhecer e nomear esses atores e entender como eles operam, conforme veremos a seguir.

Adotamos como definição de conflito de interesses aquela expressa na lei nacional sobre esse tema: “é a situação gerada pelo confronto entre interesses públicos e privados que pode comprometer o interesse coletivo ou influenciar, de maneira imprópria, o desempenho da função pública” (Lei Nº 12.813, 16/5/2013).

Para termos uma noção da complexidade dessa rede de interesses e de relações, tomando a alimentação e nutrição como exemplo, podemos citar como atores envolvidos os órgãos do poder Executivo; as instâncias dos poderes Legislativo e Judiciário; as grandes empresas (de capital nacional e transnacional), os pequenos e médios produtores, os pequenos e médios comerciantes, as instituições acadêmicas, as entidades de classe e científicas, as organizações não governamentais (tanto as PINGO - *Public Interest Non-governmental Organizations* quanto as BINGO - *Business Interest Non-governmental Organization*), as diversas formas de organização coletiva da sociedade civil, entre outros. O que está posto, então, são redes de interesses que são dinâmicas e que atravessam processos das diferentes instituições governamentais, empresariais e societárias.

ELEMENTOS E DESAFIOS DESSA TEMÁTICA NO ATUAL CENÁRIO BRASILEIRO

São exemplos das diversas formas de atuação do setor privado no sistema alimentar: a produção e a comercialização de sementes, de insumos agrícolas, de agrotóxicos, de equipamentos, de substâncias de uso exclusivamente industrial (ex: proteínas de soja e do leite, extratos de carnes, substâncias sintetizadas em laboratório), de alimentos *in natura*, de alimentos ultraprocessados, de alimentos transgênicos, de alimentos adicionados de

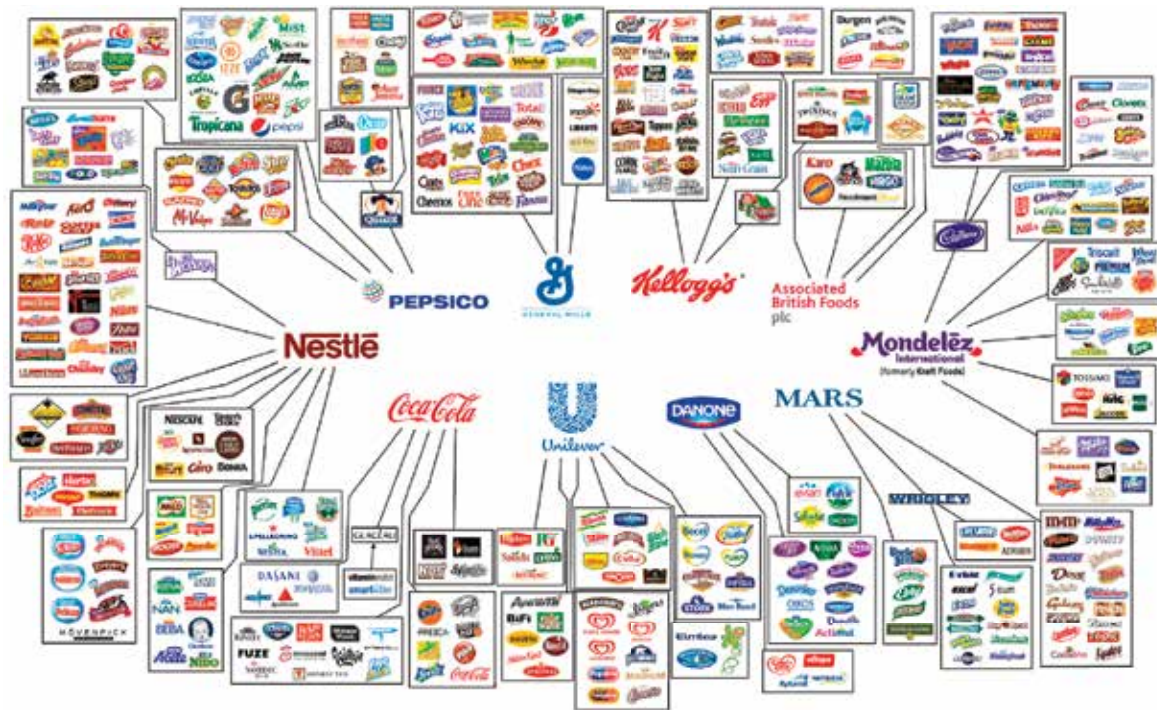
nutrientes, de medicamentos e suplementos para animais e seres humanos, de refeições, de fórmulas industrializadas para pessoas hospitalizadas ou com necessidades alimentares especiais; e as práticas de publicidade e *marketing*, tanto de seu portfólio quanto de sua imagem, para o público em geral e especificamente para o público infantil.

Além das práticas acima descritas, cabe também destacar outras em que estão (potencialmente ou sempre) presentes conflitos entre os interesses públicos e privados, tais como: prestação de serviços para os governos; participação em processos decisórios de formulação de políticas públicas; realização de acordos voluntários com os governos; estabelecimento de parcerias para campanhas educativas não efetivas ou contra-efetivas; interferência na produção de conhecimento e na formação profissional de diferentes formas, explícitas e implícitas; financiamento de campanhas eleitorais; criação e financiamento de ONG que chancem seus produtos e suas práticas; imposição de forte e sistemática resistência a medidas regulatórias e outras que firam seus interesses econômicos; além da atuação para a reversão de medidas regulatórias já instituídas.

Da forma como esses dois conjuntos de práticas vêm sendo predominantemente conduzidos, eles comprometem a segurança alimentar e nutricional da população e a soberania alimentar do país, conformando um sistema alimentar pautado em um modelo concentrador de poder e de renda e altamente dependente de corporações multi e transnacionais. Desenvolveremos esse argumento com base em três exemplos.

O primeiro se refere à concentração de mercado. Com base em dados de 2013, a OXFAM (*Oxford Committee for Famine Relief*) produziu o diagrama no qual demonstra que as marcas de produtos alimentícios e de higiene pessoal mais consumidos no mundo estão concentradas nas mãos de 10 grandes transnacionais. Essas empresas, juntas, movimentaram naquele ano mais de US\$ 1 bilhão por dia no mundo. Nesse contexto, cabe questionar de qual liberdade de escolha essas empresas falam em suas propagandas, posto que, ao fim e ao cabo, todos esses produtos pertencem a um grupo tão reduzido de corporações.

O segundo exemplo refere-se a como situações em que estão postos conflitos entre in-



Fonte: Joki Gauthier, para a Oxfam 2012. Publicação: Por trás das marcas. Informativo Oxfam, 26 de fevereiro de 2013

teresses públicos e privados podem contribuir para o aumento da concentração de poder. Trata-se do financiamento das campanhas eleitorais em 2014. Matéria publicada em sete de agosto de 2014 pelo jornal Folha de S. Paulo - ainda, portanto, durante o processo eleitoral- mostrou o balanço parcial do financiamento e revelou que três empresas eram responsáveis por 65% do financiamento das campanhas eleitorais para a Presidência da República até então: a JBS, dona da marca Friboi; a fabricante de bebidas Ambev, e a construtora OAS. A reportagem falava ainda que, na campanha presidencial de 2010, já havia sido observada a concentração do financiamento em poucas empresas, mas um pouco menos intensa do que a registrada em 2014 (os três maiores doadores haviam respondido por 56% do total doado).

Já em relação à Câmara de Deputados, uma matéria publicada pelo jornal O Estado de S. Paulo em oito de novembro de 2014, portanto, após as eleições, mostrou que as 10 empresas que mais fizeram doações ajudaram a eleger 70% da Câmara (360 de um total de 513). Os deputados que elas financiaram estão distribuídos por 23 partidos diferentes.

“As empresas do grupo JBS (ou que têm os mesmos sócios) distribuíram R\$ 61,2 milhões para 162 deputados eleitos. A JBS deu recursos para a cúpula de 21 dos 28 partidos representados na nova Câmara, incluindo todos os grandes. (...) A JBS elegeu a mais numerosa bancada da Câmara - mais do que o dobro da do maior partido, o PT. (...) A Ambev (dona das marcas Brahma e Antarctica, entre outras) doou R\$ 11,7 milhões e ajudou a eleger 76 deputados de 19 partidos. (...) Como setor, as empreiteiras têm a maior presença entre os top 10 doadores da nova Câmara.

Cinco delas entraram na lista: OAS, Andrade Gutierrez, Odebrecht, UTC Engenharia e Queiroz Galvão”.

O que se pode observar, então, é que, ao definirem suas estratégias de financiamento, essas empresas não fazem distinção partidária entre as legendas mais expressivas na disputa eleitoral para os cargos dos poderes executivo e legislativo. Para termos uma noção da ordem de grandeza dos recursos mobilizados, consultando as bases sobre financiamento de campanha que estão disponíveis, identificamos que o montante total de recursos que a JBS doou para a última campanha eleitoral ultrapassou R\$ 300 milhões. Tanto a indistinção de partidos e de candidaturas financiados quanto o montante de recursos empregados levam a um arranjo político diferente daquele que se espera ver delimitado pelas plataformas e pelos programas dos partidos, o que é prejudicial para um sistema democrático, dado que este pressupõe a representação da diversidade de ideias e visões existentes na sociedade.

O terceiro exemplo diz respeito a como as corporações transnacionais se organizam em entidades da sociedade civil para defenderem seus interesses, buscando, por um lado, criar uma imagem positiva sobre sua marca e seus

AS MARCAS DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS E DE HIGIENE PESSOAL MAIS CONSUMIDOS NO MUNDO ESTÃO CONCENTRADAS NAS MÃOS DE 10 GRANDES TRANSNACIONAIS

produtos, e, por outro, resistir a medidas regulatórias que imponham qualquer limite às suas práticas mercadológicas. São muitas as iniciativas de criação e de financiamento de organizações não-governamentais, muitas delas internacionais. Um exemplo é a ILSI (*International Life Sciences Institute*), que é uma associação internacional, sem fins lucrativos, que afirma ter como missão “colaborar para suprir a insuficiência de dados técnico-científicos com impacto na saúde pública, além da melhoria na qualidade de vida das pessoas” (trecho extraído do relatório anual da ILSI-Brasil, referente ao ano de 2014). No Brasil, esta entidade é mantida por 39 empresas, entre elas Coca-Cola, Pepsico, Ajinomoto, Nestlé, Monsanto e Cargill, e conta, em seu conselho científico, com representantes de indústrias e com pesquisadores de universidades brasileiras.

São também vários os episódios de resistência a medidas regulatórias. A título de ilustração, citamos a atuação de representantes do setor regulado quando do processo da Consulta Pública nº 71. Ele foi conduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) entre os anos de 2006 e de 2007 e referia-se à proposta de um Regulamento Técnico sobre, entre outros temas, a propaganda de alimentos com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio e de bebidas com baixo teor nutricional (Idec, 2014a). Nesse episódio, entre as várias práticas de resistência do setor regulado, observamos a apropriação da discussão sobre direitos, como se os direitos humanos fossem aplicáveis às corporações transnacionais. Empresas dos ramos de Alimentos & Bebidas e de Comunicação & Propaganda argumentaram contra a regulação de publicidade de produtos alimentícios, alegando que essa regulação feriria seu direito à “liberdade de propaganda” (ou de ‘liberdade de expressão comercial’). Entretanto, este é um argumento descabido, uma vez que a publicidade não tem a ver com o direito à liberdade de expressão, reconhecido como um direito fundamental, mas, na verdade, está ligada à liberdade comercial, que é de ordem econômica.

Em resumo, o atual cenário brasileiro é marcado por agentes econômicos que atuam de forma avassaladora e que estabelecem, muitas vezes, uma relação promíscua com o Estado. Essa atuação impacta a relação entre Estado, mercado e sociedade no sentido de fragilizar a defesa e a garantia do interesse público.

A questão central, então, é: qual a relação institucional e política a ser estabelecida entre o Estado e os segmentos do setor privado cujas práticas ferem os princípios norteadores das políticas públicas, por um lado, e os segmentos do setor privado cujas práticas convergem com esses princípios. Em relação às políticas

públicas que envolvem o sistema alimentar, temos, por um lado, segmentos que ferem os princípios norteadores daquelas políticas que ajudamos a construir nos últimos anos, como as grandes redes varejistas e as transnacionais que produzem insumos e alimentos ultraprocessados, e, por outro, segmentos que convergem com esses princípios, como cooperativas de pequenos produtores, camponeses e agricultores que adotam práticas agroecológicas em sua produção.

Portanto, para a identificação de potenciais conflitos entre interesses públicos e privados, não basta identificar a personalidade jurídica de um determinado ator, se é privado com fins lucrativos ou se é uma organização sem fins lucrativos. Existem várias instituições que, formalmente, não são definidas como organizações com fins lucrativos, mas que, na verdade, representam os interesses privados. Para orientar a nossa ação política e a nossa militância cotidiana, entendemos que, mais do que identificar a caracterização formal de um determinado ator, um exercício fundamental é examinar seus princípios, produtos, processos e práticas. São esses elementos que irão revelar, de fato, quais os interesses desse ator.

DEMOCRACIA E AÇÃO REGULATÓRIA DO ESTADO

Para pensar a relação entre democracia e ação regulatória do Estado, partimos da premissa de que a democracia está ameaçada em situações em que há grande assimetria de poder econômico, de decisão ou de capacidade de influência. Essa ideia e outras questões a ela relacionadas foram abordadas por José Saramago no trecho a seguir.

“Aprendemos de livros, e as lições da vida o confirmam, que, por mais equilibradas que se apresentem as suas estruturas institucionais e respectivo funcionamento, de pouco nos servirá uma democracia política que não

O ATUAL CENÁRIO BRASILEIRO É MARCADO POR AGENTES ECONÔMICOS QUE ATUAM DE FORMA AVASSALADORA E QUE ESTABELECEM, MUITAS VEZES, UMA RELAÇÃO PROMÍSCUA COM O ESTADO

tenha sido constituída como raiz e razão de uma efetiva e concreta democracia econômica e de uma não menos concreta e efetiva democracia cultural. Dizê-lo nos dias de hoje há de parecer, mais que uma banalidade, um exausto lugar-comum herdado de certas inquietações ideológicas do passado, mas seria o mesmo que fechar os olhos à realidade das ideias não reconhecer que aquela trindade democrática - a política, a econômica, a cultural - , cada uma delas complementar das outras, representou, no tempo da sua prosperidade como projeto de futuro, uma das mais congregadoras bandeiras cívicas que alguma vez, na história recente, foram capazes de comover corações, abalar consciências e mobilizar vontades. Hoje, pelo contrário, desprezadas e atiradas para a lixeira das fórmulas que o uso, como a um sapato velho, cansou e deformou, a ideia de uma democracia econômica, por muito relativizada que tivesse que ser, deu lugar a um mercado obscenamente triunfante, e a ideia de uma democracia cultural foi substituída por uma não menos obscena massificação industrial de culturas, esse falso *melting-pot* com que se pretende disfarçar o predomínio absoluto de uma delas. Cremos haver avançado, mas, de fato, retrocedemos”.

Ainda nesse livro, Saramago problematiza o fato de que consideramos viver em uma democracia, quando, na verdade, vivemos em uma plutocracia, que é o governo dos ricos. Ele aponta que, no momento de participar nas eleições, quando todas as pessoas têm o mesmo poder de decisão (cada pessoa um voto), pensamos que estamos praticando a democracia, porém, o que ocorre é a legitimação da plutocracia por meio do sufrágio universal. Ele faz, então, um apelo a uma ação completamente diferente dessa, no sentido de aprofundar as práticas democráticas e a justiça social.

Nessa perspectiva, um elemento norteador da nossa ação política é o entendimento de que, na relação público-privado, a ação do Estado é imprescindível. Vladimir Safatle fundamenta essa afirmação quando diz:

“(…) Diante dos modelos liberais, ou seja, sem forte intervenção de políticas estatais de redistribuição, nossas sociedades tendem a entrar em uma situação de profunda fratura social por desenvolverem uma tendência radical de concentração de riquezas. O problema da desigualdade só pode ser realmente minorado por meio da institucionalização de políticas que encontram no Estado seu agente. Pode-se dizer isso porque, de outra forma, elas nunca

terão a escala e a universalidade necessárias para funcionar. O Estado é a única instituição que garante o estabelecimento de processos gerais capazes de submeter toda a extensão da sociedade.

Por outro lado, ele é resultado de uma rede de normas sociais cuja configuração é sensível à pressão da sociedade organizada. Tal pressão pôde, em vários momentos da história do século 20, transformar o Estado em força capaz de limitar interesses de concentração de riquezas vindos dos setores mais afluentes da sociedade. Não há outra instituição capaz de desempenhar papel semelhante. Por isso, em nome do combate à desigualdade econômica, a esquerda não pode abrir mão do fortalecimento da capacidade de intervenção do Estado.

As críticas contra o Estado, vindas da própria esquerda e animadas pelo saldo libertário de Maio de 1968, não têm resposta adequada para o problema da luta contra a desigualdade econômica. Ela é forte na denúncia das estruturas disciplinares do poder estatal, mas esquece que o Estado moderno não pode ser reduzido a um aparato disciplinar, nem mesmo, se quisermos retomar essa temática marxista clássica, a um mero aparelho de interesse de classe. Os últimos trinta anos demonstraram claramente como dinâmicas de redistribuição e de luta contra fraturas sociais não se realizam sem a força da intervenção do Estado”.

Com base nessas considerações, no debate sobre a relação público-privado, reconhecemos a inequívoca centralidade da ação regulatória do Estado (quando ela se dá alinhada ao interesse público) para a consolidação da democracia (política, econômica, cultural). Uma evidência muito clara dessa centralidade é a grande resistência dos setores econômicos a qualquer movimento de regulação da sua prática. Inclusive, esses setores recorrentemente utilizam o argumento de que medidas regulatórias ferem (ou restringem) a democracia. Nosso entendimento é justamente o oposto: medidas regulatórias estão entre as mais importantes medidas do Estado para proteger e fortalecer a democracia.

O desafio que está posto, então, é o de estabelecer e consolidar medidas de regulação da relação público-privado com vistas a, por um lado, proteger as políticas públicas da interferência do setor privado dedicado a atividades mercadológicas (em sentido amplo) que alavancam práticas alimentares nocivas à

saúde e comprometem o sistema e a soberania alimentar brasileiros e, por outro, apoiar os atores cujas práticas convergem com os princípios e diretrizes das políticas públicas de alimentação e nutrição. Vale lembrar que as políticas públicas dessa área hoje no Brasil são fruto de um processo político amplo e da participação da sociedade civil na elaboração dos princípios e das diretrizes que norteiam essas políticas.

Diante desse cenário muito adverso e complexo, entendemos que a ação política imediata deve se dar por meio de duas vertentes: incidir no debate sobre a relação público-privado e atuar em práticas de *advocacy*. Na primeira vertente, uma ação fundamental é ampliar a visibilidade do tema e politizar o debate. Para isso, é fundamental desnaturalizar a relação público-privado da forma como ela se dá hoje. Na área de nutrição, por exemplo, para muitos pesquisadores e trabalhadores de serviços de saúde, o fato de empresas de insumos e produtos ultraprocessados patrocinarem eventos científicos é visto como algo muito natural, quando não é. Essa cultura foi construída e pode ser desconstruída. Para isso, é muito importante elaborar um discurso consistente e contundente que ancore a argumentação sobre o tema.

Ainda em relação à politização do debate, outro aspecto fundamental é problematizar e, se for o caso, denunciar abordagens que se apresentam como puramente técnicas (técnicos), quando, na verdade, o que está posto são decisões políticas pautadas por interesses econômicos que ferem os princípios e os valores expressos nas políticas públicas. Entendemos que não existe questão puramente técnica. Portanto, é fundamental que a sociedade civil atue no sentido de reivindicar a coerência entre os princípios das políticas públicas e os aspectos técnicos das medidas que as concretizam.

É aspecto fundamental é desconstruir a ideia de que toda relação público-privado é uma parceria. Cabe problematizar se é possível estabelecer parceria entre setores com possibilidades distintas de inserção nos processos decisórios. Além disso, entendemos não ser possível o estabelecimento de parceria entre setores cujos objetivos e princípios são antagônicos.

Outra prática importante é questionar a opção pelo modelo de acordos voluntários e dar visibilidade aos seus limites no contexto

brasileiro. Um exemplo do alcance limitado desse tipo de iniciativa foi o esforço empreendido recentemente pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Abia (Associação Brasileira de Indústrias de Alimentos), com o objetivo de diminuir a quantidade de sódio em alguns grupos de produtos ultraprocessados. O IDEC (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor), fez um estudo sobre essa experiência e seu relatório aponta: timidez das metas em relação aos critérios de redução e ao prazo para cumprimento; ausência de sanções em caso de não cumprimento; monitoramento insuficiente das metas e falta de transparência, uma vez que a sociedade civil não esteve presente na mesa de negociação (Idec, 2014b).

Mais uma frente importante é a construção de ações convergentes entre várias entidades em relação à agenda regulatória em vários âmbitos. Isto é, nos organizarmos de forma a não ficar reagindo, atônitos, a cada ação em que o conflito de interesses esteja posto, mas, sim, tenhamos uma ação pró-ativa e articulada, seja no âmbito do Executivo (ministérios, Anvisa; esferas estaduais e municipais), do Legislativo (acompanhar projetos de lei em tramitação, criar novos projetos de lei, atuar em defesa das conquistas já realizadas); do Judiciário; da sociedade civil (opinião pública) e de nossas instituições. Sobre a sociedade civil, para nós está claro que ela precisa estar disposta a defender medidas regulatórias e, por exemplo, se posicionar a favor da regulação da publicidade de alimentos e da publicidade para crianças. Para isso, ela precisa ser apresentada a e se envolver com este debate, que deve ser aprofundado em nossos cursos, programas e demais atividades universitárias.

Nas instituições acadêmicas, um passo importante para isso é a elaboração de códigos de conduta sobre a relação público-privado para a produção do conhecimento, para a formação, para as atividades curriculares, explícitas e implícitas, e para tudo o que envolve a produção e a difusão de conhecimento. Esforços iniciais nesse sentido estão sendo empreendidos em algumas instituições.

Outro exemplo de ação mais imediata que gostaria de abordar foi a elaboração de um documento de apoio para as conferências nacionais de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional pelo Grupo Temático Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva desta Associação. Esse documento apresenta como uma das propostas-chave o estabelecimento de um “código de conduta que oriente a ação governamental na relação público-privado com setores econômicos cujos princípios, produtos e práticas sejam contrários ou firam os princípios e valores expressos nas políticas públicas que tenham interface com alimentação e nutrição (entre elas PNAN, PNSAN, PNPS, PNS, PNAB, PLANAPO)” (GT ANSC. Fortalecimento da Agenda de Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde - Subsídios para as Conferências de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional. 2015).

Para finalizar, cabe registrar que é necessário avançar na agenda regulatória em vários âmbitos, como no da regulação da propaganda e publicidade de produtos ultraprocessados e daquelas dirigidas ao público infantil. Nossa Constituição nos ampara para isso: conforme descrito no artigo 220:

“ § 3º Compete à lei federal: (...) estabelecer os meios legais

que garantam à pessoa e à família a possibilidade de se defenderem de programas ou programações de rádio e televisão que contrariem o disposto no art. 221, bem como da propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente”.

Outros exemplos de temas que consideramos prioritários para avançar na agenda regulatória: taxação de alimentos ultraprocessados; subsídios para alimentos in natura; rotulagem dos alimentos tanto em relação às informações nutricionais quanto em relação à frente da embalagem, que é uma forma de propaganda e que, muitas vezes, veicula informações que confundem o consumidor. Cabe também destacar a importância do fortalecimento das agências regulatórias, da participação dos movimentos sociais em suas arenas e da inovação em suas práticas na perspectiva de diminuição das desigualdades sociais.

Gostaria, ainda, de dar dois exemplos de ações regulatórias que apóiam práticas convergentes com os princípios e valores das políticas públicas: as compras institucionais de produtos vindos de pequenos produtores (já praticadas por alguns órgãos governamentais) e o esforço de criação de uma regulação sanitária incluída, que se expressa na RDC 49, da Anvisa, publicada em 2013.

Por fim, entendemos que a ação política imediata deve responder à necessidade de reinvenção da democracia, como bem nos alertou Saramago:

“É impossível não nos apercebermos de que a chamada de-

mocracia ocidental entrou em um processo de transformação retrógrada que é totalmente incapaz de parar e inverter, e cujo resultado tudo faz prever que seja a sua própria negação. Não é preciso que alguém assuma a tremenda responsabilidade de liquidar a democracia, ela já se vai suicidando todos os dias. Que fazer, então? (...) Deixar de considerar a democracia como um dado adquirido, definido de uma vez e para sempre intocável. Num mundo em que se habituou a discutir tudo, uma só coisa não se discute, precisamente a democracia. (...) Pois eu digo: discutamo-la, meus senhores, discutamo-la a todas as horas, discutamo-la em todos os foros, porque, se não o fizermos a tempo, se não descobriremos a maneira de a reinventar, sim, de a re-inventar, não será só a democracia que se perderá, também se perderá a esperança de ver um dia respeitados neste infeliz planeta os direitos humanos. E esse seria o grande fracasso da nossa época, o sinal de traição que marcaria para todo o sempre o rosto da humanidade que agora somos”.

Agradecimentos à colaboração de Camila Maranhã Paes de Carvalho, Fabio da Silva Gomes, Luciene Burlandy, Paulo Cesar de Castro Junior, Thiago Barreto Bacellar Pereira e Veruska Prado para elaboração deste texto.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Brasil. ANVISA RDC 49 de 31 de outubro de 2013. Dispõe sobre a regularização para o exercício de atividade de interesse sanitário do microempreendedor individual, do empreendimento familiar rural e do empreendimento econômico solidário e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0049_31_10_2013.html
- Brasil. Lei Nº 12.813 de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre o conflito de interesses no exercício de cargo ou emprego do Poder Executivo federal e impedimentos posteriores ao exercício do cargo ou emprego. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12813.htm
- Idec. Publicidade de alimentos não saudáveis: os entraves e as perspectivas de regulação no Brasil. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Cadernos Idec – Série Alimentos - Volume 2. São Paulo: Idec, 2014a.
- Idec. Redução de sódio em alimentos: uma análise dos acordos voluntários no Brasil. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Cadernos Idec – Série Alimentos - Volume 1. São Paulo: Idec, 2014b.
- ILSI-Brasil, Relatório anual. International Life Sciences Institute, 2014. Disponível em: <http://www.ilsa.org/Brasil/Documents/ACTIVITY%20REPORT%202014%20port.pdf>.
- Folha de S. Paulo, 2014. Três empresas bancam 65% da arrecadação de presidenciais. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2014/08/1496943-tres-empresas-bancam-65-da-arrecadacao-de-presidenciais.shtml>
- GT ANSC ABRASCO. Fortalecimento da Agenda de Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde - Subsídios para as Conferências de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional. Grupo Temático Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva. Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2015. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/06/Documento-GTANSC-ABRASCO-para-subsidiar-conferencias-SAN-e-Saude_2015.pdf
- O Estado de S. Paulo, 2014. As 10 empresas que mais doaram em 2014 ajudaram a eleger 70% da Câmara. Disponível em: <http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,as-10-empresas-que-mais-doaram-em-2014-ajudam-a-eleger-70-da-camara,1589802>
- Oxfam. Por trás das marcas. Informativo Oxfam, 26 de fevereiro de 2013. Disponível em: https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp166-behind-the-brands-260213-pt_2.pdf.
- Safatle, V. A esquerda que não teme dizer seu nome. Editora Três Estrelas. 2012.
- Saramago, J. Democracia e Universidade. Edufpa. 2013.

A VIABILIDADE DE UM SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE NO BRASIL

POR MARIA LUCIA WERNECK



Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna, professora aposentada da Universidade Federal do Rio de Janeiro, foi decana do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas

A proposta do debate – a viabilidade de um sistema universal de saúde no Brasil – refere-se, suponho, a um sistema público. Óbvio, me responderiam os organizadores, caso eu colocasse uma impertinente interrogação na afirmativa enunciada acima. Mas sempre é bom explicitar, porque no Brasil (e não só no Brasil, mas é dele que estamos falando) conjecturar sobre o público sem mencionar sua presumida alteridade – o privado – pode comprometer a análise. O que vale tanto para a saúde como para a educação, a infraestrutura, etc.

A distinção entre público e privado é um fundamento do Estado nacional moderno, do qual são devedores até hoje a economia de mercado e o próprio capitalismo. Princípio inscrito na filosofia política desde Maquiavel e constitucionalizado pelas formações liberais que começam a emergir, sobretudo, a partir de fins do século XVIII. Está nos clássicos do liberalismo “avant la lettre” – Locke, principalmente –, mas também em Hobbes, Montes-

quieu, Rousseau. Negócios, religião, liberdades e preferências individuais fazem parte do mundo privado. Ao Estado – a esfera pública – cabe (dirá Weber séculos mais tarde, ainda numa chave liberal) exercer o monopólio da violência legítima. Armas e tributos. No que repete, em essência, a postulação hobbesiana, por curioso que pareça (no cap. XVIII do *Leviatã*, Hobbes adverte que o Soberano pode e deve delegar aos indivíduos as atividades de produzir e gerar riqueza; mas, se abdicar das atribuições de controlar os exércitos e arrecadar impostos, perderá a capacidade de desempenhar suas funções precípuas, a de assegurar que os contratos sejam efetivamente realizados e a de garantir que os agentes estejam em segurança para operar).

O mesmo Weber formulou, no início do século XX, o conceito de patrimonialismo – um tipo de relação tradicional entre governantes e governados – caracterizado basicamente pela indistinção entre público e privado. A relação moderna, racional, mediada pela burocracia, seria, para o sociólogo alemão, fundada na impessoalidade, em regras e trâmites firmados na lei, na efetiva separação, enfim, entre público e privado. “Invenção” burguesa (Marx denunciou a separação entre público e privado como forma de ocultamento da natureza de classe do Estado capitalista), essa distinção, teoricamente de origem liberal, permitiria, no entanto, a consolidação de uma esfera pública relativamente blindada à captura pelos interesses privados. E, assim, viria a ser fundamental para a construção do *Welfare State* na Europa do pós-guerra, que, nas palavras de Francisco de Oliveira, representou uma “revolução copernicana” nas relações entre capital e trabalho, a partir das novas funções desempenhadas pelo fundo público na reprodução de ambos (Oliveira, 1988).

Com a introdução dos seguros sociais compulsórios, sob a forma dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, começa a se configurar uma das principais características do sistema de saúde no Brasil: sua segmentação

No Brasil, o Visconde de Cayru, discípulo de Adam Smith em Glasgow, e ministro da fazenda de Dom João VI, escreveria que “o bom governante é aquele que governa seu reino como se fosse a sua casa” (tirei a citação de Sérgio Buarque, *Raízes do Brasil*). Ou seja, público e privado, juntos e misturados.

As relações promíscuas entre público e privado no Brasil se estabeleceram desde cedo. José Murilo de Carvalho, em *Cidadania no Brasil, o longo caminho*, cita um tal Frei Vicente do Salvador, autor de um texto do século XVII intitulado *História do Brasil, 1500 - 1627*, no qual ele, o Frei, reproduz as palavras de um bispo de Tucumán, em passagem pelo Brasil na ocasião. Diz o bispo: “Verdadeiramente que nesta terra andam as coisas trocadas, porque toda ela não é república, sendo-a cada casa”. Interessante o uso do termo *república* no século XVII. Bem atual. José Murilo de Carvalho completa: o poder do governo terminava na porteira das grandes fazendas.

O que não significava de modo algum, ele adverte, uma separação entre a casa e a rua, entre o privado e o público. Ao contrário, imperador, fidalgos, presidentes, governadores, coronéis, oligarcas em geral, compartilhavam promiscuamente o poder, na mesma casa e na mesma rua. Graças ao controle de cargos [delegado de polícia, juiz, coletor de impostos, agente do correio, professora primária] o coronel, o chefe local, podia premiar os aliados, controlar sua mão-de-obra e fugir dos impostos. Fruto dessa situação, diz ainda o historiador José Murilo de Carvalho, “eram as figuras do ‘juiz nosso’ e do ‘delegado nosso’, expressões de uma justiça e de uma polícia postas a serviço do poder privado” (José Murilo de Carvalho, 2005, pag. 56). Também atual.

Bem que o Marquês de Pombal tentou, no século XVIII, dar um jeito nas coisas. E,

para nos aproximarmos do tema da saúde, cabe lembrar que entre suas determinações destacou-se a expulsão dos jesuítas de Portugal e do Brasil. A força da Igreja era uma manifestação do poder privado, denotada de forma contundente nas searas da educação e da saúde. Não que o Marquês estivesse preocupado com a educação e a saúde do povo. Tinha, sem dúvidas, outras intenções. Mas, de todo modo, foram inócuas, no caso, suas determinações. A Santa Casa, que aqui aportou nos anos 1500, aqui está até hoje. Substituiu, privadamente – ao lado de outras ações igualmente privadas, como o paternalismo, o apadrinhamento e a repressão doméstica, retratados primorosamente pelas gravuras de Debret e Rugendas – os asilos públicos que países hoje desenvolvidos conheceram sob a égide das Leis dos Pobres na transição para o capitalismo.

É nos anos 30 do século XX, após o movimento que levou Vargas ao poder e que deslançou o projeto industrializante de desenvolvimento nacional, que a questão da saúde entra com mais vigor e consistência na agenda pública. Não só como tentativa de erradicar (algumas) doenças infectocontagiosas que infestavam os principais portos de exportação e potenciais centros industriais, mas como benefício oferecido a trabalhadores urbanos em matéria de atendimento médico-hospitalar. Com a introdução dos seguros sociais compulsórios, sob a forma dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, começa a se configurar uma das principais características do sistema de saúde no Brasil: sua segmentação. Além da separação entre ações preventivas, ditas sociais, e ações curativas, de atendimento individual, a segmentação se expressava nas diferenças entre os IAPs no que concerne aos serviços oferecidos. Nenhuma jabuticaba. Bismarck implantara sistema semelhante na Alemanha dos anos 1880. Mas aqui a tal da dependência de trajetória (*path dependence*, o nome científico do popular “o passado me condena”) parece ter mais aplicabilidade do que na Alemanha.

Cabe lembrar que o IAPI – o Instituto dos trabalhadores na indústria – o mais populoso e funcional ao projeto desenvolvimentista, não tinha hospitais próprios, como tinham, por exemplo, o Instituto dos Bancários e o IPASE (o Instituto criado em 1938, durante o Estado Novo, para os servidores civis da União). No IAPI, nada de custos excessivos.

Hésio Cordeiro, em seu clássico estudo de 1984, *As Empresas Médicas no Brasil*, mostra que foi no IAPI, antes mesmo do golpe de 64, que se gestou a estratégia de contratação (ou seja, compra) de serviços privados para ofertar atendimento médico aos segurados. (Para alguns segurados que podiam arcar com os encargos de co-pagamento).

Essa seria a estratégia básica de ampliação da oferta após a unificação dos IAPs no INPS, em fins de 1966. Não se tratava, mais uma vez, de jabuticaba alguma. Os técnicos do IAPI, os chamados “cardeais da previdência”, tinham aprendido atuação nos Estados Unidos e estudado fórmulas semelhantes em outros países, como mostra Gilberto Hochman. O que vai conferir alguma especificidade ao caso brasileiro será a forma fechada em que as negociações e escolhas se darão, permitindo que relações espúrias entre público e privado viessem a prevalecer. Uma burocracia weberiana praticante do neopatrimonialismo.

A partir de então, a segmentação do sistema de consolidação. Nos anos 70, a classificação dos subsistemas – público, privado, privado lucrativo e não-lucrativo – seria sedimentada pela legislação, assim como as atribuições diferenciadas dos ministérios da saúde e da previdência (normas estabelecidas no PPA – Plano de Pronta Ação e no Sistema Nacional de Saúde, instituídos respectivamente em 1974 e 1975).

Com a reforma administrativa promovida pelo Decreto-Lei 200, em 1967, e, sobretudo com as resoluções que se seguiram ao AI-5, em 1969, o sistema de arrecadação de impostos se modernizou. Foi criada a Declaração Anual de Ajuste e nela encaixada a fórmula das deduções.

As deduções de gastos com saúde privada (na época também deduções generosíssimas com gastos em educação privada) se transformaram num dos principais incentivos à expansão de um mercado de assistência médica no país. Se a fórmula não foi inventada pela ditadura militar, foi, durante a mesma, aprofundada. Paralelamente, recursos do FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, criado em 1974) possibilitaram que a construção de novos estabelecimentos privados fortalecesse esse mercado. Em 1964, do total de estabelecimentos hospitalares existentes no Brasil, 16% eram públicos (contando as redes federal, estaduais e municipais). Em 1974, o número absoluto de estabelecimentos havia

quase dobrado, mas o percentual, em relação ao total de estabelecimentos, se elevara para míseros 16.4%. Entre os privados, os lucrativos passaram de 33.2% do total, em 1964, para 44.5% em 1974. E os não-lucrativos tiveram sua participação reduzida de 50.8% em 1964 para 39.1% dez anos depois. Os leitos hospitalares públicos passaram de 47% do total em 1950 para 28% em 1975, enquanto os privados, cuja participação no total era de 53% em 1950, passaram a 72% em 1975 (Cordeiro, 1984; Werneck Vianna, 1998).

Essa história é bastante conhecida, mas nunca é demais recordá-la. Hoje há uma tendência a pensar que a “privatização” da saúde, bem como a trajetória de crescente segmentação da atenção médica, teve início nos anos 90 quando a chamada onda neoliberal invadiu o país, desvirtuando as conquistas consignadas pela Constituição Federal de 1988. A retrospectiva mostra que o processo é anterior. A segmentação do sistema de saúde vem do primeiro autoritarismo – o de Vargas nos anos 30 e 40. E a lógica privatizante foi acoplada ao sistema pelo segundo autoritarismo, o militar, nos anos 70. Esse último praticamente “criou” um mercado de saúde no Brasil.

Parece curioso que na América Latina governos autoritários criem mercados. Mas só parece. Porque, seguindo as formulações de Polanyi (1944/1980) sobre o papel do Estado na formação dos mercados nacionais, podemos deduzir que tais iniciativas integram uma espécie de neomercantilismo que, nos anos 70 e 80, pavimentou o caminho do neoliberalismo da década de 90 (do século XX, não do século XVIII).

No caso brasileiro, o problema não é (ou não é somente) a existência desse mercado, mas as velhas relações de promiscuidade entre público e privado que sempre voltam a agir. Obscuras durante a ditadura e disfarçadas na democracia. São essas relações e as práticas nas quais elas se traduzem que alimentam e costuram os diversos obstáculos à efetivação do SUS como sistema único e universal. Entre eles, a extrema segmentação de todo o sistema, incluindo o privado (segmentação da oferta e da clientela), a fragmentação territorial (cinco mil e tantos SUS municipais!), o subfinanciamento do sistema público e a sua exclusão da agenda governamental desde que foi instituído (e ressalte-se que foi instituído como política de Estado, não de governo).

A Constituição Federal de 1988 inaugurou no Brasil um sistema de seguridade social, incluindo nele a previdência social, a saúde e a assistência social. Diversamente do conceito de seguro social, a seguridade é um sistema – como está definido em várias convenções da OIT (Organização Internacional do Trabalho) – que combina benefícios contributivos e benefícios não contributivos. Como concepção, maturada no âmbito da socialdemocracia europeia durante a primeira metade do século XX e amparada pela teoria econômica keynesiana, tem sentido redistributivo. Não produz nem se propõe a produzir homogeneidade social, mas reforça a redução das desigualdades operada, sobretudo por políticas fiscais.

Trata-se com efeito de um sistema, no qual receitas são solidariamente compartilhadas, e que, desse modo, reduz, como sistema, o caráter securitário da previdência social (que é, por natureza, um seguro social) e dilui possíveis estigmas atribuídos à assistência pública (que também é, por natureza, uma política

Hoje há uma tendência a pensar que a “privatização” da saúde, bem como a trajetória de crescente segmentação da atenção médica, teve início nos anos 90 quando a chamada onda neoliberal invadiu o país

assistencial). A concepção de seguridade social envolve conceitual e potencialmente a desmercadorização dos direitos (à saúde e à previdência, por exemplo) e a desfilantropização dos benefícios assistenciais. Como mostra Esping-Andersen, em seu famoso texto *As três economias políticas do Welfare State*, a desmercadorização significa que o trabalhador deixa de depender do mercado para ter acesso a bens fundamentais para sua reprodução, como, por exemplo, a atendimento médico. E mais, significa que o direito deixa de ser social-corporativo (como no modelo bismarckiano dos IAPs de Vargas) e passa a ser social em sentido pleno, deixando também de depender do vínculo formal de trabalho. O direito deixa de ser direito do trabalhador/consumidor/segurado e passa a ser direito do cidadão. Claro que isso não cai do céu; trata-se de uma construção política, levada a cabo por confrontos e negociações entre atores coletivos. É claro, também, que a reação do mercado à desmercadorização é de ferrenha oposição.

Não cabe aqui aprofundar esse tema, mas vale destacar que a concretização da seguridade não ocorreu no Brasil. A regulamentação dos preceitos constitucionais, nos anos 90, se deu de maneira a setorializar as ações de previdência, saúde e assistência. Cada setor recebeu sua própria Lei Orgânica, cada setor se instalou num Ministério e a cada setor foram gradativamente se destinando parcelas específicas do conjunto volumoso de receitas estabelecidas pela Carta.

O desmonte da Seguridade, porém, impacta negativamente cada um dos setores em pelo menos duas dimensões interligadas: a do financiamento e a da solidariedade.

No que concerne ao financiamento, a função meramente decorativa do orçamento da seguridade social – e, portanto, do conjunto de receitas constitucionalmente estabelecidas para a seguridade, das quais parte substancial vai para o orçamento fiscal, via DRU – permite que o governo vincule e quantifique determinadas receitas para os setores. Nada de compartilhamento. Consequências?

A seguridade social tem superávit, sempre, ano a ano, como mostram os estudos da ANFIP (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil), inclusive o mais recente, que registra um resultado positivo de R\$ 53.892 bilhões em 2014. Mas a previdência aparece como deficitária, a saúde fica subfinanciada e a assistência surfa nas águas do Bolsa-Família, que não é um benefício da seguridade e custa pouco.

Na dimensão da solidariedade (um conceito que, nas ciências sociais, expressa a noção de pertencimento à coletividade), mais complexa em termos de verificação empírica, um exemplo é o da previdência: se volta a ser um seguro, contributivo, como justificar a aposentadoria do segurado especial que não contribuiu? Também afeta a solidariedade indispensável à efetivação de um sistema universal, como o SUS, o fato de terem GEAP (plano privado de saúde e previdência, que se intitula – sic - Fundação de *Seguridade Social*) os servidores dos ministérios da saúde e da previdência social.

No que diz respeito à saúde, a Constituição foi clara: direito de todos e dever do Estado. Livre à iniciativa privada, sendo, porém, vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

Contudo, como dizem Ligia Bahia e Mario Scheffer em recente artigo postado no site Plataforma Política Social, “é como se o SUS fosse um monumento tombado”. Daqueles, se poderia acrescentar, cuja recuperação exigiria recursos indisponíveis. Nos países desenvolvidos que mantêm sistemas universais, em média mais de 70% do gasto total com saúde vem de recursos públicos. No Brasil, apesar do desígnio constitucional, apenas cerca de 44% dos gastos são públicos (Bahia & Scheffer, 2014).

Os governos eleitos democraticamente desde 1989 vêm incentivando gastos privados com previdência, com educação, com planos de saúde e medicamentos, e cada vez mais

destinando fundos públicos ao setor privado, o que, por exemplo, alimenta o processo de segmentação, do sistema de saúde. No gradiente da oferta diferenciada aos diferenciadíssimos estratos socioeconômicos da população, o SUS fica na rabeira. De sistema universal passa a subsistema para pobres. Para pobres. Não para trabalhadores e muito menos para cidadãos. Então, não funciona como direito desmercadorizado. Funciona como assistência pública.

Como subsistema - ou subsetor do sistema geral -, o SUS em geral compartilha com os demais (o subsetor privado e o suplementar) a mesma rede de prestadores e compradores de serviços, do que decorre uma combinação entre público e privado no mínimo "complexa". Como mostram os trabalhos da Ligia Bahia (Bahia, 2013), de Jairnilson Paim (Paim, 2013) e de vários estudiosos do tema, profissionais (sobretudo médicos) transitam livremente entre o SUS e os planos privados, assim como os tão desiguais indivíduos que demandam atendimento podem utilizar os serviços de todos os subsetores, dependendo da facilidade de acesso, da garantia de cobertura ou da capacidade de pagamento.

Se o gasto público com saúde é baixo, o que significa perversidade redobrada por se tratar de um sistema universal num país com a dimensão do Brasil, a situação se agrava na medida em que novas estratégias de transferências de recursos públicos para o setor privado ampliaram e sofisticaram a fórmula da dedução do imposto de renda implantada durante a ditadura militar. É a neoprivatização.

À renúncia fiscal no cálculo do imposto de renda da pessoa física e da pessoa jurídica, vieram se somar, no caso da saúde, empréstimos do BNDES, subsídios e isenções tributárias a planos privados, desonerações da indústria farmacêutica e dos hospitais filantrópicos, incentivos econômicos, enfim, que favorecem a expansão do setor privado sem contrapartida ao sistema universal. Recursos que transitam da esfera pública para a esfera privada como se entre as duas não houvesse fronteiras.

Nesse sentido, cabe menção especial aos chamados gastos tributários. A nomenclatura é da própria Receita Federal e se refere a desonerações equivalentes a gastos indiretos de natureza tributária. Desde 2009 e, especialmente desde 2011, as desonerações se alastraram por vários segmentos da economia. Essa é uma questão que merece debate à parte.

Estudos da ANFIP e de outros autores (Salvador, 2015; Barbosa, 2015, por exemplo) destacam, todavia, uma diferença importante entre as desonerações. Enquanto as desonerações de impostos (tipo IPI) cresceram 16.48% entre 2010 e 2014, os gastos tributários advindos das contribuições sociais (COFINS, PIS, CSLL e contribuições previdenciárias), que financiam a seguridade social, tiveram evolução de 72.76% em termos reais.

Na função saúde, os gastos tributários evoluíram de 20,6 bilhões em 2010 para 24,9 bilhões em 2014, o equivalente a 9,5% dos gastos tributários de 2014, segundo o estudo de Evilásio Salvador (Salvador, 2015). Parte importante das desonerações tributárias que dão origem aos gastos tributários na área da saúde está relacionada, como já mencionado, à dedução, no IRPF, de despesas com planos de saúde e serviços médicos e, no caso da Pessoa Jurídica, ou seja, das empresas, das deduções de valores relativos à assistência médica, odontológica e farmacêutica prestada a empregados. Segundo o mesmo autor, essas duas modalidades de renúncias na área da saúde totalizaram 14.4 bilhões de reais em 2014, o equivalente, aproximadamente, a 29% do total de recursos diretamente alocados pelo governo federal no orçamento da saúde em 2014.

O chamado gasto tributário afeta também o financiamento das políticas de saúde e educação nos municípios, uma vez que os impostos desonerados, como o IR e o IPI constituem a base da composição do Fundo de Participação dos Estados e do FPM. Como os municípios e os estados têm gastos obrigatórios com saúde e educação, as desonerações federais implicam restrições principalmente nos orçamentos municipais.

No que diz respeito à saúde, a Constituição foi clara: direito de todos e dever do Estado Livre à iniciativa privada, sendo, porém, vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos

As atuais desonerações, com redução arrecadatória do PIS (Programa de Integração Social), da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), agravam, no campo da seguridade e em particular no da saúde, uma situação de redução de receitas que já vem desde os anos 90, quando foi instituído o chamado Fundo Social de Emergência. Hoje, esse estratagema, que ostenta nome mais adequado para seus fins - Desvinculação das Receitas da União (DRU) - retira 20% das receitas dessas contribuições para uso exclusivo do governo federal. Em 2014, a DRU "transferiu", do orçamento da seguridade social para o orçamento fiscal, R\$ 63,2 bilhões (ANFIP, 2015).

A VIABILIDADE DE UM SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE NO BRASIL

Todavia, como observa Rafael Barbosa, em artigo publicado no site *Brasil Debate*, sobre elas – as desonerações que atingem as contribuições sociais – o governo ainda pode exercer algum controle e, pelas regras de aplicação das mesmas, é exigida alguma compensação, mesmo que insuficiente (e elas estão na pauta de discussões do ajuste, hoje). Diversamente, a renúncia fiscal do Imposto de Renda, que atinge em cheio a saúde, dado que constitui direito dos beneficiários de planos e seguros privados, é aplicada sem qualquer compensação orçamentária, teto ou controle. A renúncia fiscal do imposto de renda, que não está na pauta do ajuste, é direta. Representa diretamente a utilização de recursos públicos da saúde de forma unilateral em benefício do setor privado. Retira capacidade financeira do SUS. Segundo o autor citado, a renúncia do IRPF por despesas médicas pulou de 3,7 bilhões de reais em 2009 para 11,8 bilhões em 2015, apresentando uma taxa de variação de 213%.

A trajetória das relações entre público e privado no Brasil, sobretudo (mas não somente) quando se elege a política de saúde como foco de análise, tornou remota (será que anacrônica?) a empáfia do Visconde de Cayru. As porteiras das grandes fazendas foram abertas à visitação pública, mas as porteiras do Estado – representado pelo fundo público – igualmente foram escancaradas ao trânsito privado.

Público, no Brasil, consiste numa categoria amorfa: uma noção de baixa intensidade. A esfera pública é entendida como terra de ninguém e, portanto passível de ser capturada por cada um. O individualismo predatório, entretanto, não é distribuído igualmente por toda a população. O poder de impor interesses não é simétrico.

Perspectivas? Certamente é possível e plausível imaginar um cenário de mudanças. Mudanças no sentido de ampliação dos recursos destinados à saúde pública, mudanças que reduzam a segmentação da oferta de atendimento, mediante regulação mais rígida do privado e expansão do público, mudanças que revertam a fragmentação territorial, através de arranjos cooperativos de gestão regionalizada.

Ma se constituir efetivamente em sistema único e universal, tipo inglês, há uma distância quase intransponível. Não por culpa dele, SUS. Seriam necessárias mudanças que alterassem de fato a estrutura de reprodução das desigualdades sociais; e o que se busca, hoje, são apenas melhorias cosméticas na pontuação do Gini ou do IDH. Sem uma profunda redução das desigualdades, ou, como se dizia antigamente e de modo mais apropriado, a meu ver, sem uma drástica reversão do quadro de heterogeneidade estrutural ainda vigente no país, permanece remoto o cenário capaz de sustentar um sistema universal para todos: o cenário em que os brasileiros substituam o uso constante da primeira pessoa do singular pelo uso, ao menos frequente, da primeira pessoa do plural.

REFERÊNCIAS

- ANFIP (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil e Fundação ANFIP de Estudos de Seguridade Social) – *Análise da Seguridade Social 2013*, Brasília, setembro de 2014.
- ANFIP (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil e Fundação ANFIP de Estudos de Seguridade Social) – *Análise da Seguridade Social 2014*, Brasília, julho de 2015.
- Bahia, Lígia – “O prazo de validade do SUS”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, out. 2013
- Bahia, Lígia e Scheffer, Mario – “A saúde nos programas de governo dos candidatos a Presidente da República do Brasil nas eleições de 2014: notas preliminares para o debate”, *Plataforma Política Social*, 23 de julho de 2014.
- Barbosa, Rafael da Silva – “Desoneração tributária, renúncia fiscal e saúde pública”. *Brasil Debate* (brasildebate.com.br), abril de 2015.
- Buarque de Holanda, Sérgio – *Raízes do Brasil*. Rio de Janeiro, 1936. Companhia das Letras, 1995 (26ª edição).
- Carvalho, José Murilo – *Cidadania no Brasil, o longo caminho*. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2005 (7ª edição).
- Cordeiro, Hésio – *As empresas médicas no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1984.
- Ensping – Andersen, Gosta – “As três economias políticas do *Welfare State*”. *Lua Nova* n. 24, sete. 1991.
- Hochman, Gilberto – “Os cardeais da previdência: gênese e consolidação de uma elite burocrática”. *Dados*. Rio de Janeiro, vol. 35, n.3, 1992.
- Oliveira, Francisco – “O surgimento do anti-valor: capital, força de trabalho e fundo público”. *Novos Estudos*, São Paulo, 1988.
- Paim, Jairnilson – “A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde”. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, out. 2013.
- Polanyi, Karl – *A grande transformação: as origens de nossa época*. Rio de Janeiro, Campus, 1980.
- Salvador, Evilásio – “As consequências das renúncias Tributárias no Financiamento da Seguridade Social no Brasil”. *Plataforma Política Social*, maio de 2015.
- Weber, Max – “Os três tipos puros de dominação legítima”. Cohn, Gabriel (org), *Max Weber: sociologia*. São Paulo, Ática, 1979.
- Werneck Vianna, Maria Lucia Teixeira – *A Americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil*. Rio de Janeiro, Revan, 1998).



DOCUMENTO É APRESENTADO NA PLENÁRIA FINAL DO 11º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA EM 1º DE AGOSTO DE 2015

Nós, pesquisadores, docentes, estudantes, profissionais e militantes da Saúde Coletiva, reunidos em Goiânia (GO) de 28 de julho a 1º de agosto de 2015, durante 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - Abrascão 2015 - reafirmamos nossos compromissos com a democracia, o desenvolvimento e o desafio do SUS universal.

A década anterior, de melhoria das condições de vida de milhões de brasileiras e brasileiros, nos incitava a apontar os limites e a querer mais: desenvolvimento sustentável, superação das desigualdades históricas, soberania nacional, democracia participativa e políticas universalistas.

No entanto, após as eleições de 2014, o governo, diante das pressões do mercado financeiro e da mídia comercial, ao invés dos ajustes necessários para a continuidade do crescimento e da redução das disparidades sociais, promoveu uma reorientação radical da política econômica, provocando recessão, desemprego e diminuição de investimentos nas políticas sociais. Tal orientação econômica levou ao enfraquecimento da coalizão governista e abriu espaço para facções conservadoras que não se intimidam em destilar sua aversão às instituições democráticas.

Na saúde, em que tantas conquistas têm sido alcançadas nos 27 anos de SUS, o período recente tem sido marcado por retrocessos: a derrota do Projeto de Lei de Iniciativa Popular que estabelecia o piso de 10% das Receitas Correntes Brutas da União para a saúde, a constitucionalização do subfinanciamento com a Emenda Constitucional 86, aliadas ao reforço da mercantilização e da financeirização da prestação de serviços de saúde com a legalização da abertura de capital estrangeiro, além da proposta de emenda à Constituição (PEC 87/2015) que prorroga a Desvinculação de Receitas da União (DRU) até 2023 e amplia de 20% para 30% o percentual das receitas de tributos federais que podem ser usadas livremente. Ressalta-se ainda a drenagem de recursos para o pagamento de uma dívida pública jamais auditada.

O Brasil está, portanto, diante de ameaças concretas à saúde da população, aos profissionais de saúde e à sustentabilidade da proteção social garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação em 1988.

Apesar das inúmeras evidências demonstrando que o sistema que defendemos, solidário e universal, é mais eficiente que o mercantil-privado, assiste-se uma reorganização das políticas e práticas em benefício de interesses econômicos particulares.

O acirramento da privatização do SUS estende-se à gestão dos serviços e das estruturas públicas, ao crescimento dos gastos privados e aos incentivos para expansão do mercado de planos e seguros de saúde.

Ao diminuir os recursos, manter o subfinanciamento e reduzir a oferta pública, encoraja-se o privado a ocupar o lugar que o público deve preservar para garantir o direito à saúde.

A privatização do SUS, além de aumentar os gastos totais com saúde para a sociedade, constitui um recuo para a qualidade e o acesso, acirra a fragmentação e a exclusão, aumenta as desigualdades, a individualização das demandas e o consumismo de cuidados médicos.

A privatização, ao abalar a sustentabilidade financeira do SUS, corrói os valores de igualdade, de justiça, de solidariedade que nossa sociedade levou tempo para integrar nas suas instituições e que têm na saúde o maior exemplo de inspiração para políticas e programas universais.

Delineia-se um cenário no qual o SUS se restringirá, cada vez mais, a um sistema de atenção básica para os pobres e de resseguro, no caso dos procedimentos de alto custo, para os planos e seguros de saúde privados.

Enquanto campo científico e técnico, a Saúde Coletiva cresceu e se fortaleceu desde sua fundação, na segunda metade da década de 1970. Temos produzido conhecimento, formado profissionais e acumulado experiências, sempre com espírito crítico e compromisso social.

Mas o campo também se encontra sob o risco de retrocessos, a exemplo da precária sustentabilidade dos cursos de graduação em Saúde Coletiva. Criados para atender a expansão dos serviços públicos de saúde, experimentam hoje os impasses de uma conjuntura marcada pela escassez de concursos para sanitaristas, na contramão da necessidade de profissionalização da gestão da saúde.

Aos militantes da Reforma Sanitária, cabe se unir à luta do povo pelos seus direitos. Compete a nós compartilhar com os movimentos populares, democráticos, nacionalistas e socialistas um projeto de desenvolvimento soberano, sustentável e inclusivo.

A 15ª CNS, precedida de suas etapas municipais e estaduais, é o espaço privilegiado para a mobilização e o envolvimento da sociedade de nesse debate.

Devemos exigir a mudança de orientação da política econômica do governo federal, recusando as políticas de ajuste que comprometem as condições de vida e a saúde dos trabalhadores e da população brasileira. Também com veemência, nos manifestamos em defesa da legalidade democrática, contra qualquer ameaça à ordem constitucional.

Urge barrar os ataques ao SUS, à universalidade e à igualdade da atenção em saúde; resistir à lógica privatista e reafirmar o direito à saúde como dever do Estado; exigir a extinção da DRU; a recomposição do orçamento do Ministério da Saúde, o fim dos subsídios públicos aos planos privados, a fixação de profissionais de saúde em todas as regiões do país e o investimento tripartite na consolidação das redes regionais de saúde.

O documento orientador da 15ª CNS oferece um roteiro de discussões que pode ser traduzido em orientações para a mobilização popular em prol da saúde e da qualidade de vida de todos.

Por fim, os pesquisadores e trabalhadores da Saúde Coletiva colocam à disposição da sociedade seus melhores esforços de reflexão, de conhecimento e de militância. Não permitiremos o desmonte do SUS e a fêlência da democracia! Que não ousem tocar no direito à saúde!

Nós resistiremos!

A SELVA VERDE E O BURACO NEGRO DA PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

POR LUIZA GARNELO



Ao responder ao gentil convite da Abrasco para escrever sobre a formação em Saúde Coletiva na Amazônia, pus-me a pensar sobre o que haveria de peculiar em nossa realidade que justificasse tal tema numa revista de relevância nacional.

A primeira resposta, óbvia, é que estamos na Amazônia e o que acontece na Amazônia é tema de interesse mundial. Mas será mesmo? A Amazônia que periodicamente se faz presente nas manchetes da imprensa, nos documentários e nas pesquisas de impacto global é a Amazônia da selva, dos animais, da biodiversidade. Já a Amazônia das pessoas, da sociodiversidade e das desigualdades sociais é bem menos conhecida e pouco interesse desperta na opinião pública mundial.

Pois é dessa pouco conhecida Amazônia que trata a Saúde Coletiva sobre a qual falaremos aqui. O mote desse convite foi a recente abertura de um programa de pós-graduação em Saúde Coletiva em Manaus. Mais um entre muitos? Talvez. Mas não na região amazônica onde há aguda escassez de formação pós-graduada no campo da Saúde Coletiva.

** Luiza Garnele é Médica sanitária e antropóloga. Pesquisadora da Fiocruz Amazônia. Coordenadora do Programa de Pós Graduação Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia*

PERSISTIMOS DESCONHECENDO OS DESAFIOS DE ACESSIBILIDADE DE NOSSAS POPULAÇÕES RURAIS E INDÍGENAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

É bem conhecida no Brasil a estreita vinculação entre pesquisa e pós-graduação. Na ausência dela pouca prospecção da realidade se realiza. E é neste ponto em que nos encontramos na Amazônia. Existe pesquisa em Saúde Coletiva na região? Sim, com certeza! Ela é desenvolvida nos poucos centros de ensino que lograram formar mestres e doutores que paulatinamente desbravam o verde deserto amazônico de saberes sobre nossa sociodiversidade. Em que pese seu continuado esforço, persiste elevada a desproporção entre o alcance das pesquisas e publicações localmente produzidas e os mega problemas regionais.

Naturalmente também existem as pesquisas realizadas, na Amazônia, por instituições renomadas, sediadas em outras regiões do país. Não se está aqui a propor uma mera regionalização da produção do conhecimento, cuja validade deve ser aferida pela qualidade do trabalho e não pelo local de origem do pesquisador. Ocorre, porém, que tal modo de produção de conhecimento coloca as prioridades em pesquisa a reboque de agendas políticas e acadêmicas externas à região. Predominam assim temas relevantes para outras realidades, mas que não são necessariamente os que identificamos como prioritários. Em função disso persistimos desconhecendo os desafios de acessibilidade de nossas populações rurais e indígenas aos serviços de saúde. Ou, como elas, que dependem estreitamente da punção de recursos naturais para sobrevi-

verem, vêm enfrentando os – agora extremos – ciclos de cheias e vazantes dos rios, e que repercussões essas rápidas mudanças vêm produzindo em seus níveis de saúde. Pouco sabemos sobre os desafios enfrentados pelo SUS para ampliar sua efetividade no cenário amazônico, ou ainda como os povos que aqui vivem percebem seus problemas de saúde e propõem soluções para sua superação.

Agendas assim povoam os editais de pesquisa e as linhas da pós-graduação fora da Amazônia. Também podem soar como exóticas às grandes agências de fomento e instituições de pesquisa. Mas, do ponto de vista dos que aqui vivem elas representam temas reais, ligados às vidas de pessoas que enfrentam graves iniquidades sociais. Elas expressam o coração da Amazônia profunda que permanece inalcançado pela produção do conhecimento em saúde coletiva.

Esse é o desafio maior que espera o desenvolvimento da pós-graduação em Saúde Coletiva na Amazônia: superar as desigualdades na produção de conhecedores e de conhecimento; estimular o compromisso com prioridades regionais sem perder de vista os cenários globais; estipular nossas próprias agendas de pesquisa em consonância com as necessidades das populações regionais e ampliar os núcleos de pesquisadores motivados e qualificados a prospectar a sociodiversidade Amazônica que permanece por se dar a conhecer.

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM BUSCA DE UMA SABEDORIA PRÁTICA INTELIGENTE... COMO SERÁ O AMANHÃ?

POR LUIS DAVID CASTIEL*

Há indícios de que começa a ocorrer um borramento das fronteiras entre o provimento de atenção preventiva em saúde e o autocuidado. A promoção securitária da saúde por iniciativas de automonitoramento digital passa a enfatizar mais ainda a responsabilidade pessoal e o autocontrole no ambiente político neoliberal. Algo que se ajusta bem às medidas de austeridade diante das crises fiscais globais. E locais.

Diante da obsolescência progressiva dos telefones fixos, passamos a ter, cada vez mais, corpos/subjetividades fixas aos dispositivos ditos 'smart', traduzido em português como 'inteligentes'. Estes, também, podem atuar no controle feito por gestores em relação a empregados, permitir o rastreamento, a compilação e o processamento dos movimentos dos usuários dos impérios internéticos cujos serviços monitoram suas máquinas aos dispositivos dos interessados, por exemplo: Twitter, Instagram, Google, Facebook, Amazon.com, LinkedIn, Research Gate. Tais empresas constroem suas enormes bases de dados e categorizam via big data os algoritmos dos perfis de potenciais consumidores.

Há que se cogitar sobre as repercussões na subjetividade autorreferida nos chamados movimentos cada vez mais difundidos de automonitoramento também denominados Quantified Self/ Tecnologia autoquantificada (Calvazara, 2014). Este movimento fomenta o uso de tecnologia para coletar dados sobre si mesmo. Tais recursos permitem às pessoas autorrastrear aspectos de suas vidas diárias.

Há aplicativos relacionados à saúde vinculados a: consumo de comida; consumo de álcool; abandono de tabagismo; exposição ao sol; saúde mental; saúde sexual; monitoração do sono; controle de variáveis fisiológicas, sensações e indicadores, como: glicose sanguínea, controle de peso, índice de massa corporal, aptidão física, temperatura corporal, ritmo respiratório, leitura de indicadores bioquímicos sanguíneos e de atividade cerebral, etc.



**Luis David Castiel é Pesquisador titular do Depto. de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz*

MUITAS PESSOAS MANIFESTAM IMPOTÊNCIA DIANTE DO PODER DAS GRANDES EMPRESAS DA INTERNET PARA COLETAR, POSSUIR E USUFRUIR DE SEUS DADOS PESSOAIS

Segundo Lupton (2014), muitas pessoas manifestam impotência diante do poder das grandes empresas da internet para coletar, possuir e usufruir de seus dados pessoais. Algumas vezes, usuários de automonitoramento concordam com o uso alheio de seus dados pessoais como uma parte inevitável da aceitação dos termos e condições de seus dispositivos, aplicativos móveis e plataformas.

Em outros casos, seus dados podem ser acessados sem seu conhecimento ou consentimento. A segurança de dados disponibilizados em plataformas digitais não é à prova de falhas de segurança. A forma como dados digitais podem ser utilizados por diferentes atores e instâncias não pode ser prevista nem controlada.

Devemos lembrar que também existem, em algumas partes do mundo dito civilizado, iniciativas de ativismo político na escala das comunidades. Assim, pode-se ultrapassar as perspectivas de controle externo, ao se coletar seus próprios dados para delinear necessidades e demandar ações governamentais diante de condições de saúde, transporte e tráfego, dados sobre crime, disposição de lixo, poluição, etc.

Ainda assim, parece haver uma abrangência que não para de se ampliar para o uso de automonitoramento digital, que provavelmente deve se expandir ainda mais na medida em que um crescente número de organizações e instâncias resolve explorar o potencial dos

dados produzidos a partir destas práticas.

Bauman e Lyon se referem ao 'minipanóptico' pessoal sob a forma de tablets e smartphones (Bauman e Lyon, 2014), e a fusão deles - os phablets. Nesta direção, não é absurdo cogitar em 'smartphrones' - um tipo de phone/drone inteligente que pretende nos transformar em androides consumidores, inclusive de saúde. Seria um tipo particular de simbiote parasitário ao alcance somático que reside em nossas roupas durante nossos voos - literais e metafóricos. Ou, em um jogo de palavras mais infame ainda, uma smartphronesis - quem sabe um tipo de sabedoria prática mais smart porque mediada por aparatos cibercelulares móveis cada vez mais sofisticados. Será? Responda quem puder...

REFERÊNCIAS

Bauman, Z; Lyon, D. *Vigilância líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

Calvazara, B. O que é a tecnologia autoquantificada? Disponível em: <<http://qga.com.br/tecnologia/2013/09/o-que-e-a-tecnologia-autoquantificada>>. Acesso em 07/10/2015.

Lupton, D. Self-tracking modes: reflexive self-monitoring and data practices. Paper for the 'Imminent Citizenships: Personhood and Identity Politics in the Informatic Age' workshop, 27 August 2014, ANU, Canberra. Disponível em: <http://ssrn.com/abstract=2483549>. Acesso em 06/11/2014.



CONFERÊNCIA MUNDIAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL EM 2016: POR QUE AQUI E AGORA?

POR MARCO AKERMAN

O nosso vasto mundo vem, ao longo do tempo, produzindo dois espaços cativos para o debate da promoção da saúde.

Um destes espaços vem sendo propiciado pela OMS, com a realização de suas *Global Conferences on Health Promotion*, sendo que a 1ª foi em Ottawa, no Canadá, em 1986. Estas conferências são intergovernamentais, e sinalizam as diretrizes da área a serem implementadas, mundialmente, pelos países membros.

O outro espaço tem sido impulsionado pela União Internacional para a Promoção da Saúde e da Educação, associação profissional com mais de 60 anos de vida, que produziu sua primeira Conferência Mundial em 1951, em Paris. Em 1969, a América do Sul protagonizou esse evento organizando a 7ª Conferência Mundial, em Buenos Aires.

No bojo do processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde (Rocha et al, 2014¹) protagonizado pelo GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da ABRASCO cresceu a ideia de trazer para o Brasil/Curitiba a 22ª Conferência Mundial.

E neste sentido, cabe a primeira pergunta contida no título deste artigo: por que aqui?

Porque entendemos que valeria compartilhar com o mundo, algumas das convicções que temos acumulado no campo da saúde coletiva/promoção da saúde no Brasil: de

que a saúde é produzida socialmente e neste sentido o processo saúde-doença-cuidado é passível de intervenções coletivas e individuais com potência de modificá-lo; de que um sistema universal de saúde como política pública de estado é a melhor maneira para a defesa do direito à saúde; e de que planejamento integrado de base territorial faz bem para a saúde.

Sabemos, entretanto, que o fato de termos estas convicções, não nos traz a garantia de que serão materializadas automaticamente. Muito pelo contrário, estarão, sempre, permeadas por contextos de tensões, lutas e disputas.

E o campo da promoção da saúde vem refletindo muito destas tensões. Ferreira Neto e Kind²(2010, p.1119) evidenciaram uma “tensão polarizadora” que atravessa a teoria e a prática da promoção da saúde permeada ora, por dimensões regulatórias e disciplinares, ora por dimensões participativas e emancipatórias, carregando consigo um enorme dissenso no campo da saúde coletiva brasileira e latino-americana.

POR QUE AGORA? 2016 É UM ANO EMBLEMÁTICO!

Em 2016, celebra-se o 30º aniversário da 1ª Conferência Global de Promoção da Saúde da OMS, o 30º aniversário da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), e o 10º aniversário da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) do Brasil.

Queremos fazer dessa 22ª Conferência oportunidade para uma reflexão crítica sobre o passado, analisando-se as possibilidades de se estabelecer pontes com o presente e o futuro.

Para tanto, será desenvolvido por relatores um processo de sistematização das mensagens principais de todas as atividades da Conferência.

Este material servirá de “combustível” para que o Comitê do Legado problematize se os propósitos da Carta de Ottawa se tornaram, ou não, realidade. Em caso afirmativo, como isto pode ser demonstrado? Em caso, negativo, por que achamos que isso não aconteceu?

Simpósios específicos e sessões de apresentação oral também trabalharão estas perguntas em relação à VIII CNS e à PNPS do Brasil. Em conexão com este propósito, haverá a exposição da linha do tempo que evidencia os marcos do processo de implementação da nossa Política Nacional. Este esforço coletivo será feito por atores e instituições que reunirão a documentação, fotos e memórias. Ainda, debaterão a “Afirmação dos saberes populares na promoção da saúde e construção de outro mundo possível” e “A experiência brasileira na efetivação de políticas de promoção da equidade”.

Em relação ao presente, os relatores, usando “a lente da equidade”, irão buscar as mensagens-chave vocalizadas nas distintas atividades da Conferência, para que o Comitê do Legado³ problematize que lugar ocupa a “equidade em saúde” nas pesquisas e práticas da comunidade global de promoção da saúde.

Assim, a Conferência deixará legados em diferentes dimensões - local, regional., nacional e global, sendo que cada uma dessas dimensões terá tratamento diferenciado e específico.

A SAÚDE É PRODUZIDA SOCIALMENTE E NESTE SENTIDO O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO É PASSÍVEL DE INTERVENÇÕES COLETIVAS E INDIVIDUAIS COM POTÊNCIA DE MODIFICÁ-LO

E QUANTO AO FUTURO?

Queremos estabelecer pontes entre Curitiba e o futuro, a partir das reflexões empreendidas nas análises sobre Ottawa, VIII CNS e PNPS brasileira, bem como no reposicionamento do tema da equidade e do direito à saúde nos debates do campo e das políticas públicas globais, nacionais e locais.

Está planejada uma publicação para trazer os temas que emergirão da Conferência. Algumas questões a serem levantadas: Que debates marcaram esta Conferência em relação à trajetória da Promoção da Saúde no Brasil e no mundo? O que há de novo? O que anima novas perspectivas? O que consolida estas trajetórias?

Como um outro produto possível, será produzida a Declaração de Curitiba como nossa oferta para a 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde da OMS, que será realizada em Xangai, em novembro de 2016, com o tema “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”.

Nesta Declaração pretendemos deixar clara a marca da 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde - Promoção da Saúde e Equidade - e explicitar que sem “equidade não há desenvolvimento”!

**Marco Akerman é Professor do Depto. de Prática de Saúde Pública da USP e coordenador do GT de Promoção da Saúde da Abrasco*

Com colaboração de Simone Moyses, Ronice Franco de Sá, Regiane Rezende, Veruska Prado, Lenira Zancan, Dais Rocha; membros do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da Abrasco

REFERÊNCIAS

¹ Rocha, DG, Alexandre, VP, Marcelo, VC, Rezende, R, Nogueira, JD, & Franco de Sá, R. (2014). Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4313-4322.

² FERREIRA NETO, JL & KIND, L Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis*, 20(4): 1119-1142 2010.

³ Este Comitê será coordenado por Paulo Buss (Brasil) e David McQueen (EUA).

EL IMPUESTO AL REFRESCO UNA ACCIÓN EFICAZ QUE PROTEGE LA SALUD CONTRA LOS INTERÉSES DE LA GRAN INDUSTRIA DE BEBIDAS

POR EL PODER DEL CONSUMIDOR, A.C *

Hoy en día, México tiene una de las mayores prevalencias de sobrepeso, obesidad y diabetes en el mundo. Uno de cada tres niños y siete de cada diez adultos presentan sobrepeso y obesidad¹. Además, la diabetes mellitus es responsable de más de 87 mil muertes de mexicanos cada año². Estimaciones recientes indican que uno de cada tres niños mexicanos nacidos en 2010 sufrirá diabetes en su vida³.

Los problemas de obesidad y enfermedades crónicas en México están ligados a la deterioración de la dieta tradicional y al aumento alarmante en el consumo de bebidas azucaradas (BAs) y productos ultra-procesados. México encabeza la lista de países de América Latina con mayores consumos de alimentos y bebidas ultra-procesados⁴. En 2012, la población mexicana recibió el 70% de los azúcares añadidos en su dieta diaria de bebidas azucaradas⁵. Además, en México, el consumo de BAs causa 24,100 muertes prematuras por diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer por año⁶.

Existe una fuerte evidencia que asocia el consumo de bebidas azucaradas con el desarrollo de obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares y salud bucal^{7,8,9}. Además, recomendaciones de organizaciones tanto internacionales como nacionales, como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el Instituto Nacional de Salud Pública de México, han señalado que un impuesto a las BAs puede ser una medida costo-efectivo para disminuir el consumo de éstas y que debe ser una parte fundamental de una estrategia integral contra la obesidad y enfermedades crónicas. Dado a estas re-

comendaciones y a la evidencia, una propuesta para un impuesto de 20% a BAs fue presentada en el senado mexicano en 2012 originada por las organizaciones de la sociedad civil.

Preocupada por sus ganancias y no por la salud pública, la industria refresquera lanzó una fuerte estrategia para poner en duda las evidencias que vincula a las BAs con problemas de salud, para asustar al público declarando que un impuesto va a afectar negativamente al empleo y a las pequeñas empresas y para presionar a los legisladores a actuar en contra de las evidencias. Para contrarrestar estas afirmaciones falsas, las organizaciones de la sociedad civil lanzaron una campaña masiva de comunicación para informar a la gente sobre los daños que causan las BAs, hicieron actos públicos, convocarán foros internacionales para hacer claras las evidencias necesarias para un impuesto y demandaron públicamente que el gobierno, tanto al poder ejecutivo como al legislativo, actuara a favor del interés público no en el interés corporativo¹⁰.

En noviembre de 2013, los legisladores actuaron a favor de la salud y aprobaron un impuesto de 10% o un peso por litro a las bebidas con base de agua que contengan cualquier

REFERÊNCIAS

- 1 Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública: Cuernavaca, México, 2012.
- 2 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Mortalidad por diabetes mellitus, 2013.
- 3 The Update team. Sick societies. Mexican diabetes devastation. It is essential to tax soda. [Update] World Nutrition. marzo 2015, (6) 3: 137-139.
- 4 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Oficina Regional para las Américas, OPS/OMS: Washington D.C., 2015.
- 5 Sánchez-Pimienta TG, Batis C, Lutter CK, Rivera JA. Main sources of total and added sugars intake in the Mexican population [Sometime a publicación].
- 6 Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Lim S, Ezzati M, Mozaffarian D. Estimated Global, Regional, and National Disease Burdens Related to Sugar-Sweetened Beverage Consumption in 2010. *Circulation*, doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.010636.
- 7 Bernabé E, Vehkalahti MM, Sheiham A, Aromaa A, Suominen AL. Sugar-sweetened beverages and dental caries in adults: a 4-year prospective study. *J Dent*. 2014. 42(8): 952-8.
- 8 Malik VS, Pan A, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2013. 98(4): 1084-102.
- 9 Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2010. 33(11): 2477-83.

tipo de azúcares añadidos. Estas modificaciones a la Ley del Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios (IEPS) que entró en vigor en enero de 2014 han sido un primer paso adelante para contrarrestar la mala nutrición en México. En 2014, \$18 mil 255 millones de pesos fueron recaudados por el impuesto a bebidas azucaradas¹¹. Los resultados preliminares del primer año que el impuesto fue implementado demuestran que la población disminuyó en un promedio de 6% la compra de BAs y esta tendencia aumentó hasta llegar a 12% en diciembre¹². Este estudio fue elaborado por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y del Centro de Población de la Universidad de Carolina del Norte respaldado por un Comité Asesor integrado por reconocidos académicos nacionales e internacionales. Asimismo, el Euromonitor señala que el impuesto ha llevado a México a pasar del primero al cuarto lugar en el consumo de bebidas carbonatadas¹³.

No obstante los logros que el impuesto a las BAs ha tenido en México, y a pesar de que el impuesto está reconocido como un ejemplo a seguir en el ámbito internacional, la industria refresquera ha continuado luchando contra él. En septiembre y octubre de este año, la industria refresquera de México convenció a los diputados mexicanos de los Partidos políticos PRI y PAN de proponer una reducción de 50% en el impuesto a las BAs con cinco gramos o menos de azúcar por cada 100ml¹⁴. Esta propuesta habría afectado más la salud de niñas y niños porque los productos que están dirigidos a ellos habrían recibido una reducci-



ón en su impuesto. La propuesta fue desarrollada sin fundamento ni evidencia científica¹⁵.

Sin embargo, la sociedad civil mexicana junto con el apoyo de órganos científicos, organizaciones internacionales y campeones del Senado mexicano lograron que la propuesta fuera rechazada el 29 de octubre de 2015, por lo cual el impuesto a las BAs sigue manteniéndose—lo cual se señaló como un gran logro de la sociedad civil contra los intereses agresivos de la industria refresquera¹⁶. No obstante, hay mucho trabajo por hacer. El impuesto debe ser aumentado de 10% al 20% para tener mejores efectos en la salud; el dinero recaudado por el impuesto debe ser utilizado para la instalación de bebederos en escuelas y espacios públicos y para la prevención de obesidad y enfermedades crónicas; el IVA en agua embotellada en envases menores de 10 litros debe ser eliminado con el fin de volverse, económicamente, más accesible. Asimismo, el impuesto a las bebidas azucaradas debe ser complementado por otras políticas intersectoriales que se basen en las evidencias científicas y estén libres de conflictos de intereses para contrarrestar esta epidemia de la mala nutrición, la obesidad y enfermedades crónicas.

** A ONG mexicana El Poder Del Consumidor é formada por pessoas que trabalham profissionalmente na defesa dos direitos civis em diversas áreas: meio ambiente, consumo, gênero, arte.*

¹⁰ Donaldson E. *Advocating for Sugar-Sweetened Beverage Taxation: A Case Study of Mexico*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2015. Disponible en: <http://www.jhsph.edu/departments/health-behavior-and-society/public-health-practice/practice-highlights/advocating-for-sugar-sweetened-beverage-tax.html>.

¹¹ Contrapeso y Obesidad en la Mira. *Reporte de Avances en Recaudación del impuesto Especial sobre producción y servicios (IEPS) a refrescos y bebidas azucaradas del 4to Trimestre de 2014*. febrero de 2015. Disponible en: http://obesidadenlamira.mx/docs/OELM_reporte_impuesto_cuarto_semestre_2014.pdf.

¹² Instituto Nacional de Salud Pública. *Reducción en el consumo de bebidas con impuesto después de la implementación del impuesto en México*. 2015. Disponible en: <http://www.insp.mx/epppo/blog/3666-reduccion-consumo-bebidas.html>.

¹³ Euromonitor International. *Estado Actual del Mercado de Bebidas Carbonatadas en Norte y Sudamerica*. 2015. Disponible en: <http://www.slideshare.net/Euromonitor/estado-actual-del-mercado-de-bebidas-carbonatadas-final>.

¹⁴ Alianza por la salud alimentaria. *Capturan refresqueras a legisladores priistas y ponen en riesgo la salud de los menores*. 27 oct 2015. Disponible en: <http://alianzasalud.org.mx/2015/10/capturan-refresqueras-a-legisladores-priistas-y-ponen-en-riesgo-la-salud-de-los-menores/>.

¹⁵ Alianza por la salud alimentaria. *Cardiólogos mexicanos demandan acciones enérgicas del gobierno para frenar muertes por infartos ligados al consumo de alimentos y bebidas "chatarra"*. 30 sept. 2015. Disponible en: <http://alianzasalud.org.mx/2015/09/cardiologos-mexicanos-demandan-acciones-energicas-del-gobierno-para-frenar-muertes-por-infartos-ligados-al-consumo-de-alimentos-y-bebidas-chatarra/>.

¹⁶ Alianza por la salud alimentaria. *Legisladores votaron por la salud*. 30 sept. 2015. Disponible en: <http://alianzasalud.org.mx/2015/10/legisladores-votaron-por-la-salud/>.



Participação é um dos princípios fundamentais do SUS, garantido pela Constituição e fruto do protagonismo da sociedade civil. Defenda essa conquista!

associe-se à Abrasco
www.abrasco.org.br



#somasabrasco
#abrasco+forte