



SUS 20 ANOS

SEMINÁRIO SUS 20 ANOS  
DESAFIOS PARA A INFORMAÇÃO  
E A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE



**SEMINÁRIO SUS 20 ANOS:  
DESAFIOS PARA A INFORMAÇÃO  
E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

**Ministério da Saúde**  
**Ministro da Saúde:**  
José Gomes Temporão

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz

Presidente:

Paulo Ernani Gadelha

Vice-presidente de Pesquisa e Laboratórios de

Referência:

Claude Pirmez

Vice-presidente de Desenvolvimento Institucional  
e Gestão de Trabalho:

Romulo Maciel Filho

Vice-presidente de Ensino, Informação e

Comunicação:

Maria do Carmo Leal

Vice-presidente de Ambiente e Promoção à Saúde:

Valcler Rangel Fernandes

Vice-presidente de Produção

e Inovação em Saúde:

Carlos Augusto Graboys Gadelha

**ICICT**

Instituto de Comunicação e  
Informação Científica  
e Tecnológica em Saúde

Diretora:

Ilma Horsth Noronha

Vice-diretor de Pesquisa, Ensino e  
Desenvolvimento Tecnológico:

Francisco Inácio Bastos

Vice-diretor de Informação e

Comunicação:

Umberto Trigueiros

Vice-diretor de Desenvolvimento  
Institucional:

Antônio José Marinho Ribeiro

Editoria e Comunicação

Maria da Conceição R. de Carvalho

Produção de Conteúdo, Direção de Arte, Projeto Gráfico e Diagramação:  
Luiza Silva (Icict/Fiocruz)

Revisão de Texto: Marita Dias (Instituto de Medicina Social/UERJ)

---

**FICHA CATALOGRÁFICA**

---

F 823s Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e  
Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Seminário SUS 20 anos: desafios para a informação e  
comunicação em saúde / Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de  
Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

-- Rio de Janeiro: FIOCRUZ / ICICT, 2009.

155 p.: il.

ISBN

1. Sistema Único de Saúde (SUS) - história. 2. Informação em  
Saúde. 3. Comunicação em Saúde. I. Título.

CDD 22ª ed. 362.10425

---

Catálogo pela Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

**Fundação Oswaldo Cruz**

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

**SEMINÁRIO SUS 20 ANOS:  
DESAFIOS PARA A INFORMAÇÃO  
E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

RIO DE JANEIRO - RJ

2009

# [ ÍNDICE ]

## **APRESENTAÇÃO**

### **O QUE É ESTE LIVRO REPRESENTA PARA O ICICT**

ILMA NORONHA ..... 6

### **SOBRE O EVENTO DE ORIGEM**

UMBERTO TRIGUEIROS ..... 10

## **FALAS DA MESA DE ABERTURA**

**LIGIA BAHIA** – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE ..... 12

**ROGÉRIO LANNES** – ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA FUNDAÇÃO

OSWALDO CRUZ ..... 13

**PAULO ERNANI GADELHA VIEIRA** – ABRASCO E FUNDAÇÃO

OSWALDO CRUZ ..... 17

## **CONFERÊNCIA DE ABERTURA**

**PAULO BUSS**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ..... 22

## **MESA 1: “O SUS NA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO”**

**MEDIADORA: LÍGIA BAHIA**

### **UMA ANÁLISE DO SUS COM BASE NA PNAD**

CLÁUDIA TRAVASSOS – ICICT / FIOCRUZ ..... 54

### **UM OLHAR SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE O SUS E A MÍDI**

INESITA SOARES DE ARAÚJO – ICICT / FIOCRUZ ..... 62

### **A INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA A EQUIDADE EM SAÚDE**

ALBERTO PELLEGRINI – FIOCRUZ ..... 70

**MESA 2 "INFORMAÇÃO EM C&T EM SAÚDE"**  
**MEDIADORA: MARIA LUIZA JAEGER**

<b>FORMAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE</b>	
MARIA CRISTINA SOARES GUIMARÃES – ICICT / FIOCRUZ .....	82
<b>O ACESSO LIVRE NA INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA</b>	
CARLOS HENRIQUE MARCONDES – UFF .....	88
<b>A GESTÃO DE INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO NO SISTEMA DE PESQUISA EM SAÚDE: NOVAS MEDIAÇÕES, ESTRUTURAS, MODELOS</b>	
ALFREDO SCHECHTMAN – DECIT /MS .....	106

**MESA 3 "COMUNICAÇÃO E SAÚDE"**  
**MEDIADORA: MADEL LUZ**

<b>PESQUISA COMUNICASUS</b>	
RODRIGO MURTINHO – ICICT / FIOCRUZ .....	116
<b>A MÍDIA COMO PRODUTORA DE DOENÇA: O EXEMPLO DA REGULAÇÃO DA PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS</b>	
ÁLVARO NASCIMENTO – ABRASCO .....	120
<b>DIREITO HUMANO À COMUNICAÇÃO</b>	
ROGÉRIO TOMAZ JUNIOR – INTERVOZES .....	134

**MESA 4 "INFORMAÇÃO EM SAÚDE"**  
**MEDIADORA: MARIA DO CARMO LEAL**

<b>REDES DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE</b>	
JOÃO BATISTA RISI JUNIOR – RIPSA .....	140
<b>COMO OS INDICADORES PODEM SUBSIDIAR AS POLÍTICAS EM SAÚDE</b>	
MAURÍCIO BARRETO – ISC/UFBA .....	148
<b>DESAFIOS DA PESQUISA E ENSINO NOS 20 ANOS DO SUS</b>	
FRANCISCO INÁCIO BASTOS – ICICT / FIOCRUZ .....	160

# O QUE ESTE LIVRO REPRESENTA PARA O ICICT

ILMA NORONHA, DIRETORA DO INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E  
INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE

*Em 5 de outubro de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi tornada realidade na Constituição Federal<sup>1</sup>. Nascia o acesso universal à saúde como direito para toda a população, na esteira de muitas lutas e conquistas do movimento da reforma sanitária. Vinte anos depois, o Icict abre suas portas para um exercício de reflexão sobre a trajetória da comunicação e da informação no âmbito do SUS. Esta é a missão do Seminário SUS 20 Anos, Desafios da Comunicação e Informação em Saúde<sup>2</sup>, uma parceria desse Instituto com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)<sup>3</sup>, e com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes)<sup>4</sup>.*

*De lá para cá, o SUS cresceu em alcance e complexidade. Vem se fortalecendo com o fôlego criativo que lhe deu a democracia participativa na saúde. Talvez por isso, se é como um depositário das demandas e esperanças da sociedade, também espelhe as iniquidades, a desinformação e muitos outros desafios que o país precisa enfrentar.*

*A comunicação mostra os ruídos e lapsos da grande mídia frente às demandas da sociedade, ao mesmo tempo em que essa última busca se organizar para exercer um justo e desejável controle social do que lhe chega, e passa ela mesma a produzir*

conteúdos afinados com seus anseios.

*São 20 anos de SUS e 22 do atual Ict. Amadurecemos juntos, trocando experiências com a gestão pública e os atores acadêmicos. Há muito o que trilhar em termos de organização e disseminação dos resultados que as pesquisas produzem, mas já surgem transformações animadoras no campo da comunicação e da informação científica e tecnológica, com o horizonte cada vez mais próximo da interoperabilidade de sistemas e com o alento poderoso – e polêmico - do acesso livre.*

*Essas e muitas outras questões passeiam pelas linhas desta publicação. Como se vê, fazem parte de um cenário de transformações intensas, que refletem tensões entre modelos comunicacionais e regimes informacionais distintos, convivendo e tecendo, em um campo disciplinar vasto e necessariamente permeável, tanto novos questionamentos e problemas quanto possíveis saídas para os mesmos.*

*A visão que esta publicação traz das questões de comunicação e informação para o SUS é panorâmica, geral, mas está longe de ser superficial. É como um corredor onde alternativas*



*“técnicas” e “históricas” (ou políticas) são como muitas portas abertas ou que podem ser abertas, lado a lado com outras que estão apenas se desenhando ou que insistem em permanecer fechadas.*

*Cada uma delas acena com uma transformação, um avanço ou retrocesso que pode ser incremental, mas cujas consequências são sempre profundas, amplas: afetam – ou deveriam afetar – toda a sociedade brasileira em termos de bem-estar.*

*Este bem-estar deve chegar pelas políticas públicas, sim, mas também pelo acesso à informação e à comunicação como fórum democrático, duas forças de caráter organizador de poder e, por isso, emancipatórias. Isto é:*

*há que se pensar também uma política integrada para a comunicação e a informação, que represente a sociedade na sua diversidade.*

*Não há por quê ou como separar a tecnologia da história, como é ilusório pensar que a ciência e a política podem estar dissociadas.*

*Mas este pequeno registro convida também para o mergulho em outras correntes, nos muitos desdobramentos que as notas, aqui e ali, vão indicando.*

*Delas reconstituímos e renovamos trajetos de onde avistamos continentes de*

*possibilidades teóricas e práticas para o Brasil.*

*É uma publicação para discutir, usar e reusar. Pode e deve ser usada como um manual de navegação por estes caminhos em mutação, mas o destino e a rota são do leitor.*

*Fazemos votos de que os temas valham empreitadas de estudo e ação em conjunto, sempre mais ricas, interessantes e legítimas para a construção de um país soberano e moderno, de fato e de direito.*

## **NOTAS**

1Veja o texto completo da Carta e as emendas que ele veio sofrendo ao longo dos anos em <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Outro recurso interessante que pode ser usado comparativamente com este é a Linha do Tempo da Saúde, acessível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/85.htm> e a linha do tempo do sítio comemorativo SUS20 anos: <http://sus20anos.saude.gov.br>

2 Sítio do evento com apresentações, a programação e outros documentos em [www.seminariosus.icict.fiocruz.br](http://www.seminariosus.icict.fiocruz.br)

3 <http://www.abrasco.org.br/>

4 <http://www.cebes.org.br>

# O EVENTO DE ORIGEM

UMBERTO TRIGUEIROS, DIRETOR ELEITO DO INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE

*Parece que foi ontem, mas, há vinte anos, quando o SUS nasceu, cada um dos autores que o leitor encontrará nesta publicação vivia uma realidade diferente. No país que despertara de anos de silêncio, alguns eram jovens às voltas com a graduação. Outros, já experientes pesquisadores e gestores. Vê-se, hoje, que todos têm muito que nos dizer.*

*Nem todos já se debruçavam sobre os temas da saúde pública; antes, por meio de suas trajetórias, ajudaram a construir esse mesmo campo de ação e conhecimento. Das universidades, dos laboratórios, das repartições, dos sindicatos e associações, dos movimentos sociais em gestação, em tempos diferentes, convergiram em afinidades e demandas que, então, desenhariam as grandes diretrizes do SUS.*

*Essa mesma ecologia de saberes e práticas, internos ao Ict, colocou seus melhores esforços no Seminário SUS 20 Anos, realizado em novembro de 2008.*

*Organizado pela Editoria e Comunicação do Ict, o evento contemplou, por três dias, uma série de atividades que ultrapassam o escopo desta publicação.*

*Destacamos o empenho e dedicação de Maria da Conceição Carvalho, Rafael Cavadas, Patrícia Lira e Vera Fernandes.*

*Também devemos o sucesso da empreitada ao Serviço de Produção e Distribuição de Audiovisuais em Saúde, que registrou o evento em DVD; ao Serviço de Desenvolvimento de Sistemas, pelo desenvolvimento e manutenção dos códigos do*

sítio<sup>1</sup>; e ao Serviço de Programação Visual, pelas artes de impressos e eletrônicos do evento, e pela Mostra Fotográfica que registrou anos de Conferências. Registre-se ainda, no evento, a Mostra Três Décadas da Experiência Fundação Serviço de Saúde Pública - Fragmentos da Imagem da Educação em Saúde, com filmes do acervo FSESP restaurados pela pesquisa “A Imagem da Saúde no Discurso Oficial do Estado Novo” do Laboratório de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, Labcities/Icict. Nosso agradecimento ao jornalista e cartunista Manoel Caetano Mayrink, pela mostra Só Rindo da Saúde, que reconta em cartuns a trajetória SUS.

Ancorada na perspectiva metodológica de “reuso da

informação” – também objeto de pesquisa do Labcities – esta publicação inova em formato e conteúdo, e almeja lançar as bases de um novo perfil de produtos de informação em saúde. É sintética, direta: um instantâneo e uma porta de entrada para o universo SUS, na experiência e no discurso dos palestrantes. Mais importante, está afinada com os ideais que nosso Instituto abraça e aos quais se mantém fiel, na linha do livre acesso à informação e da mais ampla circulação de idéias e saberes, estratégicos para o fortalecimento do SUS e para a construção de um país que queremos e merecemos. Boa leitura.

#### **NOTAS**

1 [www.seminariosus.icict.fiocruz.br](http://www.seminariosus.icict.fiocruz.br)

# MESA DE ABERTURA

**LIGIA BAHIA**

[ CEBES ]

*Agradeço, em nome do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes)<sup>1</sup>, pelo convite e dou parabéns ao Icict por essa iniciativa tão interessante: tivemos muitas comemorações pelos 20 anos de SUS mas esta é, de certa maneira, singular, porque traz o debate para dentro da própria instituição. Pensamos que isso pode ter resultados extremamente promissores.*

*No Cebes, estamos tentando aperfeiçoar as nossas ferramentas de informação e comunicação. Mantemos um sítio atualizado, temos a revista *Saúde em Debate*<sup>2</sup> e estamos publicando livros e realizando seminários. Em 2009, já devemos ter lançado uma espécie de programa mínimo para que o SUS*

*avance. É um documento que identifica um conjunto de pontos desde a perspectiva do acesso e utilização dos serviços; da gestão da rede de serviços de saúde; da regulação e da inovação tecnológica. São pontos ou situações que hoje consideramos inaceitáveis, mas que, ao mesmo tempo, identificamos como passíveis de modificação em curto prazo.*

*Embora algumas dessas situações possam ser chamadas de triviais, este exercício a que o Cebes se propôs nada tem de óbvio; ao contrário, pode ser muito complexo. Um exemplo: a remuneração, as formas de recrutamento e de contratação dos profissionais de saúde.*

*Outras situações não são nem aceitáveis nem triviais, mas igualmente polêmicas: adotar UPAS<sup>3</sup> como um vetor de reorganização no modelo assistencial no país seria um desses casos.*

*Consideramos também inaceitável que não haja uma regulação sistêmica articulando inovação e incorporação tecnológica no país. Temos, com esse esforço, uma expectativa sobre o lançamento desse documento que, evidentemente, será profundamente debatido.*

*O Cebes parabeniza Gadelha pela eleição<sup>4</sup>. É mais um aprimoramento do processo democrático da Fiocruz, uma verdadeira expressão de como a democracia pode dar certo.*

*Gadelha teve uma importância muito grande no processo de construção de entidades como o Cebes. Por isso mesmo nos preocupamos: quem vai substituí-lo nesse papel, agora que ele assumirá a presidência da Fiocruz? Precisamos, cada vez mais, que essas entidades sejam questionadas, estimuladas, apoiadas e, assim, haja renovação da comunicação e da informação.*

**ROGÉRIO LANNES**  
[ASFOC]

*O Sindicato Nacional dos Trabalhadores da Fiocruz (Asfoc)<sup>5</sup>, agradece pelo convite para participar desta iniciativa do Icict. É sempre bom reafirmar que o lugar do sindicato não é apenas na mesa de negociação, nas assembleias ou nas questões*

*corporativas, mas também nas mesas em que as questões institucionais da Fiocruz se cruzam com as questões macropolíticas do país.*

*Informação e comunicação são campos sem os quais as formulações em saúde ficam a dever àqueles cujas vidas deveriam melhorar. O Icict vem, nesses últimos anos, cumprindo o papel de fazer convergir essas avaliações, essa memória, o discurso e a reflexão sobre o papel da comunicação na saúde. No início, esteve muito próximo do espaço que a Abrasco<sup>6</sup> abriu para este campo dentro do processo da Constituinte que ‘pariu’ o SUS - embora o parto tenha sido longo, porque só mesmo com a Lei Orgânica<sup>7</sup> ele começou a funcionar.*

*A Constituição criou o SUS mas ele veio depois, com essa construção discursiva. Queremos associar as*

*entidades, o Ministério e o próprio SUS não àquela lei que o formalizou, mas à lei maior que estabeleceu seus princípios. Isto facilita vincular o SUS à luta social que o antecedeu desde as experiências de Montes Claros<sup>8</sup>, da criação do Cebes e depois da Abrasco.*

*O próprio Radis<sup>9</sup> veio, na Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP<sup>10</sup>, trabalhando para isso. Depois, na 8<sup>a</sup> Conferência<sup>11</sup>, tivemos o envolvimento de alguns parlamentares de forma suprapartidária e, finalmente, chegamos à Constituinte, naquele grande movimento social que acompanhou a proposta popular de criação do SUS.*

*A emenda da saúde tinha 54 mil assinaturas. A reforma agrária, uma dívida de séculos, tinha três milhões. O*

*que fez a diferença foi a capacidade de articulação, a inteligência colocada a serviço do movimento social, pelos sanitaristas e parlamentares de diversos partidos. Sinalizou-se um dos caminhos pelos quais o SUS deveria melhorar, pois seguridade social de fato no país tem três pernas: previdência, assistência e saúde.*

*Vários sindicatos estão querendo intervir no Congresso em relação à seguridade social. Sabemos que há uma baixa qualidade do discurso e do aprofundamento da percepção das questões da saúde por parte dos sindicatos. Para que a reivindicação não se perca em palavras de ordem, a Asfoc fez questão de encaminhar os documentos que estão sendo produzidos pela Abrasco e pelo Cebes.*

*É muito importante discutir a informação e a comunicação nestes 20 anos de SUS, mas também é preciso ver o que falta construir. A comunicação não é uma espécie de divulgação no final da linha: está na estrutura do processo, e o do SUS foi construído a partir dos fluxos informacionais da mobilização social. Houve, naquele momento, a capacidade do movimento sanitário de não se isolar, de se comunicar, de fazer trocas com a sociedade, e de fazer com que os partidos se comunicassem. Recapitulando aquele momento pelos jornais da época, foi incrível como a saúde conseguiu se colocar para trabalhar pessoas de partidos diferentes - algumas que, inclusive, por orientação de seus partidos, fizeram depois muito mal ao SUS,*



*impedindo que se seguissem os princípios acordados.*

*Um estudo que tente entender o SUS pela letra da lei, pela letra dos documentos, das normas, não encontra o SUS real. A percepção que vai ser trabalhada nesses dois dias precisa ser incorporada pelos trabalhadores e pensadores, não só do campo da saúde e da informação, para entender melhor a história desses 20 anos e intervir com perspicácia quanto às mudanças que queremos no SUS.*

**PAULO ERNANI  
GADELHA VIEIRA**  
[ FIOCRUZ E ABRASCO ]

*Gostaria de cumprimentar os integrantes da mesa. Certa vez, Paulo Buss me contou sobre uma reunião na Inglaterra em que alguém afirmava que era preciso aprender português para ouvir, ver e aprender com o*

*que estava acontecendo no Brasil no campo de saúde. Hoje, acredito que, ao mesmo tempo em que há a necessidade de uma avaliação crítica, estamos em patamares novos com relação à nossa capacidade de gerá-la. Não me refiro só ao trabalho do Cebes: há pouco tempo a Politécnica<sup>12</sup> fez um simpósio semelhante, bebendo da experiência de um livro que continha vários aspectos de uma reavaliação crítica do SUS, de sua trajetória e do presente<sup>13</sup>. Essa competência crítica está retomando com plenitude a sua tarefa. Do outro lado, temos esse reconhecimento do que significaram os avanços. Essa capacidade o SUS teve, em vários momentos, desde o momento de sua construção, cheio de contradições que, de certa forma, se desdobraram*

*nos anos seguintes. Foi um processo de resistência, atuando contra a corrente de um pensamento hegemônico, que condenava toda a visão de universalidade, de integralidade e inclusão do SUS.*

*Ao mesmo tempo há distorções e desafios. Sobre a questão da informação e comunicação lembro da experiência das edições do Congresso Regional de Informação em Ciências da Saúde, o Crics<sup>14</sup>. Representaram momentos em que a avaliação da informação e comunicação, frente à experiência do SUS, foi tema central. Dali, surgiram várias outras questões para pensar o desenvolvimento no Brasil. A Fiocruz tem forte tradição de saber se colocar, não com uma visão interna, autorreferida,*

*mas como instituição central para os movimentos sociais e para as relações de cooperação com a sociedade, essas relações que são formadoras de todo o movimento sanitário. Vamos internamente, sim, desenhando formas de incorporação e garantias de sustentabilidade, e mais: garantias de novos avanços para o Cebes, a Abrasco e a Fiocruz.*

*Um dos grandes feitos da gestão Paulo Buss foi ajudar a colocar o Brasil num outro patamar no campo das relações internacionais. Em certo sentido, à frente desta área na nova gestão, estará mais livre para poder desenvolver na plenitude o que conseguiu de maneira tão exemplar. Há um novo campo de oportunidades e desafios. A conjuntura e a crise internacionais colocam a*

*importância do Estado, do papel das políticas sociais, e podem convergir, no Brasil, de forma a incorporar, na questão do desenvolvimento, na questão da responsabilidade do Estado, as políticas sociais, da seguridade social, o SUS como pai do complexo produtivo da saúde. Ou podemos responder novamente de uma maneira fragmentada, olhando apenas para o campo dos PACs<sup>15</sup> urbanos e de infraestrutura.*

*É um momento muito crítico, que devemos aproveitar, no melhor sentido: não permitir que a crise traga respostas parciais. E que voltem a ter espaço teses muito caras para o Brasil, defendidas ao longo desses tempos.*

## NOTAS

1 <http://www.cebes.org.br>

2 A revista dedicou seu número 81 inteiramente aos 20 anos do SUS.

Acesse esta e outras edições em <http://www.saudeemdebate.org.br>  
 3 Segundo o sítio do Ministério da Saúde, Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h) "são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. Objetivando alcançar a maior abrangência possível nos territórios, além das UPAs, uma outra unidade está sendo contemplada neste momento, a Sala de Estabilização, que poderá ser alocada em municípios e regiões com pequeno porte populacional."  
 Veja [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1465](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1465)

4 Quando o seminário foi realizado, em 10 e 11 de novembro de 2008, a eleição para a presidência da Fiocruz havia sido realizada um pouco antes (de 22 a 24 de outubro). Paulo Gadelha estava recém-eleito.

5 <http://www.asfoc.fiocruz.br/>

6 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - <http://www.abrasco.org.br>

7 A Constituição é de 1988, mas a Lei Orgânica nasce dois anos

depois, com o número 8080/90. Veja o texto completo em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>

8 A Carta de Montes Claros, ou Muda Saúde, foi escrita em 1985, durante o 4º Encontro Municipal do Setor Saúde e 3º Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_montes\\_claros.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_montes_claros.pdf)

9 “O Programa Radis, Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde, é um programa nacional de jornalismo em saúde pública, ligado à Escola Nacional de Saúde Pública, Ensp, da Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, órgão do Ministério da Saúde. Criado em 1982 na Ensp, o Programa Radis publicou durante 20 anos as revistas Súmula, Tema e Dados. De 86 a 93 publicou também o jornal tablóide Proposta - Jornal da Reforma Sanitária, renomeado em 94 Jornal do Radis.” Veja mais sobre o Programa e tenha acesso a várias destas publicações em <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/>

10 <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/>

11 Realizada em 1986, foi um momento decisivo da participação

popular para a saúde. Para um apanhado das Conferências, veja [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26506](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26506). Para um relatório da 8ª, acesse [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)

12 Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, EPSJV, da Fiocruz: <http://www.epsjv.fiocruz.br>

13 “Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS”, organizado por Júlio Lima e Gustavo Matta, está disponível para compra na livreria virtual no sítio da EPSJV.

14 Veja toda a série de documentos vinculados a este evento desde a sua primeira edição, em <http://www.bireme.br/phplevel.php?lang=pt&component=112&item=18>

15 Programa de Aceleração do Crescimento. Veja o sítio que o governo disponibiliza sobre o assunto em <http://www.brasil.gov.br/pac/>



# CONFERÊNCIA DE ABERTURA

[ DETERMINANTES SOCIAIS,  
OS 20 ANOS DE SUS  
E A INFORMAÇÃO ]

# DETERMINANTES SOCIAIS, OS 20 ANOS DE SUS E A INFORMAÇÃO

*Paulo Buss*

*Presidente da Fiocruz*

Bom-dia a todos. Inicialmente cumprimento Ilma Noronha, Madel Luz e Ligia Bahia, que representam aqui, respectivamente, o Icict, a Abrasco e o Cebes<sup>1</sup> pela iniciativa de realizar este seminário. Cumprimento o Rogério Lannes por todo o trabalho sério que fez ao longo desses oito anos como liderança da Asfoc<sup>2</sup>. Começou diretor de uma associação e terminou presidente do sindicato. É um companheiro que nos representa muito bem nesse processo, sempre tão difícil, de lidar com o Estado empregador. Também quero lembrar que a Politécnica<sup>3</sup> fez um evento dessa natureza. Acho que precisamos, regularmente, revisar e enriquecer a nossa análise sobre o que é o SUS, uma conquista tão cara para a sociedade.

As datas cheias, como este aniversário de 20 anos do SUS, são sempre boas para revisarmos as condições em que se desenvolve o SUS do Brasil: como se encontra hoje, e quais são os desafios que o cercam. O convite que recebi me deixou numa situação complicada: eu teria que ter um dia inteiro para falar das conquistas e desafios dos 20 anos do SUS, mais o tema determinantes sociais e mais a questão da informação.

Quero compartilhar esta apresentação com o Alberto Pellegrini<sup>4</sup>, que foi secretário executivo da Comissão Nacional de

Determinantes Sociais da Saúde, CNDSS. Devemos a ele o extraordinário documento que é o Informe Final da comissão<sup>5</sup>. A sua determinação e absoluta dedicação fizeram deste documento algo muito valioso, e que tem sido reconhecido no País e também no exterior. Fui o coordenador da CNDSS, mas a alma foi, realmente, o Pellegrini.

Falando de nosso sistema de saúde, frisemos que ele é socialmente determinado, como qualquer processo político, técnico, numa área sensível como a saúde. Aliás, em qualquer política pública existe uma determinação social fortíssima, dada não só pela situação epidemiológica, pela situação política e institucional ou pela questão estrutural, pela governança e outras dimensões mas, também, pelos movimentos sociais. Ou seja: é questão de governo, é uma questão social, é socialmente determinado. Não há como desconectar a questão do desenvolvimento do SUS da sua determinação social.

Eu queria tocar em algumas grandes realizações do SUS, apontá-las para não esquecê-las. O sítio deste Seminário, que foi projetado pelo Icict e que sugiro que vocês visitem, tem uma informação que não é segredo, mas é muito importante: o SUS surge na 8ª Conferência Nacional de Saúde, embora ele seja uma construção que vem desde a crítica feita pelos grupos de esquerda, refugiados nos institu-



tos e nos departamentos de medicina preventiva e social, a um sistema que não respondia absolutamente à necessidade de saúde da população.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde<sup>6</sup>, que ocorreu imediatamente após a democratização de 1985, teve uma grande liderança da saúde brasileira no então presidente desta Fundação, nosso querido e inesquecível amigo Sérgio Arouca<sup>7</sup>. Mais de 50.000 pessoas participaram de um processo de Conferências Municipais e Estaduais, até chegar à Nacional, que teve em torno de 5.000 participantes.

Essa conferência gerou uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que trabalhou com a Abrasco e o Cebes num levantamento de sugestões e discussões com ampla participação, o que veio a ser o capítulo de saúde da Constituição.

A 8ª Conferência foi um marco muito importante: em 1988, a saúde entra na Carta Magna com a criação do SUS, o Art. 196, invoca o conceito de que saúde não é uma questão biológica, genética ou individual, mas sim resultado de um processo político-econômico-social, gerando fatores determinantes da saúde.

O ano de 1986 é o ano da reunião e da Carta de Ottawa<sup>8</sup>. É impressionante como o Brasil estava surfando na crista da onda conceitual, politicamente falando. A determinação social era demonstrada tanto em cima de evidências como em cima da questão política, quando o Art. 196 diz que a saúde é um direito de todos, e uma obrigação do Estado. Serão fatores de natureza social que determinam a situação de saúde e a construção social da resposta social às condições de vida e de saúde, a estrutura de um sistema de saúde. As Leis 8.080 e 8.192<sup>9</sup> deram uma configuração jurídica para esse sistema. Fernando Collor era o presidente e vetou a Lei 8.080. Por isso, há

uma segunda lei muito sacrificada, que é a Lei da Participação Social, Lei do Controle Social. Ela se dá por restrições feita pelo Governo de então à Lei 8.080.

Os Sistemas de Informações Hospitalares e de Informações Ambulatoriais surgem no final da década de 80 e início da década de 90; foram muito importantes para avaliação do Sistema e para a questão epidemiológica.

Em 1991, aparece o Programa de Agentes Comunitários em Saúde. Em 1992, é realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde<sup>10</sup>, quando nos empenhamos na questão da municipalização, na descentralização. Hoje parece patético, mas quero dizer aos mais jovens que, há 18 anos, era diferente. O acesso não era universal, não era um direito vivenciado concretamente, pois tinha bloqueios de natureza da oferta. Na verdade, o sistema não existia na maioria dos municípios brasileiros.

Em 1993, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Inamps<sup>11</sup>, extinto por decreto cinco anos antes, se extingue na prática. Toda a burocracia é incorporada pelo Ministério. Existia questão difusa do que seria o Ministério da Saúde: não alguma coisa de prevenção, promoção, mas uma dicotomia, um paradoxo que durante um longo período tenta-se superar; algo como ter Ministério da Saúde e “Ministério da Doença”, ou a estrutura do Inamps na SAS<sup>12</sup>.

Em 1994, surge o Programa Saúde da Família<sup>13</sup> que, em última análise, é uma leitura do que chamaríamos de atenção primária da saúde, dos conceitos estabelecidos, em 1978, na Conferência de Alma-Ata, na extinta URSS, sobre cuidados primários de saúde. O Programa Saúde da Família não foi uma construção da esquerda brasileira, mas sim uma iniciativa do Governo: o ex-Ministro Henrique

A LUTA DO INAMPS, OU  
"MINISTÉRIO DA SAÚDE VERSUS  
MINISTÉRIO DA DOENÇA",  
COMEÇA A SE REDESENHAR  
A PARTIR DAS CONFERÊNCIAS

Santillo<sup>14</sup> resolveu construir alguns módulos de saúde da família que, depois o Jatene<sup>15</sup> assumiu, de fato, com as enfermeiras, especialmente com a Heloísa Machado<sup>16</sup>.

Em 1996, temos a 10ª Conferência<sup>17</sup>, quando a qualidade de vida começa a se colocar no debate do movimento social organizado, menos como retórica e mais como um "instigamento" do poder público com relação à questão da qualidade de vida em saúde. Em última análise, repercutia-se, dez anos depois da 8ª Conferência, a noção de que a assistência médica não é só o que a saúde "tem que fazer", ou seja, são necessárias muitas questões, além da prevenção. Discute-se também o tema da intersectorialidade dos determinantes sociais que, embora venha sendo apontada desde 1986, começa a ser colocada de maneira mais decisiva. A luta do Inamps - do Ministério da Saúde *versus* Ministério da Doença - começa a se redesenhar exatamente a partir das Conferências.

Começam a ser utilizadas as chamadas Normas Operacionais Básicas, as NOBs, para disciplinar primeiro o sistema e, depois, as relações entre as esferas de governo e, a partir daí, várias NOBs vão definindo questões específicas.

O Disque-Saúde apareceu em 1997. Em 1998, começa a se discutir de fato o piso da atenção básica: como será feita a atenção

primária, como é a saúde da família. Este programa, que era marginal, se torna mais dominante. Começa, inclusive, o discurso de que, através da atenção básica, da saúde da família, será possível reconstruir todo o sistema até os níveis de alta complexidade.

Em 1998, começou a se discutir o modelo que seria de regulação, e com conflitos brutais: a esquerda não abraçava totalmente a idéia de agências reguladoras autônomas em relação ao poder eleito do Presidente da República e do Ministro. Mas o Conselho de Agências aparece, no governo Fernando Henrique Cardoso.

Aparecem então a Anvisa<sup>18</sup>, em 1999, e a Agência Nacional de Saúde Suplementar<sup>19</sup>, em 2000. Considero a criação da Anvisa extremamente importante, já que colocou o Brasil na modernidade da regulação e da responsabilidade, isto é, deu elementos mais eficazes de intervenção do Estado sobre a questão do que se consome em medicamentos, vacinas, diagnósticos, equipamentos e alimentos.

No mesmo ano, como parte da campanha eleitoral de José Serra<sup>20</sup>, aparece a questão dos genéricos, mas, também, seguindo uma tendência mundial quando introduz os elementos regulatórios da Anvisa. Os genéricos são, naturalmente, uma opção aos similares e aos medicamentos de marca. Mas estão associados a uma lei que não era e continua não sendo boa. De qualquer maneira, hoje têm expressiva presença no consumo de medicamentos brasileiros, embora nem sempre se possa dizer que sejam de qualidade.

Um grande programa do Brasil, desde 1975, o Programa Nacional de Imunizações, PNI, permitiu que o agente eliminasse doenças controladas por imunização no Brasil e controlasse outras, remetendo também à terceira idade as campanhas de vacinação contra a gripe, o tétano e outras vacinas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, que vai regular os planos de saúde, foi uma medida em muito impulsionada pela política, e ainda é. De qualquer maneira, a ANS hoje tem graus de liberdade e de ação que, quando transparentes, funcionam na regulação. É evidente que os consumidores não dão trégua, mas não tínhamos, há oito anos, essa regulação dos planos da maneira que começa a se construir.

Olhando hoje, parece que tudo já existia, mas essa é uma construção que vem do debate político; como ela passa da disputa política para a construção do SUS como hoje existe, é algo que ainda está para ser bem registrado.

Ainda em 2000, acontece a 11<sup>a</sup> Conferência<sup>21</sup>, que teve como tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social” e começa uma discussão interessante sobre qualidade e humanização da atenção na saúde. E, o que é interessante, com controle social. Quer dizer, depois de responder a um grau “bruto” de acesso, ou seja, “já tenho onde ir para ser atendido”, começa uma discussão do tipo “já tenho onde ir, mas sou muito mal atendido”. Apesar de sermos críticos em relação ao modelo das Conferências, por não serem resolutivas, elas expressam algo que está latente na sociedade.

Então, o ano 2000 marca a qualidade da humanização. A partir daí providências vão sendo tomadas pelo Sistema de Saúde nas suas três esferas de governo. A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001– NOAS<sup>22</sup>, de 2001 é também um projeto avançado, radicalizando em relação à descentralização e na regionalização.

Em 2002, com base no tema da Conferência de 2000, três questões surgem no governo Fernando Henrique como políticas a

EM 1998, NASCE O DISCURSO DE QUE PELA  
ATENÇÃO BÁSICA SERIA POSSÍVEL  
RECONSTRUIR O SISTEMA  
ATÉ OS NÍVEIS DE ALTA COMPLEXIDADE

serem implementadas: da pessoa portadora de deficiência, dos povos indígenas e da promoção da saúde. Só serão implementadas, de forma efetiva, no governo Lula, a partir de 2003.

Acho importante comparar o tema da Conferência de 2000 com as políticas que começam a aparecer em 2002<sup>23</sup>. Claro que isso é uma releitura e pode estar enviesada, mas é uma forma de enxergar como evolui o controle social, a comunicação que se dá dentro da sociedade em torno desses temas e, depois, de como o governo tem que costurar respostas sociais com políticas públicas específicas dentro do governo.

Em 2003, no governo Lula, que contou com a participação de Humberto Costa<sup>24</sup> e Maria Luiza<sup>25</sup> na discussão do novo ministério, surge a idéia do Samu<sup>26</sup>. Organiza-se a 12ª Conferência, extremamente complexa e difícil, que não se encerrou na data de seu fechamento, mas foi marcante, pois passou pelo protagonismo da sociedade.

A partir de então, temos uma série desanimadora de políticas que pareciam uma coisa muito partida: Brasil Sorridente, HumanizaSUS, Farmácia Popular, marcas cujo peso vamos ter que revisar. Por exemplo: o acesso a medicamentos, quando surge a Farmácia Popular, abre uma possibilidade de redes de farmácias para dar acesso a um conceito de propagação que aparece com o novo governo. Lula queria farmácias populares, e a Fiocruz tem hoje 350 farmácias no Bra-

sil. Embora o presidente da Fiocruz seja o maior varejista de remédios do Brasil e estejamos exportando esse modelo, a África inteira, por exemplo, quer a Farmácia Popular, ela não é a coisa mais importante. Mas foi a Farmácia Popular que permitiu acesso a uma lista de mais de cem medicamentos, o que não é pouco. Embora nem todos acreditem em medicamentos, são importantes essas iniciativas que vão demarcando uma institucionalização crescente de algumas questões.

Outro exemplo é a questão da saúde bucal, que se instala minimamente dentro dessas perspectivas e tende a se aperfeiçoar. Tivemos críticas no começo e que depois cresceram, mas é um processo metabólico definitivamente favorável às políticas que vão correndo, à medida que passam-se os anos.

Em 2005 e 2006, aparece o Plano Nacional de Saúde<sup>27</sup>, que ficou no papel, mas organizou parte do que foi elaborado desde 2003. Surge o Pacto pela Saúde em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão<sup>28</sup> que, como a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, não se materializaram com efetividade. Consequentemente, esse documento dos direitos dos usuários é algo que vamos ter que trabalhar muito para ser implantado<sup>29</sup>.

Em 2007, ocorre a 13<sup>a</sup> Conferência, de novo trazendo esse tema da política de Estado, desenvolvimento e qualidade de vida. Fica demonstrado o esgotamento do modelo das Conferências. Precisamos refletir sobre esse modelo de forma que o torne, de fato, apropriável pelo Estado. Vivemos o primeiro licenciamento compulsório, depois de muitas idas e vindas, do Efavirenz<sup>30</sup>. Surge o Tele-Saúde, um esforço importante de se utilizar outros meios para a formação de gente também no campo da comunicação.

Em 2008, estamos assistindo ao lançamento e ao desenvolvimento do Mais Saúde, o PAC da Saúde<sup>31</sup>, que não deixa de ser um

novo Plano Nacional de Saúde: um conjunto de normas políticas ou de renovação de políticas com grande ênfase em promoção da saúde.

Quis fazer essa revisão de determinados eventos singulares na construção de um todo que é o Sistema de Saúde, mas quero dizer que é possível alterar a maneira como se enxerga a importância dessa construção e que ela continua a ter nexos. Reforçar o conceito de que o SUS, como outros processos, tem uma forte determinação social na sua estruturação, inclusive na sua governança.

Começo a discutir o tema dos determinantes sociais, que trabalhamos dentro da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde<sup>32</sup>. Esses determinantes são fatores políticos, econômicos, culturais, étnicos, raciais e de comportamento que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população e, conseqüentemente, na configuração de políticas públicas e de outras formas de organização.

Existem diversos modelos que procuram explicar como se organiza e se desenvolve determinada situação de saúde da população, e a forma como a sociedade intervém nesse processo chamado saúde-doença-cuidado. Existem modelos desenvolvidos por teóricos, mas citamos o modelo Dahlgren/Whitehead<sup>33</sup>, chamado de modelo em camadas, pela sua simplicidade. Nos modelos em camadas, no centro está o indivíduo com o seu patrimônio genético, com suas condições individuais inalienáveis, como, por exemplo, o sexo.

A partir dessa determinação verificamos a importância que têm as escolhas, aquilo que a gente chama de estilo de vida dos indivíduos, que inclui a dieta, o uso de substâncias como o tabaco, a escolha de determinados padrões de comportamento com relação ao cuidado físico do organismo. Ou seja, existe uma série de fatores que dizemos



O MAIS SAÚDE, O PAC DA SAÚDE,  
TENTA SER UM CONJUNTO  
DE NORMAS OU DE RENOVAÇÃO DE  
POLÍTICAS COM ÊNFASE  
EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ser estilos individuais, estilos de vida, mas que, definitivamente, comprovam a grande influência dos determinantes sociais.

Como exemplo citamos um trabalhador que acorda às 4h, pega um ônibus na Baixada e vem trabalhar, chega às 8:30h, trabalha até 19h, pega outro ônibus, e gasta pelo menos mais duas horas para chegar em casa. Que chance tem essa pessoa de fazer escolhas, dentro do que entendemos como estilo de vida mais saudável, como evitar o estresse e se alimentar corretamente?

Vemos então a importância das redes comunitárias sociais nas condições de resultantes da saúde do indivíduo ou da família. Quando falo em redes sociais, falo das relações familiares, das igrejas, - que têm tanta importância hoje -, e de outras formas de incursão do indivíduo em movimentos sociais.

Depois, estão as condições de vida e de trabalho nas quais predominam questões de caráter político mais geral, de macropolíticas, como educação, relações e ambientes de trabalho, emprego e desemprego, habitação, saneamento, ou seja, as questões ambientais que cercam os domicílios, a disponibilidade e o acesso a serviços sociais. O conjunto dessas macropolíticas cerca a vida do indivíduo. Procuramos, inclusive no relatório<sup>34</sup>, trabalhar com indicadores de cada um desses grandes campos e procurando fazer relação com a saúde.

Então, a Comissão tinha, quando constituída, o objetivo de traçar um panorama geral da situação atual da saúde no País, com ênfase em dados de informações de conhecimentos sobre as iniquidades geradas pelos determinantes sociais. A palavra-chave é iniquidade, não é desigualdade<sup>36</sup>. Para melhor explicação sobre a diferença desses conceitos para a CNDSS, veja o sítio da entidade.

É a iniquidade que faz a diferença. Com esse panorama traçado e tendo conhecimento da resposta social à situação, cabe ao Estado propor políticas, programas e intervenções relacionadas aos determinantes, a partir da avaliação que fizemos e das experiências registradas na literatura nacional.

As evoluções da demografia e da economia são componentes mais gerais que permitem avaliar como é o comportamento hoje e como foi nos últimos 50, 60 anos. Assim se traz a realidade sócioeconômica à saúde. Trabalhamos o esquema de fora para dentro, usando as ciências sociais comunitárias de saúde, avaliando os comportamentos e trabalhando duas dimensões: a saúde da mulher e da criança e das populações indígenas, uma das mais vulneráveis e excluídas. Trabalhamos com recomendações de políticas e programas a partir da análise sobre os dados disponíveis da situação de saúde e das políticas vigentes.

Exponho agora a minha síntese do relatório, mas cada um terá a sua própria. Diversas transições fizemos no Brasil. Dinamicamente o social do Brasil muda. Temos trabalhos recentes mostrando a distribuição de renda, o que leva a movimentos sociais importantes, leva a uma transição econômica. Tem uma transição política e institucional e uma, evidentemente, demográfica. Eu vou procurar mostrar algumas dessas, como a transição territorial, que é a mudança da utilização do território físico. Um exemplo é todo o processo que

hoje vive a Região Centro-Oeste, mais acentuada agora com a questão das culturas sendo introduzidas.

Aqui, em 30 anos, se fez uma mudança demográfica que levou mais de 100 anos em países desenvolvidos. Nos países mais tradicionais da Europa e da América do Norte, as transições foram mais lentas. Na Europa, como vamos mostrar rapidamente, quase todas as transições se dividem em uma polarização com acentuada diversidade de situações extremas. Por exemplo, continuamos com doenças infecto-parasitárias, mas as crônicas transmissíveis são, hoje, extremamente importantes. Por exemplo, temos obesidade e desnutrição, embora desta tenham caído as taxas.

A grande questão na saúde, no Brasil, é a da iniquidade de condições sociais e de acesso. Por isso, não usamos o conceito de desigualdade. Um dado mostra a importância que passa a ter o setor terciário na economia *versus* o setor primário: pessoas de 10 anos ou mais por setor econômico, nos últimos 60 anos. Existe um cruzamento que ocorre exatamente na década de 1970. Hoje, temos a maior parte da população em serviços e uma parte muito pequena envolvida com atividades da economia primária.

Do ponto de vista das concentrações populacionais, em 60 anos, a população com domicílio urbano passa de 30% a quase 90%, acompanhando a própria transição que observamos nas participações de população economicamente ativa. A fecundidade é outro item importantíssimo. De 1944 a 2000 nós passamos de 6.2 para 2.3 filhos por mulher. Já estamos abaixo da taxa de substituição. O Brasil deverá crescer, mas não a sua população. A previsão dos demógrafos é de uma grande estabilização a partir de 2050, porque estamos trocando de população e, nessas importantes migrações, ficaremos com uma população estabilizada. Nas famílias com até ¼ de salário

NOSSA GRANDE QUESTÃO DE SAÚDE,  
É A INIQUIDADE DE CONDIÇÕES  
SOCIAIS E DE ACESSO.  
POR ISSO, NÃO USO O CONCEITO  
DE DESIGUALDADE

mínimo *per capita*, temos, ainda, 4,5 de filhos. Naquelas com cinco ou mais salários mínimos *per capita*, o número cai para 1.2 ou 1.1.

Um outro fenômeno demográfico importante é o aumento da contribuição da fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos para a fecundidade total. É expressivo o aumento da gravidez nas adolescentes das famílias mais pobres. Hoje, em em cada cinco partos, aproximadamente, é de meninas de até 19 anos. Temos observado muitos artigos mostrando que a faixa etária das grávidas vai baixando até chegar a menos de 15 anos.

A consequência dessa fecundidade precoce, com as taxas de mortalidade infantil se reduzindo, aparece na distribuição da população segundo grandes grupos etários. Há um crescimento muito importante de pessoas com mais de 60, 65 anos. A população envelhece: para 2050 projetamos 20% de pessoas idosas e, pelo comportamento da fecundidade, uma redução da chamada população economicamente ativa. Esses são fenômenos para os quais vamos ter que encontrar soluções, dando atenção à pauta da seguridade social, da aposentadoria etc.

Nas pirâmides etárias, por faixa de renda familiar *per capita* em salários mínimos, temos uma mudança extrema, um engordamento da pirâmide populacional. O importante é como se dá a pirâmide

etária com renda familiar *per capita* até meio salário mínimo, no ano de 2000, frente à distribuição etária da população com maior renda, e como reflete aquela expressão da fecundidade.

A razão de renda por ano e região mostra o número de vezes que a renda dos 20% mais ricos supera os 25% mais pobres. Observa-se redução de 1993 a 2005 nessas proporções, mas persistem diferenças que mostram claramente a pobreza concentrada em algumas regiões do Brasil. No país inteiro essa concentração tenderia a se reduzir em consequência de programas como o Bolsa Família<sup>34</sup> e, também, de uma taxa de desemprego menor. Do ponto de vista da distribuição de renda, há, nos últimos dez anos, uma melhora que se acentua nos últimos quatro anos.

Ninguém discute a importância, também, da educação para o desenvolvimento, com implicações para a renda, habitação, etc. E o Brasil tem uma revolução importante na taxa de analfabetismo: apesar dos 11,6% de analfabetos, o analfabetismo funcional - aquele em que indivíduo sabe ler, mas não consegue compreender o que lê -, aumenta muito essa proporção. O analfabetismo é um conceito que não considera a utilização plena da alfabetização. Podemos dizer que o Brasil ainda precisa trabalhar arduamente para superar não só suas taxas de analfabetismo, como vencer o analfabetismo funcional.

Para a questão da educação é importante o rendimento mensal. A educação é um fator importante ligado à renda, e inteiramente ligado à capacidade de compra. Na faixa mais pobre da população, a média de anos de estudo é 3.9 contra 10.2 na superior, ou seja, os 20% mais ricos da população. As políticas públicas deveriam priorizar a inclusão maior das famílias de baixa renda nas oportunidades da educação, na universalidade. A atual taxa de escolarização de crianças de um a dez anos não resolve a questão, precisamos tra-

AQUI, EM 30 ANOS,  
SE FEZ UMA MUDANÇA DEMOGRÁFICA  
QUE LEVOU MAIS DE 100 ANOS  
EM PAÍSES DESENVOLVIDOS

balhar ainda outros componentes da política educacional para que pessoas que já ultrapassaram os dez anos de vida tenham chances educativas para melhorar o seu próprio desempenho e o da sociedade como um todo.

A mortalidade infantil, que é outro dado para avaliar a situação geral, tem importância para essas condições de saúde mais amplas da população. Observamos uma importante redução na mortalidade infantil, seja no Brasil como um todo, seja sob um olhar regional. O Brasil, na década de 1960, ainda tinha 124 por 1.000 de mortalidade infantil, e no ano de 2006 o número desceu para, aproximadamente, 25. A taxa mais baixa do Brasil é a do Rio Grande do Sul com 13,8.

Pensando na mortalidade infantil por regiões, verificamos reduções muito mais importantes naquelas mais pobres, como o Nordeste, sobretudo pelo aumento da presença de água nas casas e das ações e estratégias reducionistas, da chamada atenção primária, como o soro caseiro. Essas estratégias produziram reflexos importantes mas, em comparação com a mortalidade infantil na Costa Rica ou em Cuba, países com renda média igual à do Brasil, vemos que as taxas brasileiras são, ainda, muito altas. Portanto, podemos comemorar a evolução dos últimos quase 50 anos, mas temos que reconhecer que nossas taxas ainda são muito elevadas.

A média das taxas de mortalidade infantil segundo renda familiar era 30, os 20% mais pobres com 35, e os 30% mais ricos com

16. Segundo raça e cor da mãe, há claras diferenças entre população branca, negra e indígena, no mesmo período. A importância da maior instrução da mãe em relação ao resultado ao final de um ano de vida de suas crianças é visível ao estudarmos a categoria “menores de cinco anos por anos de estudo da mãe”: até 50 óbitos para menos de três anos de estudo, contra 20 para quem tem oito anos de estudo ou mais.

Quanto à expectativa de vida, a evolução por região e pelo país, também na conjuntura dos últimos 50 anos, mostra a recuperação do Nordeste. A explicação seria a importante redução na mortalidade infantil. Ficou claro que os avanços tecnológicos que ocorreram na indústria, tanto quanto a legalização da atividade rural, definem o cenário de trabalho no Brasil, algo que poderíamos chamar de modernização incompleta, notadamente para a população rural.

As doenças ocupacionais no meio rural crescem de maneira impressionante com a mudança na intensidade do trabalho, com a mecanização da agricultura, complicada pela formação incompleta de mão-de-obra. Os dados são bastante agressivos quando observamos também o setor informal, onde salários mais baixos se combinam com maior insegurança no emprego. A regulação da questão do emprego, trabalho e saúde é um débito importante que o Estado brasileiro tem com a população. Há enormes progressos por fazer, e tenho a sensação que não temos feito esse debate adequadamente, que essa discussão ficou um pouco abandonada.

Há também os dados ambientais e de deterioração das condições de trabalho, algo que a China, por exemplo, demonstrou ao mundo de maneira impressionante: cresce a 7 ou 8% ao ano, mas com uma deterioração das condições ambientais e das condições de trabalho e de vida dos seus trabalhadores. No Brasil, ainda não há clareza sobre os dados ambientais e das condições de trabalho, mas

não podemos excluir essas questões do debate. Precisamos investir um pouco mais na produção do conhecimento sobre isso. O mesmo pode ser dito sobre acidentes de trabalho e doenças profissionais. Temos nitidamente uma dupla carga de enfermidades do trabalho: doenças já controladas e novas doenças. Não estou citando só a lesão por esforço repetitivo, mas também doenças que hoje a gente tem mais dificuldades de captar no ambiente de trabalho. Tem gente no sudeste, da Fundação Oswaldo Cruz e de outras unidades, trabalhando essa relação de desemprego/doença física, desemprego/doença mental, mas eu insisto que não temos suficientes evidências e devemos repensar a saúde pública e entrar nessa área de uma maneira mais rigorosa.

Também sobre a questão do ambiente da saúde precisamos ter mais atenção. Os dados existentes sobre a urbanização e a industrialização são mais ou menos óbvios, levantados não na área da saúde, mas de outras áreas de conhecimento. Mostram uma poluição aérea crescente, sem que avaliemos até agora adequadamente o impacto que isso tem sobre a saúde humana - alergias respiratórias, doenças respiratórias, etc.

Precisamos aprofundar, no campo da saúde pública, os estudos sobre a questão do lixo urbano doméstico e industrial. Vimos muitos indicativos de como o novo lixo, ou seja, o lixo não biodegradável, tem a ver com a questão da dengue. Já sabemos que as habitações atuais nos lugares de mais difícil acesso não são mais barracos e sim construções de cimento - com uma laje para receber o filho, depois o neto ou um tio que vem de longe -, o que as torna depósitos de água perfeitos para a proliferação do mosquito.

Precisamos gerar mais conhecimento sobre o impacto do lixo, da poluição aérea e dos cursos da água sobre a saúde. A engenha-



ria sanitária e a saúde pública dialogam muito pouco. Faço essa observação a partir de exaustivos levantamentos que demonstram uma lacuna de informação para servir de base a juízos mais substantivos.

Temos questões como o desflorestamento, a desertificação das fronteiras agropastoris, o assoreamento de rios, todos estes danos ao ambiente e aos trabalhadores. Está mais do que na hora de montar um observatório nesse campo. Hoje, a Fiocruz está tomando suas providências, abrindo uma unidade no Mato Grosso do Sul e uma em Rondônia. Nossa preocupação, ao abrirmos essas unidades, é a mudança radical que se observa na ocupação e no processo de trabalho do centro-oeste.

O crescimento da indústria do etanol impõe muitas e imensas lavouras de cana, onde sabemos que, inclusive, se morre por exaustão, e sem registro. Quem quiser se mudar para Campo Grande, e fazer pesquisa no nosso Centro, vai encontrar boas condições de trabalho. Da mesma forma, podemos imaginar o impacto que as três usinas que serão construídas na região de Porto Velho, Rondônia, vão representar, pelo deslocamento de mais de 50 mil brasileiros de diversas regiões que irão trabalhar lá. Serão três imensos lagos, que vão alcançar populações indígenas, algumas ainda sem contato. Imaginemos o choque, para essa população imunologicamente virgem, de muitas doenças, inclusive malária. Podemos contar com um aumento da malária, se não fizermos nada. O principal foco da Fiocruz serão os impactos das obras de engenharia sobre a floresta e os deslocamentos de pessoas e de potenciais vetores. Vamos ter vagas também em Rondônia.

Essa discussão me preocupa muito. Fazemos uma saúde pública excessivamente tradicional, voltada a doenças excessivamente tradicionais e deixando temas como esses relegados a segundo plano. Permito-me compartilhar com vocês essa preocupação, pois o

eu sozinho não funciona. Teremos que discutir isso na esfera da produção coletiva do conhecimento.

Em saneamento e habitação houve melhoras importantes nos índices, demonstrando, por exemplo, como foi importante o acesso à água potável para a redução da mortalidade infantil. Mas esgoto segue como uma questão severa para o nosso país: tiramos dejetos de dentro de casa e jogamos ao lado de casa. A destinação dos dejetos domésticos e industriais é grosseira, inadequada, e por isso fonte permanente de doenças.

Aprofundando ainda mais nosso gráfico em camadas, passemos aos fatores comportamentais. Em tabagismo, houve uma redução expressiva no Brasil. Já o padrão alimentar mudou, principalmente nas grandes cidades, onde o consumo está orientado para a comida na rua, sobretudo a comida muito salgada e as gorduras trans presentes na chamada *fast food*. Essa mudança não só eleva a ingestão de ingredientes químicos como tem produzido a manifestação, cada vez mais precoce, de efeitos como a hipertensão.

Presto aqui um reconhecimento ao SUS, fazendo uma proposta a vocês: peguem um pacote de farinha no supermercado e olhem com atenção o que está escrito ali. O SUS, através da Anvisa, tornou obrigatória a inclusão do ácido fólico em todas as farinhas, e o iodo para o sal. Eu não encontro mais ninguém com papo, mas antigamente a gente cansava de encontrar papudos na clínica, por pura falta de iodo. O acréscimo de ferro, também obrigatório deu em uma redução na anemia ferropriva. É o SUS que faz isso. É o Estado brasileiro, através do seu Sistema de Saúde, que introduz toda essa legislação.

Desse SUS silencioso ninguém fala, só se fala da fila nos hospitais. SUS é igual a fila, mau atendimento, paciente que caiu da

TEMOS DESFLORESTAMENTO,  
DESERTIFICAÇÃO AGROPASTORIL,  
O ASSOREAMENTO DE RIOS,  
TODOS ESTES DANOS  
AO AMBIENTE E AOS TRABALHADORES

maca. Quem se lembra de todos esses elementos do nosso sistema de saúde que estão funcionando de fato? Os defeitos do tubo neural, por deficiência de ácido fólico, se reduziram violentamente no Brasil.

Não captamos essa estatística, mas se perguntarmos a um neonatologista sobre aqueles defeitos do tubo neural, ou aos médicos sobre anemias megaloblásticas, eles dirão que não se vê mais delas. Claro que não se vê. E eu sou do tempo em que, diante de uma criança edemaciada, era preciso saber se se tratava de desnutrição protéica ou uma doença renal. Hoje, não é tão comum uma desnutrição brutal, tamanha redução protéica, então estar edemaciado é nefrose, nefrite, algum problema renal. Essas são mudanças importantes que nós, modestos susianos, devemos exatamente a esse SUS.

Estudos já mostraram a relação entre instrução da mulher e o seu acesso à mamografia, uma medida preventiva para indicação de câncer de mama. Da mesma maneira, o preventivo para o câncer de colo de útero está relacionado com a situação social. Em termos de nascidos vivos, por número de consultas e por escolaridade da mãe, também se vê essa relação com a situação social das mães. Por tudo isso, trabalhamos o enfrentamento dos determinantes sociais.

No modelo da determinação trabalhamos com a idéia de que existem indicadores proximais que se referem ao nível mais dos

HOJE É OBRIGATÓRIO INCLUIR  
ÁCIDO FÓLICO NAS FARINHAS  
E IODO NO SAL. OS DEFEITOS DO TUBO NEURAL  
E OS "PAPUDOS" PRATICAMENTE  
DESAPARECERAM DA CLÍNICA

indivíduos intermediais e distais, e trabalhando com dois outros eixos, o eixo da participação social e o eixo da ação pública.

A idéia da intersetorialidade das políticas públicas leva a intervenções sobre os determinantes sociais que esperamos que sejam baseadas em evidências e que sejam promotoras da equidade. Entra aí uma série de questões que, seguramente, recomendam um compromisso solidário do Estado e do Governo com políticas intersetoriais.

Isso nos parece evidente se tivermos a saúde trabalhando num determinado eixo, por menor que seja, mais as regulações, as políticas, as ações relativas aos postos do trabalho, da renda, da educação, do lazer, do transporte, da alimentação, da habitação, do saneamento, do ambiente e da paz. Não adianta a atenção à saúde, exclusivamente. Por isso, propusemos, e o governo aceitou, a idéia de uma câmara social que articule os mais de 80 programas federais que trabalham "lá em cima", sem articulação. Observamos a absoluta verticalidade dos programas que necessariamente precisariam se falar. Então tem-se populações e fatos completamente díspares territorialmente, um monitoramento cruzado.

Vou citar um esforço recente da educação com a saúde, um episódio patético. A educação quer que a saúde vá para a escola,

fazer exames tradicionais: enxerga/ouve, se tem ou não tem parasitose, se enxerga ou não enxerga. Nós da saúde queremos que a educação faça a promoção da saúde, que trabalhe a criança para um outro padrão de relação com o seu próprio corpo, com o ambiente, com a família, etc. Ora, saúde e educação não se combinam, nem aí. A educação tem uma visão clássica, corretiva, do que é saúde. Então vamos distribuir 6 milhões de óculos. Façamos isso, mas, pelo amor de Deus, a saúde desses olhos, desse escolar, se resume a isso? Existem dificuldades no diálogo entre os condutores das políticas, como nas comunidades técnicas as epistemes não combinam.

Precisamos fazer um esforço enorme de superação das divergências epistêmicas das comunidades ditas de conhecimento, e também dos condutores das políticas. E nós temos uma idéia importante hoje, da necessidade do tema da atenção primária, da saúde da família, e da nova estrutura do Ministério.

O presidente Lula recebeu em mãos, aqui na frente do castelo, nosso relatório. Dias depois, sentimos uma nova estrutura se abrindo: a nova Secretaria Executiva da Atenção Básica, da Promoção da Saúde e Determinantes Sociais. Estamos aguardando para ver como se estrutura a câmara social. Claro que isso terá que ter projeções para estados e municípios, porque, na realidade, qualquer dimensão de enfrentamento dos determinantes terá que ser através dessa estratégia, e com a especificidade de cada uma das esferas de governo.

O informe só foi possível pela existência de sistemas nacionais abrangentes, confiáveis. Temos que render homenagens à comunidade do pessoal da informação. Pellegrini e eu organizamos visitas - virtuais, evidentemente - aos vários sistemas de informação brasileiros, não só do sistema de saúde mas também em outros sistemas que têm tudo a ver com a saúde. Precisamos inventar cruzamen-

AS RECOMENDAÇÕES DA COMISSÃO  
SE SUSTENTAM EM TRÊS PILARES:  
AÇÕES INTERSETORIAIS,  
PRODUÇÃO DE EVIDÊNCIAS  
E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

tos, harmonizações entre esses sistemas, para que eles se interfertilizem mutuamente. Devem ser mantidos e aperfeiçoados, e isto consta da recomendação que permitirá que construamos os observatórios sobre iniquidades e políticas públicas.

As recomendações da Comissão se sustentam em três pilares: ações intersetoriais, produção de evidências e a participação social. Já temos trabalhos capazes, por um lado, de monitorar as iniquidades e, por outro, de avaliar o impacto das ações sobre os determinantes, porque são só essas evidências que nós podemos transformar em matéria política. Enquanto ficarmos sem evidência poderemos ser questionados ideologicamente, a qualquer momento, seja pelo que for. Quando tivermos evidências capazes de gerar políticas e de monitorá-las, avaliá-las. Creio que isto reforçado nossas posições.

A participação social precisa ser informada. O Radis, costume dizer, é um dos nossos instrumentos mais importantes de construção de cidadania, de participação, porque informa às pessoas que podem transformar essa informação em atos políticos, em movimentos e participações embasadas. Essa é a Comunicação Social da Fiocruz. A construção da cidadania não pode ser no grito, ela tem que ter a centralidade e o sustentáculo na informação. Portanto, o acesso equitativo dos segmentos sociais à informação sobre os determinantes pode promover a participação nas definições de

políticas públicas, e a produção sistemática de evidências, através de programas de pesquisas regulares cuja agenda não seja definida apenas pelos pesquisadores.

Quero rapidamente voltar àquela invenção de uma Fiocruz do Centro-Oeste, uma Fiocruz Noroeste ou Fiocruz do Pantanal, porque nesses projetos estamos falando da nova saúde pública, que encara outras questões menos tradicionais. Vamos precisar ainda de muito fôlego e muita produção de evidência, da mesma forma que as ações que programamos para que o Estado brasileiro implemente, seja na esfera federal, municipal ou estadual, têm que ser avaliadas por indicadores apropriados.

Sugiro que visitem nosso Portal DSS, que permite a busca de referência sobre categorias de determinantes e dispõe de ferramentas para construção de redes intersetoriais de instituições relacionadas com determinantes sociais. É um poderosíssimo instrumento para o nosso diálogo. Podemos filtrar artigos, por exemplo, por temas como estilo de vida e encontrar resultados para alcoolismo, dietas, drogas ilícitas, lazer, sedentarismo, tabagismo. Foi graças a essa Comissão do bem que nasceu esse portal, e graças à persistência do Pellegrini, pelo grande e carinhoso apoio da Ilma com o indefectível Icict, e também pelo apoio da Bireme, na pessoa do Abel Packer<sup>36</sup>.

## NOTAS

1 Instituto de Informação Científica e Tecnológica em Saúde: <http://www.icict.fiocruz.br> (acesso em 07/04/2009) | Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: <http://www.abrasco.org.br> (acesso em 07/04/2009) | Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: <http://www.cebes.org.br> (acesso em 07/04/2009).

2 Associação dos Servidores da Fundação Oswaldo Cruz:  
<http://www.asfoc.fiocruz.br> (acesso em 07/04/2009).

3 Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: <http://www.epsjv.fiocruz.br> (acesso em 07/04/2009). Realizou na mesma semana que o Icict o evento “Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS”, com base em livro organizado por Júlio Lima e Gustavo Matta. Livro disponível para compra na livraria virtual no sítio da EPSJV.

4 O médico Alberto Pellegrini Filho, que está entre os autores desta publicação, foi Coordenador da Unidade de Promoção e Desenvolvimento da Pesquisa da Organização Pan-americana da Saúde (1989-2004) antes de tornar-se Secretário da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde.

5 Mais sobre outras publicações da Comissão: ver nota 35. Informação sobre a CNDSS no sítio da entidade: <http://www.determinantes.fiocruz.br/quemsomos.asp> (acesso em 08/04/2009).

6 Para conhecer o relatório final do evento, acesse [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf) (acesso em 07/04/2009).

7 A Fiocruz disponibiliza Biblioteca Virtual com a biografia do sanitarista em <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br> (acesso em 07/04/2009).

8 Pode-se dizer que a 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 21 de novembro de 1986, foi alentada por uma nova concepção de Saúde Pública, pois tentava incorporar necessidades de países outros que não apenas os industrializados. Nela se publicou uma Carta tendo como pano de fundo o documento “Objetivos da Saúde para Todos no Ano 2000” da Organização Mundial de Saúde. Ao declarar que a promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar e controlar sua saúde, e que um grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, e de mudar o meio ambiente ou adaptar-se a ele para atingir um *estado adequado de bem estar físico, mental e social*, a Carta reconhece claramente a dimensão dos determinantes sociais, entre outros, para a saúde.

9 Para o texto da Lei 8080, acesse: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> (acesso em 07/04/2009). Para o texto da Lei 8192, acesse <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/128000/lei-8192-91.pdf> (acesso em 07/04/2009).



10 Para o relatório do evento, acesse [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf) (acesso em 07/04/2009).

11 O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) foi uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social até o ano de 1990, quando passou a fazer parte do Ministério da Saúde. Com o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Febem), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev), o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (Iapas) e a Central de Medicamentos (Ceme) integrava o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas). Seu papel era prestar assistência médica, de acordo com os programas de atendimento aos trabalhadores urbanos, aos servidores do estado e aos trabalhadores e empregados rurais. No ano de 1988, a Nova Constituição traduziu institucionalmente a descentralização das ações de saúde, com a criação do SUS, que privilegiou as esferas estaduais e municipais na gestão das verbas destinadas à saúde. O ano de 1989, no entanto, foi marcado pela reversão da relação entre os setores público e privado, até então caracterizada pela priorização do setor público. Os novos acordos firmados pelo governo federal previam verbas diferenciadas, beneficiando o setor privado. Em 1990, o Inamps foi transferido do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde, mantendo os escritórios regionais nos estados. Esta data marca o início do processo de extinção gradual do Inamps, que encerrou-se definitivamente em 1992. Adaptado de [http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia\\_acervo/arq\\_pessoal/colecao\\_inamps.htm](http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia_acervo/arq_pessoal/colecao_inamps.htm) (acesso em 07/04/2009).

12 Antiga Secretaria de Assistência à Saúde. Hoje, no Ministério da Saúde, o acrônimo descreve Secretaria de Atenção à Saúde.

13 Hoje vinculado ao Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Mais sobre o programa em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/index.php> (acesso em 07/04/2009).

14 Henrique Santillo, médico pela Universidade Federal de Minas Gerais, foi ministro de 1993 a 1995, no governo de Itamar Franco.

15 Adib Jatene, sucessor de Santillo, foi ministro em 1995 e 1996.

16 Heloísa Machado e Fátima de Souza já estavam na equipe de Santillo trabalhando com agentes comunitários e expuseram a idéia do

Programa a Jatene, que assumiu o Ministério em 1995. Machado se tornaria a coordenadora do Programa de Saúde da Família.

17 Relatório disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_10.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf) (acesso em 07/04/2009).

18 <http://www.anvisa.gov.br> (acesso em 08/04/2009).

19 [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) (acesso em 07/04/2009).

20 O atual governador de São Paulo foi ministro da Saúde entre 1998 e 2002 na gestão Fernando Henrique Cardoso, onde começou como ministro do Planejamento e Orçamento (anos 1995 e 1996).

21 Relatório disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf) (acesso em 07/04/2009).

22 Integra uma série de normas e manuais técnicos o tema “Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização Com Equidade no Acesso”; é título de uma publicação editada pela Secretaria de Assistência à Saúde com 121 páginas reunindo a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 e a regulação complementar. <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf> (acesso em 07/04/2009).

23 O autor se refere às Políticas Nacionais de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência; e dos Povos Indígenas; e de Promoção da Saúde (2002), HumanizaSUS, Brasil Sorridente, Farmácia Popular (2004), ao Plano Nacional de Saúde (2005), ao Pacto pela Saúde em três dimensões: Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (2006) e outras citadas em sua apresentação, disponível em <http://www.cict.fiocruz.br/media/paulobussus.pdf> (acesso em 08/04/2009).

24 Médico com pós-graduação em medicina geral comunitária, clínica médica e psiquiatria, o também jornalista Humberto Costa foi ministro da Saúde de 2003 a 2005.

25 Maria Luiza Jaeger, então secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

26 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu/192) é um programa que tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência. Leia mais em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=456](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=456).

27 Resumo disponível em [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\\_0306\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0306_M.pdf) (acesso em 08/04/2009).

28 O Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP e Fórum Sul da Saúde publicou interessante cartilha a respeito do Pacto em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_pela\\_saude\\_possibilidade\\_realidade.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_pela_saude_possibilidade_realidade.pdf) (acesso em 07/04/2009).

29 As controvérsias, embora não se resumam a isso, estão concentradas na dificuldade de operacionalização e monitoramento do Plano. Esta última preocupação inspirou o documento Proposta de Monitoramento e Avaliação do Pacto Pela Saúde no Âmbito Federal, publicado pelo Grupo de Trabalho para Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/proposta\\_metodologia\\_monitoramento\\_pacto.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/proposta_metodologia_monitoramento_pacto.pdf) (acesso em 08/04/2009).

30 Medicamento AVR (antiretroviral). A cobertura da entrega do primeiro lote produzido pela Farmanguinhos, da Fiocruz, ao ministro José Gomes Temporão, em 16 de fevereiro de 2008, teve homenagem a Herbert de Souza, o Betinho (1935-1997), intelectual hemofílico vitimado pela Aids. Na ocasião, Eduardo Costa, diretor de Farmanguinhos, lembrou que, em 1985, o movimento sanitário, constrangido porque Betinho havia contraído a doença numa transfusão de sangue, pressionou o governo pelo fim do “sinistro comércio feito pelos bancos de sangue”. Naquele momento, 30% dos brasileiros haviam contraído o vírus da Aids em transfusões (nos EUA eram 3%).

31 Consulte <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade> (acesso em 08/04/2009).

32 Para informações sobre o escopo, composição e objetivos da CNDSS, veja <http://www.determinantes.fiocruz.br> (acesso em 07/04/2009).

33 A proposta de Margaret Whitehead é citada no artigo de Buss e Pellegrini “Problemas da saúde e seus determinantes sociais”, publicado no sítio do Cebes em [http://www.cebes.org.br/default.asp?site\\_Acao=MostraPagina&paginaId=134&mNoti\\_Acao=mostraNoticia&noticiald=84](http://www.cebes.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&paginaId=134&mNoti_Acao=mostraNoticia&noticiald=84). Margaret Whitehead e Göran Dahlgren, consultores da Organização Mundial de Saúde, resumem suas idéias e as consequências da aplicação de seu modelo no documento “Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health”, editado em 2006 pela OMS e disponível em <http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf> (acesso em 07/04/2009).

34 Este e outros documentos estão no sítio da CNDSS: <http://www.determinantes.fiocruz.br/acoes.asp> (acesso em 08/04/2009), mas a versão integral de todos os artigos, em português ou em inglês, só podem ser conseguidas comprando a edição em papel, pela Editora Fiocruz. A edição traz um CD-ROM com mais de 400 referências bibliográficas da geração de evidências. Paulo Buss declarou, durante sua apresentação, que o relatório, “um documento que vai ajudar muita gente a trabalhar em diversos campos”, é como “ter um verdadeiro Brasil nas mãos”.

35 Para melhor explicação sobre a diferença desses conceitos para a CNDSS, veja o sítio da entidade.

36 Pensado originalmente como um braço da estratégia intersetorial Fome Zero, o programa Bolsa Família, vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome ganhou visibilidade por transferir condicionada e diretamente renda a um universo crescente de brasileiros em situação de pobreza. Hoje, o benefício já chega a 11 milhões de famílias. Ver <http://www.fomezero.gov.br/o-que-e> e [http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o\\_programa\\_bolsa\\_familia/principais-resultados](http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/principais-resultados) (acessos em 08/04/2009)

37 Abel Packer, Diretor da BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde vinculado à Organização Pan-americana de Saúde, da Organização Mundial da Saúde. O centro está estabelecido no Brasil desde 1967, em colaboração com Ministério de Saúde, Ministério da Educação, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo. Packer é Coordenador Operacional do Programa SciELO Brasil, Scientific Electronic Library Online, biblioteca eletrônica com uma seleção de periódicos científicos brasileiros. Scielo acessível em <http://www.scielo.br>. Bireme acessível em <http://www.bireme.br/php/index.php> (acessos em 08/04/2009).



# **O SUS NA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

**UMA ANÁLISE DO SUS COM  
BASE NA PNAD  
CLÁUDIA TRAVASSOS**

**UM OLHAR SOBRE AS RELAÇÕES  
ENTRE O SUS E A MÍDIA  
INESITA SOARES DE ARAÚJO**

**A INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO  
PARA A EQUIDADE EM SAÚDE  
ALBERTO PELLEGRINI**

MEDIADORA: LÍGIA BAHIA

# UMA ANÁLISE DO SUS COM BASE NA PNAD

*Cláudia Travassos*

*Pesquisadora titular do Laboratório de Informações em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), Fundação Oswaldo Cruz.*

Tratarei de um dos determinantes que Paulo Buss colocou no seu modelo<sup>1</sup>, que fala dos serviços de saúde. Tentamos um exercício de olhar o que aconteceu com a utilização do serviço de saúde no período que vai de 1981 a 2003. Usamos os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) que tem, em alguns anos, um Suplemento Saúde que permitiu esse tipo de análise.

Fizemos esse exercício para buscar responder a duas perguntas. A primeira é se o SUS logrou reduzir as desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde. O que Paulo Buss denomina iniquidades eu denomino desigualdades sociais ou geográficas. Abordaremos então as desigualdades sociais e geográficas na utilização do serviço de saúde, existentes quando da criação do SUS. A segunda pergunta é em que medida o SUS conseguiu incorporar o conjunto da população ao sistema público de saúde.

Trabalhamos com dados da PNAD, que fez entrevistas, nos anos estudados, em cerca de 110 mil domicílios no Brasil como um todo, com exceção da região rural da região Norte. A PNAD entrevista todos os moradores nos domicílios, o que representa uma amostra em torno de 400 mil pessoas. Nosso trabalho compara os dados do Suplemento Saúde de 1981 com os dados de 2003<sup>2</sup>.

Um breve histórico: em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Inamps, no qual eram elegíveis a atenção à saúde previdenciária os indivíduos vinculados direta ou indiretamente ao sistema. No entanto, a criação do Inamps também representou a expansão dessa cobertura para outros grupos populacionais. O Inamps foi extinto em 1993. O importante a ser destacado é que o processo de universalização da atenção à saúde teve início muito antes da criação do SUS.

Pelo lado do setor privado, no início da década de 1980, começam a se expandir os planos de empresas de assistência de saúde, sem subsídios diretos do governo. É um momento de expansão e de maturação. Não sei se Lígia Bahia<sup>3</sup> concordaria comigo, mas vejo como um período de maturação desse subsetor de prestação de serviços em saúde.

Em 1988, temos a criação do SUS. Analisaremos os anos de 1981 (prévio à criação do SUS) e o de 2003, que consideramos como um momento em que o Sistema Único de Saúde já está plenamente implantado no país.

Do ponto de vista demográfico, observamos, nos anos analisados, variações na pirâmide populacional no sentido de uma



DE DOIS MILHÕES DE ATENDIMENTOS  
EM 1981 VAMOS PARA DEZ MILHÕES  
EM 2003, UMA EXPLOÇÃO.  
FOI NOS POSTOS DE SAÚDE  
QUE O SUS CRESCEU

estrutura mais envelhecida. Houve um enorme processo de urbanização no período e uma mudança na distribuição geográfica da população, principalmente com o crescimento da região Norte. Ocorreu também uma melhora da escolaridade das pessoas.

Utilizamos a variável “posição no mercado de trabalho”, que permite analisar as desigualdades sociais sem a exclusão de indivíduos da amostra. Essa variável indica a posição na ocupação (empregado, empregador ou autônomo. Entre os que trabalham, discrimina os desempregados e as pessoas que não estão inseridas nesse mercado, que são classificadas como pensionistas e aposentados, estudantes, donas-de-casa e outros.

O que podemos observar? O desemprego aumentou de 1,9 para 4,1%; diminuiu a proporção de empregados e aumentou a proporção de aposentados. Esse último resultado está associado à mudança, citada anteriormente, na estrutura etária da população.

Para responder às perguntas centrais dessa apresentação inicialmente comparamos o uso do serviço de saúde nos 15 dias que antecederam à entrevista, à prevalência do uso de serviços de saúde no último ano.

Em 1981, 8% da população utilizaram serviços de saúde (9 milhões de pessoas) nos 15 dias que antecederam à entrevista. Em

2003, foram 14%, ou seja, passaram a ser atendidas 25 milhões de pessoas; representa uma taxa de crescimento de 63% no período, bem maior que o crescimento populacional no período, que foi de 47%. Desses atendimentos, 3% foram em postos de saúde em 1981; em 2003, essa proporção aumentou para 40%, ou seja: de 2 milhões, em 1981, passamos em 2003 para 10 milhões de atendimentos nos postos, um aumento de quase 390%. É uma explosão. Foi nos atendimentos em postos de saúde que o SUS cresceu. Isto correspondeu, por exemplo, a uma diminuição da demanda não satisfeita: de 39% em 1981 para 0,4% em 2003.

Do ponto de vista da estrutura etária, o uso de serviços de saúde aumentou em todas as faixas, sendo que os mais idosos - um grupo onde a demanda por serviço de saúde é maior - conseguiram ter suas necessidades mais atendidas pelo sistema. Esse aumento de atendimentos ocorre tanto para homens quanto para mulheres. Observa-se nesses dados o padrão universal de que a procura pelos serviços ocorre mais entre as mulheres do que entre os homens.

Do ponto de vista das desigualdades sociais no uso de serviços de saúde, observou-se que se mantiveram mais ou menos as mesmas, o que quer dizer que o aumento do volume não alterou a sua distribuição. Fizemos uma regressão ajustada por fatores de confundimento, e pudemos comparar o uso por escolaridade no modelo. Essa comparação é mais válida do que as anteriores, e se percebe que a desigualdade no uso de serviços de saúde aumentou entre pessoas com diferentes níveis de escolaridade.

O mesmo foi feito quanto à posição no mercado de trabalho: houve alguma variação, porém menos expressiva. Destaco que as pessoas classificadas como "conta própria" apresentam baixa prevalência de uso de serviços e permanecem assim em 2003.

Analisando as fontes de financiamento do cuidado recebido, deparamos com um resultado inesperado. Em 1981, já se tinha informação sobre quem financiou os atendimentos (a pessoa pagando do próprio bolso, o seguro privado ou a Previdência Social/Sistema Público). O que se observa é que 68% desses atendimentos foram pagos pela Previdência Social e pelo Sistema Público. Em resumo, os atendimentos foram financiados pelo setor público e, em grande parte, pelas contribuições previdenciárias. Do restante, 21% foram pagos com recursos do próprio bolso, e 9% pelo plano privado de saúde.

Em 2003, 15 anos depois da criação do SUS, surpreendentemente, há uma diminuição da participação relativa do setor público no financiamento dos atendimentos nos serviços de saúde. A diminuição relativa do setor público nesse financiamento ocorre associada a um enorme incremento da participação relativa do setor de planos privados de seguro de saúde. Os planos privados de saúde pagaram 22% dos atendimentos e o SUS pagou 58%, ou seja, 10 pontos percentuais a menos do que antes da criação do SUS, em 1981. Houve, ainda, uma redução de 15 pontos percentuais no que era financiado do próprio bolso.

Estimamos, com base nos dados que os 68% de participação Previdenciária/Pública em 1968, 49% correspondia ao Ministério da Saúde, na época, eram 49% e 19% à Previdência Social. Dentre os planos privados de saúde, as informações estão classificadas em duas categorias: o seguro privado, com 3%, e o sistema empregador, com 7%. Surpreende, em 2003, o relativo encolhimento do setor público. Vale destacar que esses dados referem-se à fonte de financiamento do atendimento e não aos valores pagos.

Outro resultado a ser destacado é que não houve crescimento na prevalência de internação hospitalar. Observa-se

A PIRÂMIDE POPULACIONAL  
DAS PESSOAS COBERTAS POR PLANOS  
É DIFERENTE DAQUELA  
DA POPULAÇÃO COMO UM TODO.  
QUANTO MAIOR A RENDA, MAIOR A COBERTURA

subutilização hospitalar em 1981. Os dados fazem supor que o mesmo acontecia em 2003. Houve redução de leitos no período, principalmente de leitos do setor privado.

Tal como se verificou na utilização de serviços de saúde em geral, houve um encolhimento do setor público no período, ou seja, pós-criação do SUS: o Sistema Previdenciário financiou 76% das internações em 1981 e o SUS financiou 67% das internações em 2003.

Uma análise detalhada das pessoas cobertas pelos planos de saúde mostra que a pirâmide populacional é expressivamente diferente daquela da população brasileira como um todo. Nas pessoas cobertas por planos de saúde há concentração nas faixas etárias mais produtivas. Essa cobertura é mais alta nas áreas urbanas das Grandes Regiões mais ricas. Quanto maior a renda, maior a cobertura de planos de saúde.

Em relação ao grau de dependência funcional, observa-se que as pessoas cobertas por planos de saúde têm menos dependência e são mais saudáveis do que a população em geral.

O padrão de participação das fontes de financiamento dos atendimentos, observado em 2003, reflete a estrutura o gasto em saúde no Brasil. Segundo dados das Contas Nacionais - e aí está uma questão central para ser discutida pelo país - o Brasil, comparado com

EIS UMA QUESTÃO CRÍTICA A DISCUTIR  
NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE:  
QUEREMOS ESSE SISTEMA DUAL  
COM UM GASTO PRIVADO ALTO  
E SUBFINANCIAMENTO DO SISTEMA PÚBLICO?

países como os Estados Unidos e o México, tem o menor gasto público em saúde.

Para concluir, esse exercício de comparação da utilização de serviços de saúde entre 1981 a 2003 mostrou que houve expressiva melhora no acesso aos cuidados em saúde, expresso por um grande aumento no volume de pessoas atendidas pelos serviços de saúde. Esse aumento se deu, em grande parte, pelos atendimentos de atenção básica. Entretanto, os dados colocam em questão a adequação desse atendimento na medida em que há indicativos de subutilização hospitalar. Observamos também, para nossa surpresa, que o enorme aumento no volume de atendimento foi marcado por uma maior participação no financiamento dos atendimentos do setor privado comparativamente ao setor público.

Esses resultados vêm de encontro com as teses defendidas por Telma Menicucci<sup>4</sup>, no seu livro "Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias", editado pela Editora Fiocruz, em 2007, sobre o mix público-privado no Brasil, sobre a dualidade do sistema de saúde brasileiro atual, constituído por modelos assistenciais, padrões de utilização, fontes de financiamento e populações cobertas distintas.

Artigo recente e muito interessante de Ligia Bahia<sup>5</sup> coloca a imperiosa e urgente necessidade de refletirmos sobre papel dos

planos privados de saúde no sistema de saúde brasileiro. Essa é uma questão absolutamente crítica para ser discutida no âmbito das políticas de saúde no país: queremos esse sistema dual que se caracteriza por um gasto privado extremamente alto e por um subfinanciamento do sistema público? O nosso “Fio-Saúde”, por exemplo, coloca um paradoxo: como nós, defensores do SUS, defenderemos que o governo dê dinheiro para o nosso plano de saúde?

## NOTAS

1 Ver apresentação de Paulo Buss em <http://www.cict.fiocruz.br/media/paulobussus.pdf> (acesso em 08/04/2009)

2 Este texto faz alusões às tabelas e gráficos que a pesquisadora apresentou durante o evento e estão disponíveis integralmente em <http://www.cict.fiocruz.br/media/clauidiasus.pdf> (acesso em 09/04/2009).

3 Professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, representante do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – Cebes.

4 Pesquisadora da Fundação João Pinheiro, em Minas Gerais.

5 “As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde” extraído de um debate e publicado na revista *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 13, nº 5, outubro de 2008.

# UM OLHAR SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE O SUS E A MÍDIA

*Inesita Soares de Araújo*

*Pesquisadora do Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde (LACES) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT), Fundação Oswaldo Cruz*

A relação entre a saúde e a mídia admite uma infinidade de abordagens. Entre elas, escolhi falar sobre uma pesquisa desenvolvida no Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde, do Icict, e financiada pelo PDTSP - Programa de Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Saúde Pública da Fiocruz<sup>1</sup>, na qual estudamos alguns aspectos importantes dessa relação. Começarei, porém, falando sobre um de seus produtos, o Observatório Saúde na Mídia. Esse projeto, ainda nos seus primeiros passos.

A proposta do observatório é produzir ou aperfeiçoar um conhecimento sobre a saúde na mídia, ou seja, como a mídia constitui publicamente o tema da saúde, de modo a oferecer aos interessados e particularmente aos gestores subsídios para planejar a relação com os meios de comunicação.

Atualmente observa-se uma proliferação de observatórios, podendo-se perceber um movimento da sociedade no sentido do exercício do controle social, na sua acepção ampliada. Nosso observatório inscreve-se nesse movimento, focando sua atenção nos meios de comunicação.

Sob esse aspecto, podemos trazer aqui a idéia do quinto poder: uma idéia nascente, ainda por ser construída ou consolidada,

que é a sociedade exercendo controle sobre a mídia, a mídia que é considerada o quarto poder, pelo seu papel de fiscalizar os três poderes constituídos. No entanto, a idéia do quarto poder baseia-se no pressuposto equivocado de que a mídia representa os interesses da sociedade, o que sabemos que não é o que ocorre de maneira equitativa. Nesse sentido, os observatórios de mídia encontram seu lugar.

Além da participação, que na saúde traduz-se fortemente como controle social, dois princípios do SUS são inerentes ao nosso observatório: universalidade, na medida em que busca contemplar a comunicação como um direito de todos; e equidade, que buscaria garantir uma distribuição mais equitativa desse direito. Nesse caso, o observatório busca mapear e analisar que vozes e interesses estão sendo contemplados e quais estão sendo preteridas ou silenciadas.

Entre os objetivos do observatório estão, portanto, propiciar uma “vigilância” crítica sobre como os meios de comunicação produzem sentidos sobre o SUS e os temas específicos da saúde e contribuir para a democratização da comunicação na sociedade em geral e, na saúde, em particular.

O método do observatório consiste em diariamente identificar, recolher e analisar as matérias dos jornais impressos e telejornais.



A NOÇÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS  
DA SAÚDE, QUE SITUARIA A DOENÇA  
NUM CONTEXTO MAIS AMPLO,  
ESTÁ AUSENTE DA COMUNICAÇÃO  
SOBRE A DENGUE

A proposta é disseminar essa análise por via eletrônica, no portal Fiocruz, por mala direta e por via impressa, na revista RADIS.

O observatório deverá entrar em operação no segundo trimestre de 2009. O projeto ainda tem caráter piloto e abrange Rio, Brasília, Recife e São Paulo. Os jornais impressos monitorados são: O Globo e O Dia, no Rio; Correio Braziliense, em Brasília; Jornal do Comércio e Folha de Pernambuco, em Recife e, Folha da Tarde, em São Paulo. Acompanhamos os telejornais Bom Dia Brasil, Jornal Hoje, Jornal Nacional, Jornal da Globo e o Telejornal TVE. Tendo em vista a magnitude da proposta, o tamanho reduzido da equipe tem sido a principal dificuldade, junto com a implantação da sistemática do tratamento e análise dos dados.

O observatório tem coordenação geral de Umberto Trigueiros, coordenação executiva de Izamara Bastos e participação de pesquisadores do Laboratório de Pesquisa e Comunicação. Conta com participantes no Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CpqAM/Fiocruz, Recife) e na Diretoria Regional de Brasília (Direb/Fiocruz), além do apoio da Coordenadoria de Comunicação Social da Fiocruz, com Wagner Oliveira.

A pesquisa "Avaliação da Comunicação na Prevenção da Dengue" partiu de três perguntas simultâneas: como a mídia fala da

dengue? como as instituições de saúde falam da dengue? e como a população se apropria dessas informações?

A pesquisa buscou, então, analisar o que e como se fala na mídia sobre a dengue, o que falam e como falam as instituições, quais os fluxos de circulação dessa comunicação. Buscou, assim, compreender como a dengue tem sido tratada pelos meios de comunicação e nos materiais das instituições de saúde, ou seja: o que se fala sobre a dengue, sobre os modos de prevenção, que vozes estão contempladas, que vozes estão sendo silenciadas. Por fim, desejou avaliar como a população se apropria dessas informações.

De 2003 a 2006 fizemos monitoramento em análise de mídia, sempre de outubro a maio, período que corresponde aos tempos em que o mosquito “faz a festa”. Monitoramos O Globo, O Dia, o RJTV e o Jornal Nacional, jornais mais lidos e assistidos na região do complexo de Manguinhos, área que escolhemos para a avaliação junto à população.

Fizemos análise discursiva desse material e, a partir de 2006, publicamos alguns boletins com fatos e análises. Os boletins, bimestrais, tinham circulação *online* e via mala direta e neles procurávamos contemplar vozes dos três segmentos estudados; a mídia, as instituições de saúde e a população.

Para responder à segunda pergunta, o quê e como as instituições falam sobre a dengue, fizemos o mapeamento dos fluxos e análise dos materiais educativos e informativos sobre a dengue (2003 a 2006), desde o Ministério até a população de Manguinhos.

Fizemos também a análise desses materiais. O mapeamento permite análises, em cada etapa de preparação e circulação dos materi-

NA MÍDIA, O TEMA ESTÁ SUBORDINADO  
ÀS LÓGICAS DA NOTÍCIA:  
SE NÃO HÁ EPIDEMIA, NÃO HÁ NOTÍCIA.  
NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE SÓ SE FALA  
DE UM PROBLEMA QUANDO FICA CRÍTICO

ais, das instâncias que vão produzindo sentido. Nota-se como o processo é complexo até chegar na população.

A terceira pergunta foi como a população se apropria dessas informações? Fizemos entrevistas nos locais de moradia. O método foi a aproximação das pessoas pela rede de relações, consideradas muito importante na produção social dos sentidos. Fizemos também entrevistas no “Fiocruz para Você”<sup>2</sup>, que concentrava uma quantidade de pessoas muito grande e com a atenção já orientada no tema da saúde. Posteriormente fizemos análise das falas colhidas nas entrevistas.

Embora o relatório final ainda não esteja consolidado, podemos adiantar alguns resultados. Primeiro, constatamos uma enorme circularidade entre a fala das instituições e a da mídia.

Contraditoriamente, o discurso mais comum na saúde é que a mídia contraria nossos interesses, não fala o que nós queremos. E, no entanto, é patente a semelhança entre os dois dispositivos de comunicação, o da mídia e o das instituições. A propósito, promovemos, no contexto dessa pesquisa, um debate com os editores de saúde do RJTV e alguns dos editores dos órgãos que nós estávamos monitorando e pudemos constatar que a principal fonte de informação para a questão da dengue era o site da Fiocruz.

AS INSTITUIÇÕES CONTINUAM  
COM POLÍTICAS E PRÁTICAS CAMPANHISTAS,  
PERSPECTIVAS NORMATIVAS,  
TECNICISTAS E TODOS OS VÍCIOS DE  
30, 40 ANOS ATRÁS

E isso pode ser visto com clareza. Ambos os dispositivos privilegiam as vozes classicamente autorizadas, que são as das próprias instituições, a fala médica e a fala da ciência. Não há espaço para a população, que é silenciada, excluída da construção dos sentidos da dengue nesse espaço público, a não ser para legitimar a fala autorizada.

O tema dengue, na mídia, está subordinado às lógicas da notícia (princípio da noticiabilidade), ou seja, se não há epidemia, não é notícia. E isto se dá não só na mídia mas, também, nas instituições de saúde, com o critério da comunicação sazonal, ou seja, só se fala de um problema de saúde no momento em que ele fica crítico.

Um outro elemento comum é a descontextualização da dengue em relação à vida da população. A noção de determinantes sociais da saúde, que permitiria perceber a dengue num contexto sócio-econômico e político mais amplo, está completamente ausente da comunicação sobre a dengue. Em contrapartida, a população contextualiza, principalmente em relação às suas condições de vida e às políticas públicas.

Ainda citaria o fato de que ambas ignoram a existência de um conhecimento prévio (ou contemporâneo) da população sobre saúde, doença e sobre a própria dengue. Ignoram mesmo os próprios

discursos construídos anteriormente pelas instituições, como o discurso higienista, que na sua premissa básica contraria a prevenção da dengue: sujeira = doença. Partem de um “degrau zero” do conhecimento, perdendo a oportunidade de uma interlocução mais produtiva e com melhores resultados no âmbito da prevenção.

Fizemos também um mapeamento das fontes e fluxos da comunicação para a população de Manguinhos. O resultado apontou algumas coisas muito interessantes, entre as quais eu citaria o papel dos agentes da Prefeitura, garis e outras figuras comunitárias. Eles aparecem como muito relevantes nesse mapa. Seu grau de importância se equivale, aqui, à escola, à família, à vizinhança e à mídia, particularmente a TV. Porém, como a mídia enfatiza muito o papel dessas figuras em suas reportagens, não é possível estabelecer até que ponto para a população os sentidos sobre a dengue são produzidos pela mídia ou pelo conjunto de fontes associadas.

A mídia hoje está presente em todas as instâncias sociais, ela é de fato onipresente. No entanto, na pesquisa a mídia é quase sempre associada a fontes interpessoais, ninguém fala: eu aprendi na mídia, mas eu aprendi na mídia e com o meu vizinho, aprendi na mídia e com as pessoas que estão em contato comigo. As escolas aparecem como importantes pontos de informação.

Hoje a ideia de determinantes sociais da saúde vem avançando rapidamente entre nós. No entanto, no âmbito da comunicação, isso não vem ocorrendo e as instituições continuam com políticas e práticas campanhistas, perspectivas normativas, tecnicistas e com todos os vícios de 30, 40 anos atrás.

Essa ideia de polarização mídia-SUS, ou da mídia contra o SUS, prejudica o entendimento real do processo de produção social

dos sentidos. Além disto, não existe *uma* mídia, não existe *um* SUS. Sabemos dos diferentes interesses que competem no âmbito do SUS, não é uma coisa tão homogênea assim, “a sociedade contra a mídia”, “o SUS contra a mídia”.

Se quisermos que a mídia fale do SUS além das filas, teremos de olhar para nós mesmos. A saúde não conhece o SUS, as pesquisas vêm provando isto. Os gestores não sabem o que é o SUS, os trabalhadores não sabem o que é o SUS. Se ainda brigamos para definir o que é isso, e precisamos dizer “isto é o SUS” ou “estamos aqui porque existe o SUS”, então não podemos cobrar o tempo todo da mídia que saiba o que é o SUS.

Diante desse quadro, a palavra desafio é absolutamente pertinente. Por isso, o Observatório Saúde na Mídia é hoje um projeto em que depositamos muitas expectativas: acreditamos que será uma atividade de resultados muito interessantes para todos nós.

## NOTAS

1 Programa social que acontece anualmente desde 1994, da Coordenação de Projetos Sociais da Presidência da Fiocruz, promovendo a saúde através de campanhas de vacinação, feira de ciências, atividades culturais e de lazer.

1 Programa social, que acontece anualmente desde 1994, da Coordenação de Projetos Sociais da Presidência da Fiocruz, promovendo a saúde através de campanhas de vacinação, feira de ciências, atividades culturais e de lazer.

# A INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA A EQUIDADE EM SAÚDE

*Alberto Pellegrini*

*Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde e Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (Peses), Fiocruz.*

Tratarei da contribuição da informação e do conhecimento para equidade em saúde e, em especial, vou referir-me à construção do Portal sobre Determinantes Sociais da Saúde, DSS que Paulo Buss mencionou ao final da sua fala<sup>1</sup>.

O relatório da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde<sup>2</sup> desenvolve o conceito da informação e conhecimento como determinantes sociais da saúde, mostrando que as iniquidades de informação e conhecimento são as mais perversas porque criam ou acentuam todas as demais, em particular as de saúde.

Quando falamos em iniquidades de saúde, sabemos que são geradas pelos determinantes sociais em diversos níveis, desde os macro até os microdeterminantes. No relatório da Comissão Nacional sobre DSS, há várias propostas de políticas relacionadas a cada uma das camadas dos determinantes. O relatório menciona estas políticas de maneira superficial, pois a Comissão não considera que seja seu papel discutir com detalhes como melhorar a política de lazer, de transporte ou de habitação. Isso está a cargo de cada setor.

O relatório enfatiza que, se mudarmos a forma de definir políticas públicas, sustentadas no tripé intersetorialidade/ participa-

ção social/ evidências, teremos a possibilidade de gerar políticas que intervêm sobre os determinantes sociais e que sejam mais efetivas e eficazes no combate às iniquidades de saúde.

Quero mostrar como o Portal sobre DSS pode contribuir, de alguma maneira, para o desenvolvimento desse tripé, ou seja, para a geração e utilização de evidências para a coordenação intersetorial e para participação social. Vamos começar com uma das pontas do tripé: as evidências, de vários tipos. A definição de uma política pública tem que se basear em vários tipos de evidências. Inesita Soares de Araújo<sup>3</sup> mencionou algumas das evidências que têm a ver com experiência de vida. Mas aqui vou me ater, basicamente, a evidências científicas, aquelas geradas pelos processos de produção científica.

Cito Marmot<sup>4</sup> pelo seu clássico estudo sobre gradiente do risco de morte por doenças coronarianas<sup>5</sup>. Ele calculou o risco de morrer por doenças coronarianas para funcionários públicos da Inglaterra divididos em quatro níveis hierárquicos: desde o cargo de direção, no nível mais alto, até o nível hierárquico mais baixo de atendente. Neste estudo ele também levou em conta alguns fatores de risco individuais bem conhecidos para doenças coronarianas, como colesterol, fumo,



pressão arterial, etc e calculou quanto estes fatores explicam as diferenças de risco observadas entre as 4 categorias de funcionários.

Fixando como valor 1 o risco de morrer por doença coronariana dos funcionários na categoria de direção, logo na categoria seguinte o risco é 2.1, ou seja, praticamente o dobro. Menos da metade dessa diferença é explicada por fatores como fumo, colesterol etc. Na categoria seguinte a esta temos 3.2, ou seja, risco três vezes maior que o de cargo de direção, sendo que apenas um terço dessa diferença se explica pelos mesmos fatores. Na última categoria, quatro vezes mais risco e cerca de apenas um quarto pode ser explicada pelos fatores tradicionalmente conhecidos.

Portanto, as diferenças entre cada uma destas categorias são pouco explicadas pelos fatores conhecidos. A maior parte dessas diferenças se deve justamente aos determinantes sociais, e estudá-las é o grande desafio da pesquisa sobre iniquidades em saúde.

É interessante dizer que a pesquisa epidemiológica na Inglaterra há muito analisa os diferenciais por ocupações. Esses diferenciais são encontrados não só entre os servidores públicos, mas na população em geral. É interessante mencionar que esse gradiente se mantém inalterado desde quando as pessoas morriam principalmente de doenças infecciosas.

Pode-se identificar várias gerações de pesquisas sobre iniquidades<sup>6</sup>. A primeira que relacionou pobreza com saúde vem de meados do Século XIX. Uma segunda geração buscou gradientes de saúde de acordo com a situação socioeconômica. Um exemplo é este clássico de Marmot. Já a terceira geração buscar conhecer os mecanismos através dos quais a estrutura sócio-econômica determina as iniquidades em saúde.

QUANDO A CIÊNCIA ABRAÇA TEMAS  
[ COMO DIREITO AMBIENTAL OU POBREZA, ]  
TEM QUE BUSCAR FORMAS  
DE TRABALHAR E PRODUZIR ESSE CONHECIMENTO  
NO CAMPO DAS INIQUIDADES ]

As principais perguntas da pesquisa nessa terceira fase são: onde se originam as iniquidades de saúde entre os grupos sociais? Quais os caminhos pelos quais as causas básicas produzem essas iniquidades? (é importante destacar que a relação de determinação admite várias mediações entre a causa “original” e os resultados de saúde). E onde, quando e como devemos conduzir intervenções sobre essas iniquidades de saúde?

Uma vez conhecendo a cadeia de mediações, podemos identificar os pontos de incidência das políticas. A pesquisa sobre iniquidades em saúde adota diferentes enfoques de acordo com o tipo de população e com o país. No caso do estudo de Marmot estamos tratando dos servidores públicos da Inglaterra, não de populações que têm grandes carências, que sofrem desnutrição ou condições precárias de habitação.

Há enfoques que buscam explicar essas diferenças para além das condições materiais de vida, destacando os fatores psicossociais. Estudos que enfatizam o capital social vem ganhando espaço na literatura. Os enfoques ecossociais buscam combinar enfoques sociais e biológicos. É importante destacar que, conjugando diversos enfoques, temos que buscar uma nova forma de produzir conhecimento sobre este tema. A ciência avançou muito criando seu próprio *ethos*, o seu próprio *locus* de desenvolvimento nas institui-

ções de pesquisa. Graças a isso conseguiu se preservar da influência da igreja ou do poder militar e político. Mas, no momento em que abraça temas como a degradação ambiental ou pobreza, a ciência precisa buscar novas formas de produzir conhecimento e esse é o caso do estudo das iniquidades em saúde.

Tradicionalmente o *locus* da produção do conhecimento são as instituições de pesquisa. Num novo tipo de produção do conhecimento esse *locus* seria constituído por redes colaborativas de instituições de diversos tipos. As agendas de pesquisas seriam definidas em espaços e oportunidades de intercâmbio entre diversos atores, não só pelos pesquisadores, mas também pelos utilizadores do conhecimento em um espaço chamado contexto de aplicação.

Aqui entra a questão do Portal sobre DSS. O portal seria uma espécie de contexto de aplicação permitindo a interação entre diversos atores relacionados aos determinantes sociais, inclusive para identificação de problemas e a definição de agendas de pesquisa. No que se refere às relações entre produtores e usuários do conhecimento, tradicionalmente se trata de dois processos distintos: o de produção e o de utilização do conhecimento. Os pesquisadores produzem o conhecimento nas instituições de pesquisa e só depois buscam a difícil tradução desse conhecimento para sua utilização. Em nosso caso, tradução para os tomadores de decisão sobre políticas públicas.

Os critérios de avaliação e a própria gestão da atividade científica são diferentes, quando se compara o modo tradicional ao novo modo de produção do conhecimento. Quando, desde o início do processo de pesquisa, temos espaços de interação entre produtores e utilizadores do conhecimento, teremos um intercâmbio contínuo que permite a análise das implicações para políticas, inclusive dos produtos intermediários da pesquisa.

No modo tradicional há um planejamento concentrado em organismos centrais de definição de políticas de pesquisa, que definem as agendas e os recursos. Em um novo modo de produção do conhecimento essa definição é descentralizada com maior participação de diversos atores envolvidos. O Portal sobre DSS pode ser um importante espaço de interação de produtores, de intermediários e utilizadores do conhecimento.

Quanto a outro vértice do triângulo ou tripé que deve sustentar as políticas de combate às iniquidades, temos a coordenação intersetorial, já mencionada por Paulo Buss. Fizemos na Comissão sobre DSS um levantamento de programas que existiam nos vários ministérios, ou seja, na esfera federal, e selecionamos 86 ações que, efetivamente, têm a ver com determinantes sociais em saúde.

O número de ministérios atuando sobre determinantes em saúde é bastante grande. Os tipos de ações vão de programas relacionados à agricultura, ao meio ambiente, à habitação, ao trabalho, à alimentação, ao esporte, à cultura, etc. Os gastos, bastante significativos, no ano de 2006, segundo o Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal, SIAFI<sup>7</sup>, foram de R\$18 bilhões. Percebemos que não há coordenação entre os diversos programas a que correspondem as 86 intervenções, mesmo que muitas vezes trabalhando sobre a mesma população e no mesmo território. Entre as 400 referências bibliográficas do relatório, há muito pouco de avaliação sobre estas intervenções.

O Portal sobre DSS deve permitir um estudo sistemático de avaliação dessas intervenções. O relatório faz uma série de propostas para fortalecer a coordenação intersetorial. Em primeiro lugar, considera a promoção da saúde como grande referência para as ações setoriais e intersetoriais sobre os determinantes sociais, retomando o

DA TOMADA DE CONSCIÊNCIA  
SOBRE AS INIQUIDADES SE CONSEGUE  
APOIO POLÍTICO E PARTICIPAÇÃO  
NA PRÓPRIA DEFINIÇÃO E IMPLANTAÇÃO  
DE POLÍTICAS E PROGRAMAS

próprio conceito de promoção da saúde, que vem desde a Carta de Ottawa<sup>8</sup>. Uma das recomendações do relatório é a criação no Ministério da Saúde de uma instância que tenha tanto uma projeção interna, no próprio setor de saúde, quanto externa, para a promoção de ações intersetoriais sobre os determinantes sociais. Essa recomendação de alguma maneira já foi atendida com a criação da Secretaria de Promoção de Saúde e Atenção Primária.

Outra recomendação para fortalecer a coordenação intersetorial é institucionalizar uma Câmara Interministerial relacionada a ações sobre os determinantes na Casa Civil, que é o órgão responsável pela coordenação das ações do governo e das políticas públicas relacionadas com o desenvolvimento social. Além disso, para promover a coordenação intersetorial, temos a idéia de capacitação de gestores atuantes nas diversas esferas do governo e da criação de um sistema de informação e de observatório que permitam o monitoramento das atividades em saúde, e também o monitoramento dessas intervenções sobre os determinantes.

Finalmente, o terceiro vértice se refere á participação social, fundamental para essas políticas públicas sobre os determinantes, A participação social permite uma tomada de consciência sobre o problema das iniquidades e fortalece o necessário apoio político às intervenções. A participação social permite também uma participação

mais ampla na própria definição dessas políticas e programas e na sua implantação. A informação e o conhecimento devem chegar aos distintos setores sociais para instrumentalizar a sua luta política e a defesa dos seus interesses.

A gestão participativa do SUS cria um grande “mercado” para informação e conhecimento, que dê sustento a decisões tomadas a nível local. Entretanto, num pequeno estudo que fizemos no interior de São Paulo com o pessoal de medicina preventiva da USP observou-se que vários dos Conselhos Municipais de Saúde<sup>9</sup> daquele estado utilizam muito pouca informação para suas tomadas de decisões. Num levantamento foi feito por Ana Costa, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, SGEPI<sup>10</sup> existem 5.564 Conselhos Municipais de Saúde e 76 mil conselheiros. Evidentemente, há aí um mercado importante para a informação e o conhecimento sobre os determinantes. Em outro levantamento de Ana Costa, em relação ao acesso à Internet, vemos que todos os Conselhos Estaduais, exceto os da Região Norte, têm acesso à Internet.

O Portal sobre DSS não será apenas um repositório de conhecimento. Além de permitir acesso à informação a partir da bibliografia científica e dos sistemas de informação sobre os determinantes, deve oferecer outros serviços e produtos relacionados aos três vértices do triângulo. Haverá cursos para membros dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e a criação de espaços e oportunidades de interação para atores estratégicos. O Portal sobre DSS pode constituir-se num contexto de aplicação que, como vimos, permitirá uma nova forma de produzir conhecimento sobre esse tema, com maior interação entre produtores, intermediários e utilizadores do conhecimento.

Já há um acordo entre a Fiocruz e o Ministério da Saúde para desenvolver uma série de atividades utilizando toda a capacida-

de da Fiocruz nas suas várias unidades. Entre essas iniciativas está a criação do Observatório sobre as iniquidades, cursos de capacitação e do desenvolvimento de estudos, de pesquisas e de processos de comunicação para diversos setores.

Para finalizar, o que temos hoje no Portal sobre DSS, ainda é, basicamente, uma ponta daquele tripé, o das evidências e contamos com uma revisão bastante robusta da literatura nacional e internacional sobre DSS. Para facilitar a navegação temos na interface, o modelo de várias camadas desenvolvido por Dahlgren e Whitehead<sup>11</sup>. Clicamos em uma camada e encontramos uma série de determinantes a ela relacionados como, por exemplo, emprego, educação, habitação, agricultura e assim por diante.

Há informações sobre redes sociais, condições e estilo de vida e outros níveis de DSS. Se alguém estiver interessado em informação sobre habitação, é possível entrar nas páginas de vários sites relacionados especificamente a esta questão para que o usuário não se perca nas páginas gerais dos grandes sistemas de informação. Esperamos que o Portal sobre DSS possa realmente contribuir para uma ação sobre os determinantes sociais nesses vários níveis.

## NOTAS

1 Portal Determinantes Sociais da Saúde. Ver apresentação de Paulo Buss em <http://www.cict.fiocruz.br/media/paulobusssus.pdf> (acesso em 08/04/2009).

2 Relatório disponível no sítio da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, que foi criada pela OMS em 2005, com o objetivo de estudar a problemática dos determinantes sociais da saúde e as iniquidades que a eles estão associadas.

3 Ver apresentação de Inesita Soares de Araújo em <http://www.cict.fiocruz.br/media/inesitasoares.pdf> (acesso em 07/04/2009).

- 4 Michael Marmot, epidemiólogo inglês, presidente da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS.
- 5 Ver esse gráfico e outros na apresentação feita pelo pesquisador durante o evento, que está disponível em <http://www.cict.fiocruz.br/media/pellegrinus.pdf> (acesso em 07/04/2009).
- 6 Pesquisa de Nancy Adler, autora de vários artigos relacionando condições sócio-econômicas e saúde. Para uma lista deles, ver <http://www.macses.ucsf.edu/Network/nancy.htm> (acesso em 07/04/2009).
- 7 Sistema desenvolvido pela Secretaria do Tesouro Nacional, em conjunto com o Serviço Federal de Processamento de Dados (Serpro), implantado em janeiro de 1987 para suprir o governo federal de um instrumento moderno e eficaz no controle e acompanhamento dos gastos públicos.
- 8 Documento de intenções firmado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no Canadá, em 1986. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> (acesso em 08/04/2009).
- 9 De acordo com o portal do Ministério da Saúde, Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde “são órgãos permanentes e deliberativos com representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.” Uma lista desses conselhos pode ser obtida na extranet da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, montada em [http://www.extranet.ead.fiocruz.br/perfil\\_conselho\\_view/script/login2.php](http://www.extranet.ead.fiocruz.br/perfil_conselho_view/script/login2.php) (acesso em 09/04/2009).
- 10 Criada em 2003 pelo Decreto nº 4.726, de 9 de junho, se chamava Secretaria de Gestão Participativa e tinha como titular Sergio Arouca. Após reformulação, em 2007, passa a englobar ações de auditoria, monitoramento e avaliação da gestão do Sistema Único de Saúde. Tem como missão o fortalecimento da gestão e do controle social no âmbito do SUS.
- 11 Margaret Whitehead e Göran Dahlgren, consultores da Organização Mundial de Saúde, resumem suas ideias e as consequências da aplicação de seu modelo no documento “Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health”, editado em 2006 pela OMS e disponível em <http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf> (acesso em 07/04/2009).





# **INFORMAÇÃO EM C&T EM SAÚDE**

**FORMAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E  
TECNOLÓGICA EM SAÚDE**  
MARIA CRISTINA GUIMARÃES

**[ O ACESSO LIVRE NA INFORMAÇÃO  
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA ]**  
CARLOS HENRIQUE MARCONDES

**A GESTÃO DE INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO  
NO SISTEMA DE PESQUISA EM SAÚDE:  
NOVAS MEDIAÇÕES, ESTRUTURAS E MODELOS**  
ALFREDO SCHECHTMAN

MEDIADORA: MARIA LUIZA JAEGER

# FORMAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE

*Maria Cristina Guimarães*

*Pesquisadora do Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde, Icict, Fiocruz*

Falaremos um pouco sobre o que vem sendo, nos últimos dez anos, a pesquisa e informação científica e tecnológica em saúde aqui no Icict. Há dez anos, a Escola *Politécnica* de Saúde Joaquim Venâncio<sup>1</sup>, a Casa de Oswaldo Cruz<sup>2</sup> e a Escola Nacional de Saúde Pública<sup>3</sup> fizeram parte de uma mesma subcâmara. Juntos, sonhamos com um “casamento” entre ciência e tecnologia em saúde e informação. Esse casamento já era um ato político dentro de uma tradição, que vê a informação, fundamentalmente, como os espaços clássicos de informação, como as bibliotecas e os arquivos.

Longe disso, o que nós queremos é fazer da informação e da pesquisa técnica um objeto de pesquisa. Portanto, essa ligação entre pesquisa em saúde e a prática de saúde era uma meta. O discurso na área de ciência e tecnologia apontava: ciência e tecnologia para um lado e saúde e tecnologia para o outro, sendo a prática da saúde “menor” face à prática e produção do conhecimento no âmbito da ciência e tecnologia.

Partindo desta perspectiva de incorporação do saber no fazer, e vice-versa, e da construção de redes e intercâmbios, procuramos nossos parceiros. Nós, profissionais da informação, que também

realizamos pesquisas tendo por objeto informação e comunicação, sempre fomos vistos como se estivéssemos descolados da prática e do âmbito da saúde.

O próprio recorte da pesquisa da informação revela que não é possível trabalhar de uma forma disciplinar restrita aos recortes profissionais. O trabalho em grupo, a multitransdisciplinaridade e a intersetorialidade são absolutamente fundamentais. É preciso entender que a prática é o ponto de partida para a teoria; a prática orienta para formalizar o conhecimento e produzir conhecimento em novas teorias. Vamos ampliando os referenciais para a compreensão e para a ação, apostando em uma constante inovação.

O caminho visto pelos profissionais da informação é o da informação científica e tecnológica. Quando viemos para o campo da saúde, trouxemos um recorte clássico da área de ciência e informação, ou dos estudos de informação na área da ciência e tecnologia. É um processo cíclico: acesso à informação, organização da informação, comunicação da informação e uso da informação.

Não se pode pensar no acesso, na organização da comunicação sem pensar, minimamente, na força das tecnologias de infor-

DE 1998 A 2007 FORAM FORMADOS  
CERCA DE 150 PROFISSIONAIS,  
OU SEJA, SÓ NO NÍVEL MÉDIO  
TEMOS 150 PROPOSTAS  
COM POSSIBILIDADES DE MUDANÇA

mação e comunicação, principalmente a Internet, de onde Marcondes<sup>4</sup> puxou a questão do acesso livre.

O grande desafio da informação é trazer essa perspectiva para o campo da saúde. Quais são as políticas, os processos, as técnicas que estão por trás ou que são específicos do campo da saúde? Como as tecnologias de informação e comunicação no campo da saúde modelam todo esse processo de produção e conhecimento? É aí que se deu o encontro da informação científica e tecnológica com a saúde: foram criados no Icict dois cursos ao longo desses últimos dez anos: "Especialização técnica e formação em saúde", para profissionais de nível médio, e a especialização *lato sensu* "Informação científica e tecnológica em Saúde".

O que eles têm em comum? São complementares em seu compromisso: o profissional, que se propõe a fazê-los, deverá explicitar um problema ou um desafio da prática cotidiana. É a nossa resposta: prática na teoria e teoria na prática.

Certamente, a nossa filosofia, ao longo desses cursos, é o diálogo. Costumamos dizer a nossos alunos, tanto no nível médio como no nível superior: não existe resposta fácil na área de estudos de informação e tecnologia em saúde, não tem resposta pronta. Não há uma receita de bolo, não sabemos fazer nada "a priori". Não é

TOMAMOS EMPRESTADO UM ENSINAMENTO  
[ DE MORIN, A PARTIR DE KLEIST: SE O SABER NÃO NOS FAZ ]  
MELHORES OU MAIS FELIZES,  
A EDUCAÇÃO PODE NOS AJUDAR  
A NOSTORNARMOS MELHORES, SENÃO MAIS FELIZES

simplesmente uma perspectiva disciplinar mas sim uma perspectiva metodológica que é capaz de dar conta de todos esses problemas. Daí a vasta diversidade de perfis profissionais. O curso direciona-se a todos os profissionais de saúde que, direta ou indiretamente, têm alguma vinculação com as práticas de informação e tecnologias associadas em saúde.

A parceria Fiocruz - reunindo o então Cict<sup>5</sup> com a Politécnica, a ENSP e a COC - no projeto de qualificação de profissionais de nível médio resultou em um curso que começou no Rio de Janeiro, foi para Porto Alegre em 2004 e, em 2008, para Salvador. De 1998 a 2007, foram formados cerca de 150 profissionais, ou seja: só no nível médio potencialmente temos 150 propostas com algumas possibilidades de mudança.

Um dos temas discutidos no curso de nível médio é a questão do SUS nos processos de comunicação e humanização. O curso sai do Rio de Janeiro com parcerias muito fortes com a assistência. Em Porto Alegre, com o Grupo Hospitalar Conceição<sup>6</sup>, que é, fundamentalmente, a assistência, o atendimento, a prática; na Bahia, com a Secretaria Estadual de Saúde<sup>7</sup>, que também é da prática. Desta forma, a humanização deve ser uma dimensão que informa o que deve ser a prática do SUS.

Aprendemos muito com o nível médio, com parceiros que já tinham uma prática de ensino. O segundo passo, a especialização *lato sensu*, foi de amadurecimento. O recorte, a discussão que se faz no curso de especialização é um pouco mais depurada. Não que seja mais importante, até porque o curso de nível médio requer mais cuidado, precisa de uma malha muito mais firme. O curso de especialização além de contar com grandes parceiros, que conseguimos ao longo dos últimos anos, tem um referencial epistemológico, um referencial teórico-instrumental e um contexto de práticas e possui quatro oficinas que, desde o começo, em 2004, já mudaram um pouco de *status*.

De 2004 a 2007 já foram formados cerca de 120 profissionais. Destes, pelo menos 10% estão cursando ou já cursaram mestrado e, hoje, estão aqui entre nós. Esse é exatamente o ensinamento que tomamos emprestado do sociólogo e filósofo francês Edgar Morin<sup>8</sup>, que o tomou emprestado e o desenvolveu a partir de Kleist<sup>9</sup>: se o saber não nos torna melhores nem mais felizes, a educação pode ajudar a nos tornarmos melhores, senão, mais felizes.

Novos desafios se colocam ao longo desses últimos anos. O que era um centro, hoje é um Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Pelo esforço enorme de alguns profissionais, em 2008 foi aprovado o nosso programa de pós-graduação *stricto-sensu* em Informação e Comunicação em Saúde, PPGICS<sup>10</sup>, que começa agora em 2009. E esse é o casamento esperado entre uma vertente de estudos de Comunicação e Saúde, coordenada por Inesita Soares de Araújo<sup>11</sup>, e a área de ICTS<sup>12</sup>. E o futuro? A resposta pode estar na citação de Paulo Freire: "a luta por um futuro conhecido *a priori* prescinde de esperança"<sup>13</sup>.

## NOTAS

1 Carlos Henrique Marcondes, pesquisador da Universidade Federal Fluminense, falou no evento sobre o tema “ O Acesso Livre na Informação Científica e Tecnológica”.

2 Em 1986, o então presidente da Fiocruz, Sergio Arouca, criou a Superintendência de Informação Científica, SIC, passando, anos depois, a Centro de Informação Científica e Tecnológica, CICT, e, hoje a Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Icict, cujo sítio é: <http://www.icict.fiocruz.br>

3 <http://www.epsjv.fiocruz.br> (acesso em 09/04/2009).

4 <http://www.ensp.fiocruz.br> (acesso em 09/04/2009).

5 <http://www.coc.fiocruz.br> (acesso em 09/04/2009).

6 Veja o sítio da Gerência de Ensino e Pesquisa da instituição para saber sobre os cursos: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/> (acesso em 09/04/2009).

7 <http://www.saude.ba.gov.br> (acesso em 09/04/2009).

8 Edgar Morin, pensador francês autor de extensa obra, aqui referido pelo seu livro “A Cabeça Bem Feita: Repensar a Reforma/Reformar Pensamento, editado no Brasil pela Cortez em 1999.

9 Frase tirada de “Lettre à une amie”, de Bernd Heinrich Wilhelm von Kleist (1777 – 1811), dramaturgo, contista e poeta trágico alemão, cuja obra inspira o Kleist Prize, prêmio de literatura de seu país.

10 Saiba mais sobre o Programa em <http://www.fiocruz.br/icict/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1174&sid=63> (acesso em 09/04/2009).

11 e 12 Saiba mais sobre a especialização do Icict em <http://www.cict.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=709&sid=64> (acesso em 09/04/2009).

13 Citação presente no segundo capítulo do livro “Pedagogia da Autonomia”, disponível em <http://www.scribd.com/doc/6993243/Paulo-Freire-Pedagogia-Da-Autonomia> (acesso em 08/04/2009).



# O ACESSO LIVRE NA INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA

*Carlos Henrique Marcondes*

*Professor do Departamento de Ciência da Informação da Universidade Federal Fluminense, UFF e do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação, PPGCI (convênio UFF/IBICT)*

O tema “Livres Acesso à Informação Científica e Tecnológica” pedia que eu lhe acrescentasse “articulação e política”, pois vejo-o como sendo eminentemente político. Realmente considero que é uma grande novidade estarmos vivendo a questão do livre acesso à informação científica e tecnológica no quadro das relações políticas internacionais, das relações Norte/Sul. Há cerca de 30 anos esse processo ou problemática não preocupava os profissionais de informação. Hoje preocupa: considero que estamos vivendo o meio de uma trajetória que não sabemos exatamente como vai terminar.

Nossa tese expõe essa questão como política, como dependente de articulação política dos atores envolvidos. É uma situação que favorece, de forma surpreendente, os países do Terceiro Mundo. O Brasil ainda não tirou maior proveito dessa situação porque falta, ainda, articulação política, pois essa não pode ser uma ação voluntarista. Pontuemos, desde a perspectiva tecnológica, algumas questões que embasariam ou fortaleceriam essa articulação política de modo que tenhamos no Brasil, em especial, e em outros países do Terceiro Mundo, um ambiente de acesso à informação livre que possa, no mínimo, rivalizar com o ambiente já institucionalizado que tem

prevalecido, em escala mundial, nos últimos 40, 50 anos e que tem formado e direcionado os fluxos de informação científica e tecnológica. O movimento pelo livre acesso vem tentando criar uma infraestrutura alternativa à que foi criada e vem sendo dominada pelos grandes editores comerciais.

Bernd Frohmann<sup>1</sup>, ao discutir as relações entre Informação e poder, chama de “regimes de informação” a “qualquer mais ou menos estável sistema ou rede no qual a informação flui através de determinados canais de produtores específicos, através de estruturas organizacionais, para específicos consumidores ou usuários”. Num regime de informação, os aspectos sócio-institucionais reais, os obstáculos e as barreiras, para as transferências de informação entre produtores e consumidores são enfatizados como essenciais para a sua compreensão e formulação de políticas de informação aí aplicáveis.

Os fluxos e transferências de Informação Científica e Tecnológica, ICT, são um dos regimes de informação mais estudados pela Ciência da Informação. São o tema e o problema fundadores desta pós-moderna ciência, que surge na década de 1960 e avança

A CRISE DA COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA,  
EM ESPECIAL PARA AS BIBLIOTECAS  
ACADÊMICAS, FOI CRÍTICA:  
CORTES DE ASSINATURAS VIRARAM ROTINA

no sentido de formular as leis bibliométricas que formalizavam fenômenos relativos ao fluxo de ICT. Os fluxos e transferências de ICT, enquanto objeto de estudo, forneceram subsídios para a formulação de políticas públicas de informação, ainda na década de 1960, para os países envolvidos na Guerra Fria e, pouco depois, para o desenvolvimentismo de vários organismos nacionais - inclusive aqui, no Brasil - e internacionais, como a Unesco<sup>2</sup>.

Já a questão do livre acesso, específica dentro do regime de informação da ICT, é bem mais recente e menos estudada, talvez devido ao seu caráter eminentemente político: envolve, pela primeira vez na história recente dos sistemas e fluxos internacionais de ICT, os países do Terceiro Mundo. Nosso contato, ou melhor, nossa militância em relação à questão do livre acesso começou em 2001, quando trabalhamos no projeto de Biblioteca Digital Brasileira de C&T<sup>3</sup> (BDB), projeto do IBICT. Posteriormente, em 2002, implementamos o protocolo Open Archives<sup>4</sup> no projeto do portal SciELO<sup>5</sup>, que hoje permite ampla disseminação da ciência brasileira ao disponibilizar artigos de periódicos científicos.

Naquele momento percebemos, para nossa surpresa, que se configurava uma oportunidade única para a ICT brasileira: a existência, via Internet, tanto de conteúdos de livre acesso de qualidade quanto de ferramentas de software desenvolvidas no bojo dessa iniciativa, como é o caso do protocolo OAI-PMH<sup>6</sup> e dos programas

para gestão de bibliotecas digitais, publicações e repositórios, como é o caso do DSpace<sup>7</sup> e do E-prints<sup>8</sup>, do OJS-SEER<sup>9</sup>. O projeto da BDB só foi possível naquela ocasião porque existiam estes fatores.

A comunicação científica, objeto privilegiado da Ciência da Informação, vem passando por profundas mudanças. Na década de 1980, estas mudanças começaram a ser reportadas na literatura de Biblioteconomia e Ciência da Informação sob a denominação de "crise do periódico acadêmico"<sup>10</sup> Aspectos dessa "crise" são o fracionamento e verticalização da ciência em áreas cada vez mais especializadas, com a correspondente especialização os periódicos acadêmicos, resultando em públicos cada vez mais restritos, tiragens menores e, conseqüentemente, custos cada vez mais altos. O processo é acompanhado, no mercado editor acadêmico, pela crescente concentração por meio de fusões e absorções entre grupos empresariais, resultando num mercado dominado por pouquíssimos grupos. A maior parte dos títulos de periódicos acadêmicos é editada por um mercado protagonizado por oligopolistas, que, assim, passaram a usufruir de ganhos.

As conseqüências deste processo para a comunicação científica - em especial para as bibliotecas acadêmicas e especializadas, que sempre intermediaram este processo -, foram críticas. A gestão desta "crise", sob a forma de cortes de assinatura, metodologias de avaliação e desbaste de coleções, passou a ser rotina para as bibliotecas. Mais crítico ainda foi este processo para as bibliotecas de países do Terceiro Mundo. Aos impactos da "crise do periódico acadêmico" vêm se somar aquelas devidas ao surgimento da Internet e das tecnologias necessárias para a publicação eletrônica, impactando de forma muito profunda a comunicação científica<sup>11</sup>.

A reação a esta situação partiu da própria comunidade acadêmica internacional, a partir de fins da década de 1990. As facili-

dades para a publicação decorrentes da Web fizeram com que a comunidade acadêmica internacional percebesse que tinha em suas mãos os meios para, de diversas formas, “bypassar” o monopólio dos grandes editores acadêmicos e criar, ela, mesma, formas de auto-publicação, auto-arquivamento e livre acesso aos resultados das pesquisas. É o movimento pelo livre acesso, tema desta apresentação. Suas conseqüências e as formas que assumiu são discutidas até hoje, bem como ainda não pode ser bem avaliada a sua significação, para o Terceiro Mundo enquanto possibilidade de divisão mais eqüitativa do conhecimento<sup>12</sup>

Levantemos algumas questões que não dizem respeito diretamente ao livre acesso, mas sim ao desenvolvimento de um conjunto de condições infra-estruturais de suporte a um ambiente tão completo quanto é, hoje, o ambiente das publicações eletrônicas de editores comerciais. Questões ligadas a políticas públicas<sup>13</sup>, articulação política interinstitucional, condições infraestruturais e uma agenda de pesquisa para endereçar uma série de questões ainda em aberto, em especial em nosso país. Finalmente, chamaremos a atenção para a necessidade de articulação por parte da comunidade pró-livre acesso.

Como vimos, o livre acesso foi uma iniciativa da comunidade científica em reação à situação do mercado de publicações acadêmicas. Um marco inicial talvez possa ser estabelecido com o surgimento do ArXiv<sup>14</sup>, no Laboratório Nacional de Los Alamos, em 1991. Seus objetivos eram autopublicação, autoarquivamento, livre acesso e preservação por longo prazo. A partir dessa iniciativa, o movimento pelo livre acesso ganha cunho cada vez mais político e politizado<sup>15</sup>: surgem iniciativas e manifestos - SPARC<sup>16</sup>, ELSSS<sup>17</sup>, FreeMedicalJournals<sup>18</sup>, e PLoS<sup>19</sup>. A experiência inicial do ArXiv proliferou durante toda a década de 1990.

O LIVRE ACESSO FOI UMA REAÇÃO  
DA COMUNIDADE ACADÊMICA À SITUAÇÃO DO  
MERCADO DE PUBLICAÇÕES ACADÊMICAS,  
CADA VEZ MAIS RESTRITO

O passo seguinte foi dado em 1999, com a Open Archives Initiative<sup>20</sup>, que tinha como objetivo tornar diferentes repositórios interoperáveis. Este protocolo, pouco complexo tecnologicamente, permite que metadados de documentos armazenados num repositório sejam disponibilizados e coletados periodicamente por um programa-robô e trabalhados para gerar novos serviços de valor agregado. Com o desenvolvimento do OAI-PMH, o ambiente de auto-publicação e livre acesso ganhava um segundo ator além dos repositórios, os provedores de serviço, cujo serviço de valor agregado mais comum fornecido é a busca unificada sobre uma base de metadados coletados de diferentes repositórios, segundo algum critério da gestão do provedor de serviços. Provedores de dados (arquivos eletrônicos) e provedores de serviços passaram a se constituir em novos atores de um ambiente de publicação eletrônica alternativo aos grandes editores comerciais e agregadores de serviços como produtores de bases de dados, fornecedores de acesso através de assinaturas e serviços de avaliação como os fornecidos pelo Institute for Scientific Information (ISI)<sup>21</sup>.

Pouco a pouco, a comunidade acadêmica internacional passa a desenvolver uma série de serviços alternativos de valor agregado, para que se tenha um ambiente de auto-publicação e livre acesso completo e confiável. No entanto, para que eles se consolidem, existe a necessidade de maior articulação para garantir níveis crescentes de interoperabilidade e de livre acesso. Pontuemos estas

questões, subdividindo-as em questões técnico/tecnológicas e questões políticas e de articulação.

Durante décadas os grandes editores comerciais criaram a infraestrutura tecnológica que hoje provê um leque ainda insubstituível de serviços de valor agregado para a ICT em nível mundial. O mecanismo de avaliação de qualidade amplamente aceito pela comunidade científica mundial, inclusive pelas instituições públicas em todo o mundo, de formulação e fomento da atividade científica, ainda é o chamado Fator de Impacto. Criado na década de 1970 por Eugene Garfield, um dos pioneiros da Ciência da Informação, e hoje de propriedade da Thomson Reuters, é calculado a partir das bases de dados mundiais de publicações científicas do ISI e resultado de políticas de seleção de publicações científicas claramente centradas no Primeiro Mundo<sup>22</sup>.

Um ponto chave para garantir o acesso a longo prazo de publicações acadêmicas, mas para o qual ainda é dada muito pouca importância, é a questão do endereçamento permanente. Todos sabem como é frustrante tentar seguir o link de uma referência num artigo publicado eletronicamente e ver na tela do browser o famoso Erro 404 – arquivo não encontrado. Estudos como os de Koehler<sup>23</sup> demonstraram a volatilidade da URL<sup>24</sup> como ponto de acesso para um documento eletrônico. Seria o mesmo que identificar uma pessoa pelo seu endereço: se ele muda, não se encontra mais a pessoa.

Vários esquemas foram propostos para criar um identificador permanente para documentos digitais. Entre os mais conhecidos estão Digital Object Identifier<sup>25</sup>. O DOI foi uma iniciativa dos grandes editores científicos que criaram o consórcio CrossRef<sup>26</sup> para garantir interoperabilidade entre suas bases de dados de publicações científicas. O DOI transporta, além do identificador permanen-

OPOSITORES APONTAM  
A FALTA DE MECANISMOS  
DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE.  
A COMUNIDADE PRÓ-LIVRE ACESSO  
COMEÇA A DESENVOLVÊ-LOS

te, metadados de comércio eletrônico, necessários à compra e venda e ao às cópias. É um recurso poderoso, mas a comunidade de livre acesso vem, nos anos recentes, desenvolvendo esquemas de identificadores persistentes como o PURL<sup>27</sup>, protocolo para o qual já existe implementação em software livre, como o OpenURL 1.0<sup>28</sup>, e o HandleSystem<sup>29</sup>.

A comunidade de livre acesso, seguindo suas tradições, precisa eleger ou adaptar uma alternativa confiável e, se possível, gratuita. Tal solução provavelmente envolveria a instalação e manutenção de servidores para resolver os identificadores permanentes em URLs. Uma solução de consenso traria enormes vantagens – sendo a ampliação da interoperabilidade entre repositórios a principal delas. A adoção de uma alternativa para um identificador permanente com estas características naturalmente demanda alto grau de articulação por parte da comunidade de livre acesso, como a que recentemente surgiu entre o IBICT e o programa de Governo Eletrônico para desenvolver uma infraestrutura de identificadores persistentes para a ICT brasileira.

O grande beneficiário da existência do protocolo OAI-PMH é hoje o serviço Google Acadêmico, transformado na grande biblioteca científica mundial. O nível de interoperabilidade proporcionado pelo protocolo OAI-PMH é bastante superficial, somente em



COMEÇAM A SER EXPERIMENTADAS  
POLÍTICAS DE COBRANÇA  
E DE NOVAS FORMAS DE CESSÃO  
DE DIREITO DE USO, COMO A LICENÇA  
SCIENTIFIC COMMONS

nível de descrição bibliográfica pelo uso do conjunto de metadados OAI\_Dublin Core<sup>30</sup>.

Um nível mais sofisticado de interoperabilidade seria o semântico, através do uso de linguagens de descrição e de esquemas de classificação padronizados<sup>31</sup>. Uma ampliação dos níveis de interoperabilidade semântica permitiria maior facilidade de “harvesting” por conteúdo<sup>32</sup>. Mecanismo semelhante já é utilizado no protocolo SRW<sup>33</sup>, na linguagem de consulta CQL<sup>34</sup>. A ampliação da interoperabilidade semântica também pressupõe articulação e acordos para adotar linguagens de descrição temática comuns.

Opositores do livre acesso apontam a falta de mecanismos consistentes de avaliação. A comunidade pró-livre acesso começa a desenvolver também mecanismos e ferramentas complementares para lidar com esta questão, como o Open Citation<sup>35</sup>, que desenvolveu o CiteBase<sup>36</sup>, um provedor de serviços, na nomenclatura Open Archives, que coleta metadados de diversos repositórios e fornece análises de citação dos trabalhos. A biblioteca digital Citeseer<sup>37</sup> permite a consulta a citações em trabalhos, gerando estatísticas pela recuperação do texto das citações nesses trabalhos.

Já reportamos resultados de um projeto de pesquisa<sup>38</sup> com o objetivo de desenvolver uma metodologia para avaliação de periódicos acadêmicos eletrônicos brasileiros baseada nos links para

o site do periódico. Os resultados mostram que outras formas de avaliação no ambiente Web são viáveis, como os selos de qualidade conferidos pela própria comunidade acadêmica a publicações e recursos eletrônicos.

Para garantia da existência de publicações de livre acesso, um componente significativo são as tecnologias e metodologias para disponibilização dessas publicações. Iniciativas relevantes como o Directory of Open Access Journals (DOAJ)<sup>39</sup> e o Scielo disponibilizam para editores acadêmicos meios para publicarem e disponibilizarem suas publicações na Web, cumprindo as funções que correspondem a agregadores nos serviços pagos.

Um componente importante da infraestrutura tecnológica para o livre acesso é dispor de software de fonte aberta para viabilizar publicações eletrônicas, como o Public Knowledge Project (PKP)<sup>40</sup> - da Universidade de British Columbia, Canadá, que desenvolveu os sistemas Open Journal System e Open Conference System, ambos bastante usados em nosso país -, o SEER e o SOAC, customizados pelo IBICT. Para a criação e manutenção de repositórios de documentos eletrônicos compatíveis com o protocolo OAI, já mencionamos o sistema Eprints, da Universidade de Southampton, Reino Unido, e o DSpace, desenvolvido pelo Instituto de Tecnologia de Massachusetts (MIT), nos Estados Unidos. Trabalhando associado com repositórios como o DSpace, está disponível também o software de fonte livre SRW/U, desenvolvido pela OCLC<sup>41</sup>, compatível com o protocolo SRW Web Service para bancos de dados. Além das mencionadas, a comunidade pró-livre acesso disponibiliza dezenas de outras ferramentas gratuitas e de fonte aberta<sup>42</sup>.

Outras questões que demandam urgente cuidado. Uma delas diz respeito a problemas decorrentes do depósito de documen-

tos em repositórios de livre acesso, que começam a ser melhor conhecidos a partir do projeto ROMEO<sup>43</sup>. As regras de copyright baseado no conceito corrente não são válidas no ambiente digital, onde o controle de cópias é frágil. Trata-se de disseminar informação sem violar o copyright – gestão de direitos (log de uso; identificação e autenticação de usuários; estabelecer o status de cada item; política de cobrança associado ao proprietário). Também vêm sendo criadas novas formas de cessão de direito de uso de publicações científicas, como a licença Creative Commons e, mais especificamente, a Science Commons<sup>44</sup>.

Outra questão é a preservação a longo prazo, com garantia de acesso a documentos digitais. Já existe a proposta do modelo OAIS<sup>45</sup>, que reconhece a natureza altamente distribuída da informação digital e propõe diferentes tipos de informação (ou metadados) necessários à gestão da preservação no contexto de uma instituição que mantenha documentos digitais. O RLG<sup>46</sup> desenvolve um projeto de certificação de repositórios ligado à avaliação da capacidade destes de garantir preservação digital. A comunidade pró-livre acesso deve discutir a questão e caminhar para a formulação e adoção de suas próprias políticas sobre esta questão. Finalmente, torna-se necessário e urgente um controle centralizado de autoridades, o que aumentaria bastante o grau de interoperabilidade dos repositórios eletrônicos de livre acesso.

Como se pode constatar, existe uma grande variedade de iniciativas e ferramentas tecnológicas em apoio ao livre acesso. No entanto, a grande dificuldade para que o movimento pró-livre acesso passe a dispor de infraestrutura consistente e confiável, em todo o mundo, ainda é a dispersão e a falta de articulação dessa comunidade, que não se conhece e não se reconhece como tal, salvo por iniciativas isoladas. É a articulação política desta comunidade que poderá

O COMPROMISSO PELO ACESSO LIVRE  
DEMANDA CONSENSOS PARA ADOÇÃO  
DE PADRÕES E PROTOCOLOS.  
O CAMINHO JÁ SE INICIOU NO BRASIL  
E EM NÍVEL MUNDIAL

viabilizar a interoperabilidade política<sup>47</sup> fundamental para as demandas infraestruturais do livre acesso.

Uma ação política mais articulada pressupõe a necessidade de identificar os atores que participam da comunidade de livre acesso hoje, suas formas de ação e de colaboração com essa comunidade. Uma simples consulta às instituições que usam o protocolo OAI mostra uma diversidade muito grande. Para um conhecimento mais detalhado deste universo são fundamentais iniciativas como o registro de provedores de dados e de provedores de serviço, de forma talvez mais detalhada do que a que vem sendo feita até hoje, informando o escopo dos serviços, linguagens de descrição temática utilizadas etc.

Propor e firmar compromissos cada vez mais sólidos em prol do livre acesso, envolvendo sociedades científicas, universidades, institutos de pesquisa, agências de fomento, organismos internacionais, pode garantir os fóruns, acordos e consensos necessários à adoção de padrões e protocolos que complementam o ambiente tecnológico pró-livre acesso. O caminho neste sentido já se iniciou em nível mundial e também no Brasil. Ele pode e deve se consolidar, ampliando-se para instituições e representativas da comunidade científica como a brasileira SBPC - sempre frisando a questão de uma nova cultura na comunidade científica e nos editores: o livre acesso

ao conhecimento e aos resultados da pesquisa científica é um direito e um dever; pesquisas com recursos públicos devem ter uma cópia depositada num repositório de livre acesso.

A seguir apresentamos uma linha do tempo dos principais marcos políticos da trajetória do movimento pró livre acesso no mundo e no Brasil.

1991 - SURGE O ARXIV, PRIMEIRO REPOSITÓRIO DE LIVRE ACESSO.

1999 - SANTA FE CONVENTION / OPEN ARCHIVES INITIATIVE.

2001 - BUDAPEST DECLARATION, [HTTP://WWW.SOROS.ORG/OPENACCESS](http://www.soros.org/openaccess)

2003 - BERLIN DECLARATION, [HTTP://WWW.ZIM.MPG.DE/OPENACCESS-BERLIN/BERLINDECLARATION.HTML](http://www.zim.mpg.de/openaccess-berlin/berlindeclaration.html)

2004 - RESOLUÇÃO DA CÂMARA DOS COMUNS, REINO UNIDO [HTTP://WWW.PUBLICATIONS.PARLIAMENT.UK/PA/CM200304/CMSELECT/CMSCTECH/399/39903.HTM](http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmselect/cmsctech/399/39903.htm)

2005 - MANIFESTO PELO LIVRE ACESSO, IBICT, BRASIL, [HTTP://WWW.IBICT.BR/OPENACCESS/ARQUIVOS/MANIFESTO.HTM](http://www.ibict.br/openaccess/arquivos/manifesto.htm)

2005 - DECLARAÇÃO DE SALVADOR 90 ICML - CONGRESSO MUNDIAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E BIBLIOTECAS.

2006 E 2007 - DISCUSSÕES SOBRE LIVRE ACESSO NAS REUNIÕES DA SBPC E PROJETO DE LEI 1120/2007, DO DEPUTADO RODRIGO ROLLEMBERG, QUE TORNA OBRIGATÓRIO O REGISTRO E DISSEMINAÇÃO EM LIVRE ACESSO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE UNIVERSIDADES E CENTROS DE PESQUISA BRASILEIROS.

2008 - UNIVERSIDADE DE HARVARD (EUA) ADOTA LIVRE ACESSO PARA SUA PRODUÇÃO ACADÊMICA.

## NOTAS

<sup>1</sup> Bernd Frohman: <http://www.fims.uwo.ca/people/faculty/frohmann> (acesso em 08/04/2009). Aqui, a citação foi traduzida pelo palestrante.

<sup>2</sup> UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. <http://www.brasilia.unesco.org>

<sup>3</sup> MARCONDES, Carlos Henrique e SAYAO, Luís Fernando. Integração e interoperabilidade no acesso a recursos informacionais eletrônicos em C&T: a proposta da Biblioteca Digital Brasileira. *Ci. Inf.*, set./dez. 2001, vol.30, no.3, p.24-33. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-19652001000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652001000300004&lng=pt&nrm=iso)

<sup>4</sup> "A 'Open Archives Initiative (OAI)' se criou com a missão de desenvolver e promover normas de interoperabilidade para facilitar a difusão eficiente de conteúdos na Internet. Surgiu como um esforço de melhorar o acesso a repositórios de publicações eletrônicas/eprints, mas logo ficou evidente que existia a demanda por um protocolo comum que favorecesse o intercâmbio de múltiplos formatos bibliográficos entre máquinas (ambientes computacionais ou sistemas) distintas. Por este motivo, existem hoje também várias bibliotecas digitais desenvolvidas dentro da filosofia OAI. O trecho foi retirado de "Comunicação científica e o protocolo OAI: uma proposta na área das Ciências da Comunicação, artigo de Sueli Mara S. P. Ferreira, Fernando Modesto e Simone da Rocha Weitzel disponível em [http://revcom.portcom.intercom.org.br/index.php/cs\\_um/article/viewFile/4699/4413](http://revcom.portcom.intercom.org.br/index.php/cs_um/article/viewFile/4699/4413). O histórico e informação técnica sobre a OAI podem ser consultados em <http://www.openarchives.org> (acesso em 26/05/2009)

<sup>5</sup> Veja: MARCONDES, Carlos Henrique, SAYÃO, Luis Fernando. The SCIELO Brazilian scientific journal gateway and Open Archives: the development of SciELO / OpenArchives Data Provider server. *D Lib Magazine*, March, 2003. Disponível em <http://www.dlib.org/dlib/march03/marcondes/03marcondes.html>. (Acesso em 27 mar. 2003).

<sup>6</sup> Segundo protocolo OAI-PMH é um mecanismo para transferência de dados entre repositórios digitais. É uma interface que um servidor de rede pode empregar para que os metadados de objetos residentes no servidor estejam disponíveis para aplicações externas que desejem coletar esses dados. Essa interface tem duas propriedades: interoperabilidade e extensibilidade. Veja mais detalhes em <http://clubes-oai.incubadora.fapesp.br/portal/prot-oai> (Acesso em 27 mar. 2003)

<sup>7</sup> Desenvolvidos “para possibilitar a criação de repositórios digitais com funções de captura, distribuição e preservação da produção intelectual, permitindo sua adoção por outras instituições em forma consorciada federada”, repositórios DSpace permitem o gerenciamento da produção científica em material digital, garantindo visibilidade e acesso ao longo do tempo. Veja mais em <http://dspace.ibict.br> (acesso em 25/05/2008)

<sup>8</sup> Veja Open Access and Institutional Repositories with EPrints, em <http://www.eprints.org/>

<sup>9</sup> SEER, para Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas é a tradução e customização, pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) do software Open Journal Systems, desenvolvido pelo Public Knowledge Project, da Universidade British Columbia. O SEER é um software desenvolvido para a construção e gestão de uma publicação periódica eletrônica. Veja <http://seer.ibict.br/> (acesso em 24/05/2009)

<sup>10</sup> Veja MULLER, Suzana Pinheiro Machado. O periódico científico e as bibliotecas universitárias: velhos problemas, novas soluções. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE BIBLIOTECAS UNIVERSITÁRIAS, 8, Campinas-SP, 8, Anais... Campinas : UNICAMP, 1994.

<sup>11</sup> Veja SONDERGAARD, Trine Fjordback, ANDERSEN, Jack, HJORLAND Birger. Documents and the communication of scientific and scholarly information Revising and updating the UNISIST Model. Journal of Documentation Vol. 59 No. 3, 2003 pp. 278-320. Disponível em <http://www.db.dk/nyt/ugeavisen/03/46/UNISIST.pdf>. Acesso em 10 abr. 2006.

<sup>12</sup> Veja CHAN, Leslie, KIRSOP, Barbara. Open archiving opportunities for developing countries: towards equitable distribution of global knowledge. Ariadne, v.30, Dec. 2001. Disponível em: <http://www.ariadne.ac.uk/upcoming—issue31/oai-chan/intro.html>. Acesso em: 20 mar. 2002.

<sup>13</sup> Em trabalho anterior, o autor pontua algumas das questões relativas a políticas públicas no caso do Brasil. Veja nota 3.

<sup>14</sup> Veja o artigo descrito na nota 4 sobre o surgimento e desenvolvimento do ArXiv. Para informação geral sobre este assunto, consulte <http://arxiv.org/>

<sup>15</sup> GINSPIRG, P. Winners and losers in the global research village. In: CONFERENCE ON ELECTRONIC PUBLISHING IN SCIENCE, 1996, Paris. Proceedings ... Disponível em: <http://xxx.lanl.gov/blurb/pg96unesco.html>. Acesso em: 05 out. 2001.

- <sup>16</sup> The Scholarly Publishing and Academic Resources Coalition <http://www.arl.org/sparc/> (acesso em 24/05/2009)
- <sup>17</sup> Electronic Society for Social Scientists <http://www.elsss.org.uk/> (acesso em 24/05/2009)
- <sup>18</sup> <http://www.freemedicaljournals.com>(acesso em 24/05/2009)
- <sup>19</sup> Public Library of Science <http://www.plos.org/> (acesso em 24/05/2009)
- <sup>20</sup> Consulte VAN DE SOMPEL, Herbert, LAGOZE, Carl. The Santa Fe Convention of the Open Archives Initiative. *Dlib Magazine*, v. 6, n. 2, Feb. 2000. Disponível em: <http://www.dlib.org/dlib/february00/vandesompel-oai/vandesompel-oai.html>
- <sup>21</sup> O ISI, considerado a primeira indústria da informação interdisciplinar, foi criado em 1958, na Philadelphia, EUA.. Oferece o mais alto nível de acesso à informação, com produtos e serviços dirigidos a atender as necessidades informacionais de pesquisadores dos diferentes campos do conhecimento. Provem (sic) os usuários com dados bibliográficos completos das referências utilizadas nos artigos, permitindo buscas corrente e retrospectivas, com links a resumos e texto integral", é trecho retirado de <http://www.eca.usp.br/departam/cbd/lina/recurso2/isi.htm>, da disciplina Recursos Informacionais II, da Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo. Para acesso ao sítio da entidade, propriedade da Thomson Reuters: <http://www.isiwebofknowledge.com>
- <sup>22</sup> Consulte GIBBS, W. Wayt. *Lost science in the Third World*. Scientific American, 1995.
- <sup>23</sup> "Numa medida ao longo do tempo, tendo como objeto de estudo uma amostra aleatoriamente selecionada de URLs, foi demonstrado que somente cerca de 34% dos URLs permaneciam ativos depois de um período de quatro anos", foi traduzido pelo autor diretamente de KOEHLER, Wallace. *Web page change and persistence – a four year longitudinal study*. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, v.53, n.2, p.162-171, 2002. Disponível em <http://www.periodicos.capes.gov.br>. Acesso em 30 mar. 2006.
- <sup>24</sup> Uniform Resource Locator, ou Localizador de Recursos Universal, é o endereço de um recurso (arquivo, impressora etc.), disponível em uma rede (Internet ou intranet)
- <sup>25</sup> DOI, em conformidade com a norma Z39.84-2000 da American National Standards Institute - ANSI e da National Information Standards



Organization – NISO. Consulte o manual em [http://www.doi.org/handbook\\_2000/appendix\\_1.html](http://www.doi.org/handbook_2000/appendix_1.html) (acesso em 24/05/2009)

<sup>26</sup> Veja as entidades ligadas ao consórcio em <http://www.crossref.org/01company/07libraries.html> (acesso em 24/05/2009)

<sup>27</sup> Persistent URL é , funcionalmente uma URL. A diferença é que não aponta diretamente para o recurso, mas para um instância intermediária que localiza a URL atual em que o recurso estiver, redirecionando o usuário, se necessário.

<sup>28</sup> <http://www.oclc.org/research/software/openurl/default.htm> (acesso em 24/05/2009)

<sup>29</sup> <http://www.handle.net> (acesso em 24/05/2009)

<sup>30</sup> Padrão para troca de metadados entre repositories OAI desenvolvido pela Dublin Core Metadata Initiative. Veja a nota 6 e consulte também: <http://dublincore.org> (acesso em 24/05/2009)

<sup>31</sup> Consulte MILLER, Paul. Interoperability. What is it and why should I want it? *Ariadne*, v. 24, Jun. 2000. Disponível em: <http://www.ariadne.ac.uk/issue24/interoperability/intro.html>. Acesso em: 20 mar. 2002.

<sup>32</sup> Marcondes dá como exemplo: dc.Creator="CHAN, Leslie" AND dc.Subject ="Electronic publishing"

<sup>33</sup> Search and Retrieve on Web <http://www.loc.gov/z3950/agency/zing/srw/>

<sup>34</sup> CQL – Common Query Language

<sup>35</sup> Open Citation <http://opcit.eprints.org>

<sup>36</sup> <http://citebase.eprints.org>

<sup>37</sup> <http://citeseer.ist.psu.edu>

<sup>38</sup> MARCONDES, C. H.; MENDONÇA, M. R. de A; NOGUEIRA, A. C. de A; CARVALHO, C. M.. EVALUATION OF EMERGING EJOURNALS IN SCIENCE AND TECHNOLOGY: a proposed methodology based on analysis of links to ejournal's site. In: ENGELN, J.; COSTA, S.; MOREIRA, A. C. S.(org.). ICCS 8th INTERNATIONAL CONFERENCE ON ELECTRONIC PUBLISHING, 2004, Brasília. Proceedings. Brasília : CID/UNB, 2004. P.171-180. Disponível em <http://elpub.scix.net>.

<sup>39</sup> <http://www.doaj.org>

- <sup>40</sup> <http://www.pkp.ubc.ca> da Universidade de British Columbia, Canadá.
- <sup>41</sup> [http://www.oclc.org\\_research/software/srw/default.htm](http://www.oclc.org_research/software/srw/default.htm)
- <sup>42</sup> <http://www.openarchives.org/tools>
- <sup>43</sup> Ver GADD, Elizabeth, OPPENHEIM, Charles, PROBETS, Steve. The intellectual property rights issues facing self-archiving. *D-Lib Magazine*, v.9, n.9, Sept. 2003. Disponível em <http://dlib.org/dlib/September/03/gadd/09/gadd.html>. Acesso em 30 mar. 2006
- <sup>44</sup> <http://www.scientificcommons.org/>
- <sup>45</sup> Veja o artigo de livre acesso A preservação digital e o modelo de referência Open Archival Information System (OAIS) de Kátia Thomaz e Antônio José Soares para a revista *Data Gram Zero*, em [http://dici.ibict.br/archive/00000342/01/A\\_preservacao\\_digital\\_e\\_o\\_modelo\\_de\\_referencia\\_Open\\_Achival\\_System.pdf](http://dici.ibict.br/archive/00000342/01/A_preservacao_digital_e_o_modelo_de_referencia_Open_Achival_System.pdf) (acesso em 24/05/2009) ou o artigo de acesso restrito recomendado por Marcondes <http://nssdc.gsfc.nasa.gov/nost/wwwclassic/documents/pdf/CCSDS-650.0-B-1.pdf>
- <sup>46</sup> Research Library Group [http://www.rlg.org/en/page.php?Page\\_ID=580](http://www.rlg.org/en/page.php?Page_ID=580)
- <sup>47</sup> Conceito de Paul Miller. Ver nota 31.

# GESTÃO DA INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO NO SISTEMA DE PESQUISA EM SAÚDE

*Alfredo Schechtman*

*Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos,  
Ministério da Saúde*

Vamos tentar marcar a ideia de uma mudança importante na concepção da política de investigação de ciência e tecnologia em saúde no país, nos últimos anos, com um rápido panorama do que é o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde<sup>1</sup>. Tradicionalmente, no Brasil, tínhamos a investigação em ciência e em saúde sendo feita com aquele padrão de financiamento das agências de financiamento ligadas a Ciência e Tecnologia, C&T. Evidentemente, na Fiocruz, temos órgãos ligados à pesquisa setorial com tradição centenária. No contexto federal, de governo, o modelo de investigação não facilitava um contato tão estreito entre agências de fomento e política setorial.

A criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, a que pertence o Decit, busca redirecionar essa dicotomia. Então essa é a questão do vertical e do horizontal, isto é, do que eu estava descrevendo como sendo um modelo tradicional não apenas no Brasil. No modelo horizontal, há um “momento científico” ligado a etapas iniciais da cadeia do conhecimento e espalhado pelas demandas que vão surgindo, enquanto o modelo vertical tem uma orientação setorial e busca também informação tecnológica e inovação por essa proximidade com a política setorial.

Lembrando os grandes exemplos brasileiros de política vertical, a gente tem a Petrobras e a Embrapa que, digamos, fazem desde a pesquisa básica. Na Petrobras, há toda uma cadeia de comando unificada para os diversos momentos da investigação; na Embrapa também há uma evidente articulação com o setor produtivo agrícola.

Em 2004, temos um marco para a atual configuração da nossa Secretaria e para a criação do Decit, que é a realização da II Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde<sup>2</sup>. Decorre dela o desenho estruturado da política nacional. Apresentamos as várias diretrizes principais da política e, como desdobramento, da política definida pela conferência. É a construção de uma agenda nacional de prioridades e pesquisas em saúde, com 24 subagendas de prioridade de pesquisa.

Com base nestas subagendas são construídos os editais em uma parceria Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), principalmente; mas também, em algum momento, com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e com as áreas técnicas da comunidade científica e do controle social na construção do que seriam as prioridades.

TODOS OS ESTADOS DO PAÍS  
TÊM PROJETOS E EDITAIS. OS VOLUMES  
NÃO ESTÃO IGUALMENTE DISTRIBUÍDOS,  
MAS TEM O MÍNIMO  
GARANTIDO PARA TODOS

Menciono o termo de cooperação com o Ministério da Ciência e Tecnologia, que toca um pouco na própria questão que o Pellegrini<sup>3</sup> trouxe: a atuação intersetorial, de comunicação, e como isso é necessário para potencializar uma ação de governo. O volume de projeto nem sempre é ano a ano, porque tem ano que você está na continuidade de um ou mais editais, mas tem-se um pouco a ideia do crescimento expressivo. Há um incremento maior, um volume de recursos com crescimento constante: temos em torno de 40 milhões já investidos entre recursos do próprio Ministério e dos parceiros.

Tivemos em torno de 2.400 projetos até o final de 2007, e sua distribuição vai desde a pesquisa biomédica, a pesquisa básica, até os avanços tecnológicos. Não temos apenas um campo sendo abordado. A reação inicial, inclusive da comunidade científica, era achar que só se financiava, digamos, a aplicação ao SUS; quando o Ministério passa a ter locução mais ativa, seria trabalhada toda a cadeia de conhecimento; era possível cumprir toda ela até com um olhar, dado pela política nacional de saúde, para a política de investigação em saúde. A pesquisa básica tem um volume menor que a aplicada, mas está igualmente coberta.

Há distribuição nas várias subagendas, desde o complexo produtivo de saúde, a pesquisa clínica, a saúde mental. Outro aspecto extremamente inovador é o Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS):

NOSSAS GRANDES QUESTÕES SÃO  
COMO UTILIZAR A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA  
E COMO PRODUZIR E DISSEMINAR  
CONHECIMENTO CIENTÍFICO  
ÚTIL À GESTÃO DO SUS?

uma parceria do Ministério da Saúde/Decit, da Secretaria de Ciência e Tecnologia, das secretarias estaduais de saúde e das fundações de apoio à pesquisa dos estados, que coloca em cada unidade da federação a discussão das prioridades de pesquisa e saúde locais com definição da comunidade científica local e com apoio da área de saúde daquele estado<sup>4</sup>. Estamos buscando a descentralização da tradição de investigação, ainda concentrada na região sudeste e sul.

Todos os estados do país têm projetos e editais. Os volumes não estão igualmente distribuídos, mas tem o mínimo garantido para todos. Temos um estudo randomizado, em terapia celular em cardiopatia que é coordenado pelo Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras<sup>5</sup>, mas com a participação de vários centros no país. Tem a rede nacional de terapia celular, que é um projeto importante, principalmente agora, depois da aprovação da lei que libera a pesquisa com células-tronco. Há, também, uma avaliação feita com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), sobre saúde da criança e da mulher, com resultados muito positivos conforme a divulgação feita pelo Ministério. Outro estudo, que está se iniciando na Fiocruz, no Rio de Janeiro, vai acompanhar ao longo de vários anos as condições de saúde de um conjunto definido da população<sup>6</sup>.

Essas investigações geram um conjunto de informações. Aí está a grande questão da nossa área de gestão do conhecimento

do Decit/Secretaria de Ciência e Tecnologia, que é como fazer a passagem desta massa de resultados para as comunidades acadêmica e extra-acadêmica, ou seja, usuários, profissionais e gestores do SUS.

O que temos hoje são revisões sistemáticas e estudos de avaliação de tecnologia em saúde com participações em redes internacionais e sites de busca de evidências. Há um trabalho que aproxima o pessoal da Cochrane e da Bireme e a produção científica do próprio processo de fomento, conduzido pela Secretaria. Temos buscado publicar informação e evidências de interesse<sup>7</sup>. Nosso olhar difere daquele de uma biblioteca acadêmica ou de um centro acadêmico universitário, pois atendemos a pesquisadores, mas temos também o foco nos gerentes e profissionais de saúde, nos gestores do SUS e no controle social do SUS.

Participamos da comissão vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, que discute especificamente ciência e tecnologia em saúde e da câmara técnica da comissão intersetorial, que reúne a representação dos gestores das esferas municipal, estadual e federal. A equipe que constitui a coordenação/gestão do conhecimento tem pouco mais de um ano e estamos em um processo de discussão da nossa missão, que é dar andamento a essa massa de informação. Nossas grandes questões são: como utilizar evidência científica nos processos de tomada de decisões? Como produzir e como disseminar conhecimento científico útil à gestão do SUS? Tentamos identificar os desafios relacionados aos gestores, por um lado, e à comunidade científica, por outro.

O gestor tem que negociar e buscar consensos. Ele tem uma agenda com demandas urgentes, vive a rotatividade de ocupação dos cargos. O esquema prioritário muda: hoje, pode ser a dengue; amanhã, pode ser outra coisa. O que ele valoriza é a experiência e a

COMO APROXIMAR OS MUNDOS  
DA PESQUISA E DA GESTÃO?  
NOSSA ESTRATÉGIA ENVOLVE  
O GESTOR DO SUS NO PROCESSO  
DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

informação direta, não trabalha com estudos e pesquisas. O ambiente de trabalho não é receptivo, vive-se resolvendo o dia a dia da gestão, a falta e a dificuldade de acesso à literatura, e os recursos limitados para implementação de decisões.

De outro lado, estão os pesquisadores, cujo objetivo é publicar patentes, é a docência, é atuar de um modo racional na produção de conhecimento. A temporalidade é outra para traduzir o que ele pesquisou em evidências imediatas e a aplicação na gestão é de ordem mais delicada, mais complicada.

Como aproximar os mundos da pesquisa e da gestão? Nossa estratégia envolve a participação do próprio gestor do SUS, no processo de produção de conhecimento. Pellegrini apontava que o momento da produção do conhecimento anda separado do momento seguinte, de difusão, e como a ciência da computação, via Internet, facilita que eles se aproximem a ponto de ser um único momento.

Desde a definição da pesquisa à avaliação e divulgação dos resultados, o que se quer é a articulação permanente com o Ministério e a representação de gestores, o envolvimento das áreas técnicas desde o processo de definição. É o encontro de gestores e pesquisadores para debater a própria estratégia de aproximação entre conhecimento e gestão. É dar incentivo que valorize a relevância em



pesquisas para o SUS, como é o caso do Prêmio de Ciência e Tecnologia, que já está em sua sétima edição.

Hoje, no portal do Ministério, você tem acesso ao conjunto das pesquisas já financiadas pelo Decit.<sup>8</sup> Esse também é um dos mecanismos de divulgação. Pode-se fazer busca entrando pelo fomento nacional ou pelo fomento por estados, para identificar o conjunto de pesquisas daquele estado.

Ainda temos uma dificuldade, que é o resultado final a partir dos relatórios de prestação de contas ao CNPq. Temos essa parceria, mas muitos projetos ainda nos escapam porque conseguimos a informação de como foram apoiados, mas não os seus resultados. Reunimos esse material em boletins de resultado de pesquisa, disponíveis na Internet<sup>9</sup>.

## NOTAS

1 Veja esta apresentação em <http://www.cict.fiocruz.br/media/alfredosus.pdf> (acesso em 08/04/2009).

2 Ver [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ANAIS\\_2\\_CNCTIS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ANAIS_2_CNCTIS.pdf).

3 Veja a apresentação de Alberto Pellegrini em <http://www.cict.fiocruz.br/media/alfredosus.pdf> (acesso em 08/04/2009).

4 Conheça as diretrizes do Programa em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DIRETRIZES\\_FINAL\\_010806\\_2\\_EDICAO.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DIRETRIZES_FINAL_010806_2_EDICAO.pdf) (acesso em 08/04/2009).

5 O Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras foi, em 2000, vinculado diretamente ao Ministério da Saúde, pela portaria ministerial 473, publicada no Diário Oficial nº 92-E, de 15 de maio de 2000. Sua principal atividade é Cardiologia de Alta Complexidade.

6 O 'Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (Elsa)', estudo multicêntrico que envolverá cerca de 40 pesquisadores de várias instituições brasileiras e aproximadamente 15 mil voluntários, tem como objetivo investigar de que forma as doenças cardiovasculares e o diabetes estão associados a fatores socioeconômicos, de comportamento e características biológicas no Brasil. O estudo, que tem apoio da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (Decit/MS), é pioneiro e envolverá a realização de exames sofisticados.

7 O Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (Rebrac) é uma plataforma onde pesquisadores brasileiros poderão registrar ensaios clínicos (hoje isto é feito em outras plataformas e registros na América Latina e em outras regiões pela Organização Mundial de Saúde) e terá sua base física na Fiocruz. Vem sendo desenvolvida em conjunto pelo Decit, a Fiocruz, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, com a Área de Pesquisas da OPAS e a Bireme/OPAS/OMS na BVS (Portal de Evidências e Portal Cochrane BVS). Os ensaios clínicos na Rebrac serão interoperáveis com os conteúdos da BVS, isto é, artigos científicos relacionados serão recuperados pelo mesmo sistema de busca. Mais sobre a Cochrane: <http://cochrane.bvsalud.org> e <http://www.cochrane.org>. Mais sobre a Bireme: <http://www.bireme.br/php/index.php>. Mais sobre o Rebrac: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/IT-Decit.pdf>.

8 [http://189.28.128.100/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=963](http://189.28.128.100/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=963)

9 Ver edições do boletim em <http://bvsmms.saude.gov.br>



# **COMUNICAÇÃO E SAÚDE**

**PESQUISA COMUNICASUS**  
RODRIGO MURTINHO

**[ A MÍDIA COMO PRODUTORA DE DOENÇA:  
O EXEMPLO DA REGULAÇÃO  
DA PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS ]**  
ÁLVARO NASCIMENTO

**DIREITO HUMANO À COMUNICAÇÃO**  
ROGÉRIO TOMAZ JUNIOR

MEDIADORA: MADEL LUZ

# POLÍTICAS E PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO NO SUS: PESQUISA COMUNICASUS

*Rodrigo Murtinho*

*Pesquisador do Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde (Laces), ICICT / FIOCRUZ*

Minha intervenção é mais voltada para apresentar a pesquisa “Políticas e práticas de comunicação no SUS: mapeamento, diagnóstico e metodologia de avaliação”, iniciada ano passado no Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde (Laces), do Ictict<sup>1</sup>. A pesquisa parte de que a proposta do SUS foi estruturada com bases e princípios que devem organizar a sua prática, tais como: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social.

Em todo o sistema, esses princípios têm sido objeto de luta e perseguidos como ideal. A comunicação tem andado um pouco na contramão dessa história, dado que a maioria das políticas estratégicas favorece a concentração da produção e da circulação da palavra; ignora os contextos específicos, homogeneizando o público-alvo; e entende participação como adesão. É resultante de uma perfeita simbiose entre modelos autoritários da saúde e da comunicação.

Predominantemente, vem-se demonstrando resistência aos ventos de mudança que sopram insistentemente. Essa problemática está na origem da pesquisa. Não é homogênea. A necessidade de atualizar o diagnóstico vem do reconhecimento de que o campo da saúde vive momentos intensos de questionamentos e

demandas de renovação, novas conjunturas políticas, institucionais e discursivas.

Intensifica-se a discussão sobre o papel das mídias na constituição de sentidos na saúde e do crescimento por maiores espaços de fala. Pesquisas aumentam as evidências de que é bastante considerável o conhecimento da população em relação às medidas epidemiológicas, preventivas, mas que isso não garante a sua adoção.

As conferências e os conselhos de saúde, bem como outros fóruns e instâncias, vêm, progressivamente, incorporando a comunicação como tema relevante. O campo científico e tecnológico da saúde começa a perceber a existência e a importância da comunicação como instância constitutiva nas práticas institucionais, inclusive contemplando o tema nas suas agências de pesquisa.

Vamos a uma rápida análise da pesquisa, cujos objetivos gerais são: contribuir para o fortalecimento do SUS através do conhecimento analítico e crítico que possibilite o aprimoramento das práticas e reflexões que aproximam e articulam os campos da saúde e da comunicação; atualizar o diagnóstico sobre a comunicação na saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, que completa 20 anos. Não é

A NECESSIDADE DE ATUALIZAR  
O DIAGNÓSTICO VEM DE RECONHECER  
QUE O CAMPO DA SAÚDE  
VIVE QUESTIONAMENTOS  
E DEMANDAS DE RENOVAÇÃO

para refletir somente sobre seus avanços e conquistas, mas também a necessidade de aperfeiçoamento que o sistema vem apontando.

Nosso objetivo específico, além do próprio mapeamento proposto pela pesquisa, é desenvolver processos e indicadores qualitativos para identificação, acompanhamento e avaliação de práticas e políticas de comunicação realizadas no SUS. Queremos sistematizar e analisar as principais características dos processos comunicacionais no SUS para a melhoria da oferta dos serviços, redução das distorções e iniquidades, ampliação da participação cidadã na formulação e implementação e avaliação das políticas públicas de saúde.

Queremos oferecer aos planejadores e gestores da saúde coletiva subsídios que permitam aprimorar suas estratégias de comunicação para a promoção da saúde e prevenção dos agravos. Em outros termos, queremos descobrir quem está fazendo e falando o quê sobre comunicação, para quem, por que meios, de que modos, quando e onde. Quais são as principais matrizes e concepções teóricas que formam essa prática?

A pesquisa é coordenada por Inesita Soares de Araújo<sup>2</sup>, e eu estou na coordenação executiva. Nossas parcerias são com o Ministério da Saúde, a Universidade do Vale dos Sinos (Unisinos)<sup>3</sup>, a Universidade Federal do Rio de Janeiro<sup>4</sup>, o Centro de Pesquisa Aggeu

QUEREMOS SISTEMATIZAR E ANALISAR  
AS CARACTERÍSTICAS DOS  
PROCESSOS COMUNICACIONAIS NO SUS  
PARA MELHORAR SERVIÇOS, REDUZIR INIQUIDADES E  
AMPLIAR A PARTICIPAÇÃO

Magalhães<sup>5</sup>, a Secretaria Estadual de Saúde do Pará<sup>6</sup>, a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso<sup>7</sup> e a Secretaria Municipal de Produção, Indústria e Comércio de Porto Alegre<sup>8</sup>. Essas instituições cederam pesquisadores e infraestrutura para que fosse possível realizar a pesquisa de campo. Contou com financiamento e apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e do Icict, através do Programa de Indução à Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico, PIPDT<sup>9</sup>.

Na primeira fase, foi realizada pesquisa de campo entre 2007 e 2008. Em maio de 2008, fizemos um seminário que reuniu os pesquisadores que participaram da pesquisa de campo para fazer uma avaliação do trabalho. Foi o início de uma consolidação dos dados, processo que estamos vivenciando agora.

A segunda fase da pesquisa consiste em consolidar e analisar os dados, além de mapear as matrizes de ensino de comunicação e saúde. Este processo vai terminar ainda este ano. Realizamos a pesquisa em uma capital de cada região do país: Rio de Janeiro, Recife, Cuiabá, Belém e Porto Alegre, além do Distrito Federal.

Visitamos 110 instituições num total de 120 unidades pesquisadas. Por exemplo, na Fiocruz, apesar de contarmos como apenas uma instituição, entrevistamos pessoas de várias instâncias ou



unidades como do Icict, do Portal Fiocruz, da VideoSaúde, do Canal Saúde<sup>10</sup>. Assim como, nas Secretarias de Saúde entrevistamos, além de gestores e equipes de comunicação, coordenadores de programas importantes.

No Rio de Janeiro, a coordenação ficou a cargo de Janine Miranda Cardoso, pesquisadora do Laces/Icict. Pesquisamos 33 instituições, sendo que em algumas desdobramos em diversas unidades, como nos casos da Fiocruz e da Secretaria Municipal de Saúde, citados anteriormente. Nas visitas, realizamos entrevista e coleta de materiais de comunicação. Entre as instituições pesquisadas estão ONGs, secretarias de saúde, agências de publicidade, agências de comunicação e movimentos sociais.

Em Recife, a coordenação ficou por conta de Sílvia Santos, do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Em Cuiabá, com Sérgio Brito; em Belém, com Cândida Roberta Vilanova; em Brasília, com Adla Marques, do Ministério da da Saúde<sup>11</sup>.

## NOTAS

1 Apresentação na íntegra em <http://www.cict.fiocruz.br/media/rodrigomurtinhosus.pdf> (acesso em 07/04/2009).

2 Veja a apresentação da pesquisadora em <http://www.cict.fiocruz.br/media/inesitasoaoressus.pdf> (acesso em 07/04/2009).

3 <http://www.unisinos.br> (acesso em 07/04/2009).

4 <http://www.ufrj.br>

5 O Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), fundado em 1950 em Recife, Pernambuco, desde 1970 é uma unidade técnico-científica da Fiocruz. Dedicado aos problemas socio-sanitários no Nordeste, é

referência de produção e disseminação de conhecimento e de inovação naquela região. Ver sítio em <http://www.cpqam.fiocruz.br/aggeu/index.php> (acesso em 07/04/2009).

6 <http://portal.sespa.pa.gov.br> (acesso em 07/04/2009).

7 <http://www.saude.mt.gov.br/portal/escola> (acesso em 07/04/2009).

8 <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smic> (acesso em 07/04/2009).

9 O Programa de Indução à Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico do Ictict financia, com recursos próprios, projetos de pesquisa selecionados em edital interno.

10 Informação sobre o Portal Fiocruz e a VideoSaúde, ligados ao Ictict, e sobre o Canal Saúde pode ser conseguida no endereço <http://www.fiocruz.br> (acesso em 07/04/2009).

11 Sergio Luiz S. Brito, especialista em Comunicação e Saúde pelo ICICT/Fiocruz é cineasta documentarista e coordena a VideoSaúde/Fiocruz - Mato Grosso; Adla Marques, jornalista do Ministério da Saúde, é especialista em Comunicação e Saúde pelo Ictict/Fiocruz; Cândida Roberta Vilanova, jornalista da Assessoria de Comunicação da Secretaria Estadual de Saúde do Pará, também especialista em Comunicação e Saúde pelo ICICT/Fiocruz; Sílvia Bezerra dos Santos, jornalista da Assessoria de Comunicação Social do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, é mestre em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz.

# A MÍDIA COMO PRODUTORA DE DOENÇA O EXEMPLO DA REGULAÇÃO DA PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS

*Álvaro Nascimento*

*Departamento de Ciências Sociais da Ensp/Fiocruz; Representante da Abrasco na Câmara Setorial de Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária da Anvisa*

A Câmara Setorial de Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária, da Anvisa, discute regulação com a academia e com a sociedade, via Instituto de Defesa do Consumidor<sup>1</sup>, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva<sup>2</sup>, Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos<sup>3</sup> e outras entidades. Tenta-se chegar a um consenso em termos da regulação.

É uma tentativa de regulação apenas aparente, a meu ver, a começar pela desproporcionalidade na representação nesta câmara setorial: algo em torno de 18 representantes do setor regulador e quatro ou cinco da sociedade, da academia, dos consumidores etc. Esse é um vício das câmaras setoriais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)<sup>4</sup>, um reflexo da forma como o poder público olha a sociedade. Quando os conflitos de interesses surgem, em geral o poder público tem-se posicionado ao lado dos detentores do capital.

O que eu vou apresentar aqui é resultado de duas pesquisas. A primeira contou com a colaboração da professora Madel Luz, representante da Abrasco, e é uma proposta de modelo regulatório para a propaganda de medicamentos no Brasil, como

alternativa ao atual. A segunda mostra como a indústria farmacêutica trabalhava a propaganda de medicamentos há quase um século. Ambos os trabalhos foram desenvolvidos no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sob a orientação da professora Jane Dutra Sayd<sup>5</sup>.

Desde o início do século, publicações mostravam que o preconceito e o exagero davam forma e substância à propaganda de medicamentos. Na revista *Careta*<sup>6</sup>, de 1911, uma propaganda mostrava que para 'enfrentar um touro a peito' bastava tomar o líquido ferruginal da Bayer. Mais tarde, esse touro foi substituído pela 'fome de leão' do Biotônico Fontoura, que se mantém até hoje<sup>7</sup>. O exagero se mantém na propaganda farmacêutica dirigida ao grande público no sentido de que o que você oferece como resultado de um produto, obviamente, não corresponde à utilização daquele medicamento.

Mas, pior do que o exagero, é a manipulação, como pode se ver em um anúncio de um anti-histamínico do laboratório Montecorp, ex- Schering, que mostra um bebê dormindo com um enorme bicho de pelúcia. Essa propaganda sugere às mães que, com

o medicamento, o problema está resolvido e os seus filhos dormirão tranquilamente. Não apenas não resolve, como é contraindicado: a própria empresa, em seu sítio, diz que o produto é desaconselhável para menores de dois anos de idade. Além desses problemas, há o mau gosto da propaganda farmacêutica, como em um anúncio dirigido a varejistas de farmácias, que estabelece relação, proporcionada por um medicamento anticólicas, entre o fluxo menstrual e o fluxo de caixa.

É como se o conhecimento farmacológico não impactasse a produção do que é veiculado na área da propaganda farmacêutica. Há um vazio entre o conhecimento farmacêutico daquela determinada droga e a forma como o profissional da comunicação, das agências de publicidade, das mídias e da própria indústria produzem o seu material, desconsiderando qualquer tipo de risco e de eventual reação a determinado medicamento.

A propaganda para o varejista geralmente vem com a promessa de que o produto terá uma grande campanha de publicidade, bancada pelo laboratório farmacêutico nas principais mídias, e ele tem que estar preparado para receber a grande quantidade de novos consumidores daquele produto. Um anúncio, publicado na revista *Veja* pelo laboratório Aché, em homenagem ao dia do propagandista, quase confessa o que a gente tem criticado na indústria farmacêutica: o fundamental não é a pesquisa científica de novos fármacos, não é a qualidade do produto, nem a qualidade da assistência prestada à população, mas a venda em grande quantidade do produto que ela tem a oferecer, com os riscos que ele trazer.

Há quatro considerações iniciais em relação a questões da propaganda farmacêutica. A primeira delas não é uma discussão brasileira. Décadas atrás, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reuniu

um conjunto de especialistas e elaborou uma série de critérios éticos da propaganda de medicamentos preconizada para os países filiados à Organização das Nações Unidas<sup>8</sup>. A segunda é que a propaganda se insere na política nacional de medicamentos; a portaria discutida atualmente com a sociedade trata, especialmente, da questão da propaganda e dos critérios éticos adotados internacionalmente.

A terceira questão é que o debate esbarra nas ações reguladoras do Estado: que Estado vamos construir que impeça mais ou menos a atuação do capital no sentido de promover, na forma que achar por bem, o uso incorreto e mesmo perigoso, inadequado e desnecessário de medicamentos? Que papel terá o Estado nessa regulação? E, finalmente, há enorme disparidade entre a quantidade de recursos investidos no setor - algo em torno de um bilhão de reais anualmente, segundo a própria indústria farmacêutica<sup>9</sup>, frente às punições que as empresas têm recebido devido a propaganda irregular.

Outra questão é a liberdade de expressão comercial que o setor regulado busca levar para o debate, tentando fazer crer que qualquer tipo de regulação mais estreita na área da comunicação estaria ferindo a sua liberdade de manifestação e expressão, mesmo que determinada publicidade traga prejuízo à saúde. Qualquer tentativa regulatória mais firme na área da propaganda farmacêutica tem sido combatida pelo setor regulado com argumento que iria ferir o direito à liberdade de expressão e manifestação assegurada no artigo 220 da Constituição<sup>10</sup>.

Esse foi o debate travado durante todo este ano na Câmara Setorial de Propaganda da Anvisa, onde juristas, dos dois lados, tentaram mostrar que uma coisa é liberdade de expressão e a outra é liberdade de expressão comercial, quando você produz o anúncio perigoso.

HÁ UM VAZIO ENTRE  
O CONHECIMENTO FARMACÊUTICO  
E A FORMA COMO AS MÍDIAS  
E A PRÓPRIA INDÚSTRIA PRODUZEM  
O SEU MATERIAL, DESCONSIDERANDO O RISCO

O Código de Defesa do Consumidor<sup>11</sup> protege a sociedade contra a publicidade enganosa. Há um decreto que diferencia o medicamento de venda livre, que pode ser divulgado para o grande público, do medicamento de tarja vermelha ou preta, sujeito à prescrição médica, que só pode ser veiculado exclusivamente para médicos, odontólogos e veterinários. É assim no mundo inteiro, menos nos Estados Unidos e na Nova Zelândia.

Não é isso que acontece. Vemos *outdoors* com propaganda de medicamentos que deveriam estar sendo veiculados apenas para prescritores, como, por exemplo, o Viagra. Isso dá uma ideia de como anda frágil o processo de regulamentação do setor. Se o decreto de que falei está completando 31 anos, certamente não é por falta de informação que a indústria brasileira não cumpre a lei, mas para elevar a venda de medicamentos. A legislação mais recente da Anvisa, fruto da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), é de 2000, já tem oito anos.

Uma das punições para a propaganda enganosa é que todas as peças publicitárias daquela empresa deverão ser submetidas ao sistema da fiscalização sanitária antes de voltarem a ser exibidas. Isso é: se eu infringir a legislação uma vez, todas as minhas demais peças publicitárias deveriam ser analisadas antes de sua veiculação, coisa que não acontece. Trouxe para minha apresentação tudo que é

TEMOS DADOS SOBRE O QUANTO  
OS MEDICAMENTOS, EM VEZ DE SEREM  
UM INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO  
OU DE PROMOÇÃO DE SAÚDE, VÊM SENDO  
A PRINCIPAL CAUSA DE INTOXICAÇÕES

vedado na propaganda farmacêutica, além de exemplos de como medicamentos sujeitos à prescrição médica causam agravos importantes à saúde.

O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox)<sup>12</sup> reúne dados sobre o quanto os medicamentos, ao invés de serem um instrumento de prevenção ou de promoção de saúde, vêm sendo a principal causa de intoxicações. Rosany Bochner<sup>13</sup> e eu retiramos das tabelas todas as tentativas de suicídios, para separar as pessoas que tentam no medicamento uma forma de agravo daquelas que o buscam tentando melhorar a saúde. Ainda assim os medicamentos caíram apenas para o segundo lugar nas causas de intoxicação.

Dados importantes revelam a magnitude do problema: a cada 30 ou 40 minutos há uma notificação, registrada no SUS, de intoxicação por medicamento. Vale ressaltar que cerca de 40 milhões de brasileiros possuem plano privado e, portanto, procuram, em vez do SUS, clínicas ou hospitais privados que não notificam os casos. Sendo assim há indicações de que o número de intoxicações é muito maior.

Voltando à pesquisa, foram separadas 100 peças publicitárias de medicamentos veiculados em diversas mídias – uma lista com o nome fantasia do medicamento, o tipo da mídia utilizada, o laboratório produtor, a indicação terapêutica e o texto e a imagem da



propaganda, e comparadas apenas com a legislação mais recente da Anvisa, a RDC 112/2000. Em cada peça publicitária foi assinalada cada irregularidade e relacionada à legislação.

Como resultado, viu-se que nenhuma das 100 peças cumpriu integralmente a legislação, e a média foi de quatro irregularidades por peças. O artigo mais ferido foi o mais importante da legislação, ou seja, o que obriga a citação da principal contraindicação daquele produto e não apenas a advertência "ao persistirem os sintomas o médico deve ser consultado". Deve-se mencionar, claramente, que um determinado princípio ativo causa danos à saúde e esses danos também têm que constar da peça publicitária.

A Anvisa, em quatro anos de monitoramento, captou 6002 peças de propaganda. A partir de 2004, parou de monitorar exclusivamente medicamentos e passou a monitorar todos os produtos sujeitos a vigilância sanitária, inclusive alimentos. Passou também a apresentar os dados de forma conjunta, o que dificulta destacar dali o número referente a medicamentos. Os autos de infração da Anvisa com base naquele monitoramento começaram em 2000 e foram crescendo até 2005, quando decaem.

Qual é a avaliação que a Anvisa faz do monitoramento? Em junho de 2008, o site da Anvisa publicou uma defesa quanto às críticas que o monitoramento da propaganda de medicamentos vinha recebendo, não só da Abrasco como também da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime), do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e de outros órgãos.

O texto descreve a importância do monitoramento, ao mesmo tempo em que mostra que mais de 90% das peças publicitárias apresentam informações irregulares.

UM MODELO IDEAL SERIA  
A VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
ANALISAR PREVIAMENTE A PUBLICIDADE  
E SÓ DEPOIS AUTORIZAR A VEICULAÇÃO  
SEM IRREGULARIDADES

Que regulação é essa? Como o órgão responsável pela aplicação da regulação diz que, cinco anos depois de entrar em vigor, peças continuam circulando por aí? Há algo errado: o modelo tem algum problema, a regulação é para punir e faturar eventuais multas, ou para proteger a saúde da população? A questão, além do que a Sobravime ou o Idec propõem, é se ele atinge os seus objetivos. A discussão que estamos trabalhando hoje, a exemplo do que fazem todos os países da União Européia, além do México, do Equador e da Austrália, é implantar um modelo regulador onde se analise, previamente, a publicidade farmacêutica e, só depois de constatado, pela Vigilância Sanitária, que não há irregularidades, é dada autorização para que seja veiculada.

Nesse ponto, entra a discussão se há ou não violação da liberdade de expressão comercial que o setor regulado diz que é uma agressão institucional. E as agressões recorrentes que o setor regulado produz diante da lei? A partir de 2002, o prejuízo com multas não pagas começa a crescer e, em 2004, chegam a R\$6 milhões. A partir daí, a agência da Anvisa aumenta a quantidade de agentes para monitorar essa propaganda.

Comparamos o custo de um comercial de televisão em relação à quantidade de multas que a empresa recebe. Para se ter uma idéia: em 2004, quando a novela "Mulheres Apaixonadas"<sup>14</sup> estava

A FRASE "SE PERSISTIREM OS SINTOMAS  
O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO"  
FAZ O QUE A INDÚSTRIA QUER:  
ESTIMULA CONSUMO  
POR CONTA E RISCO PRÓPRIOS

no auge, o autor, Manoel Carlos, revelou que um *merchandising* custava 453 mil reais e um comercial de 30 segundos, no horário nobre da mesma novela, batia os 200 mil reais. Em uma matéria da Veja, a Rede Globo declarou que quando o Jornal Nacional fez 30 anos, um comercial de 30 segundos custava entre 250 e 380 mil reais.

No ano em que a Anvisa mais multou, chegou a 6,5 milhões, menos de 1% de todo investimento publicitário da indústria farmacêutica. Então, qual é a conta trágica? A indústria gasta um 1,90 bilhões em propaganda farmacêutica, e 90%, dados da Anvisa, dessa propaganda estão irregulares. A punição que se recebe por cometer 90% de irregularidade é menor que 1% de tudo que se gasta em publicidade farmacêutica. Portanto, é um modelo regulatório que, como muitos no país, beneficiam o setor: não atinge os seus interesses comerciais, econômicos e financeiros.

E quais as conclusões sobre as fragilidades do modelo? A primeira é que a regulação é feita a *posteriori*: logo, a população já foi submetida a risco sanitário até que a peça seja tirada do ar. Ora, quando finalmente o setor regulado admite estar errado, a propaganda já cumpriu o seu papel, já se passaram uns dois ou três meses.

A segunda fragilidade é que as multas, efetivamente arrecadadas, são irrisórias em relação ao investimento em publicidade. E,

a terceira é que não há mecanismo regulador que impeça que esses valores, mesmo sendo irrisórios, sejam repassados ao preço do produto e pago em parte pelos consumidores de medicamento, o que é um lado mais perverso ainda. Nada impede que essa multa entre naquele preço como entra toda propaganda farmacêutica.

Finalmente, a quarta, se refere à frase “se persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado”. Mas o que esta frase está dizendo? Está estimulando primeiro o consumo: o primeiro medicamento pode-se comprar e tomar por conta própria, mas, se os sintomas persistirem procurem um médico, depois de já terem corrido o risco. Essa frase faz exatamente o que a indústria quer que seja feito: que se consuma o medicamento.

Ora, o modelo regulador estimula a automedicação em vez de alertar que o medicamento é um produto perigoso e que deve ser tomado a partir de uma consulta médica. Hoje, já se propõe a suspensão da prática da propaganda de medicamento para o grande público, mantendo-a apenas para quem prescreve.

O professor José Rubens Bonfim, da Sobravime, em um dos debates da Câmara Setorial de Propaganda da Anvisa, refletiu: por que existe propaganda farmacêutica para o público, o objetivo aí é ter um canal eficiente de informação? A propaganda farmacêutica é o lugar certo para a sociedade buscar a informação correta e livre de conflitos de interesses, em relação a um produto perigoso como o medicamento?

A Sobravime tem uma proposta radical, que é simplesmente suspender a propaganda para o grande público. A aprovação prévia seria apenas uma segunda opção para essa proposta, certamente a batalha mais difícil.

Tantas foram as críticas à Anvisa nesse processo pseudo-regulatório, que ela convocou uma consulta pública no final de 2005. O resultado foi trágico. Estamos terminando essa consulta pública só agora, três anos depois. Foram levadas 19 propostas à consulta pública e, aí, se dá a discussão de como o poder público brasileiro se submete aos interesses do capital. Dentro do prazo avalizado pelos maiores especialistas da Fiocruz e das instituições de pesquisa da área de fármacos no Brasil, das 19 dezenove propostas, nenhuma foi incorporada ao novo modelo regulador que deve sair em breve. Nem sequer constou a referência bibliográfica do que está dito na propaganda no padrão Capes para o prescritor. Então, a indústria pode continuar mandando uma peça para o prescritor dizendo que o medicamento “A” cura dor de cabeça, náusea, vômito, diarreia etc. E citar uma referência bibliográfica escrita em fundo de quintal.

Rita Vieira<sup>15</sup>, professora da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora, descobriu que 35% das referências bibliográficas que a indústria farmacêutica coloca nas suas peças não existem. E grande parte das outras que existiam não se aplicavam ao caso do medicamento. Quanto às inexistentes, a professora escreveu para cada laboratório solicitando cópia daquela referência. Alguns respondiam assim: “professora, também não achamos; se a senhora achar, nos mande”. Se não estelionato, que nome dar a isso?

## NOTAS

1 <http://www.idec.org.br> (acesso em 08/04/2009).

2 <http://www.abrasco.org.br/> (acesso em 08/04/2009).

3 <http://www.sobravime.org.br> (acesso em 08/04/2009).

4 <http://www.anvisa.gov.br/> (acesso em 08/04/2009).

5 <http://www.ims.uerj.br> (acesso em 08/04/2009).

6 Revista humorística brasileira e de variedades que circulou de 1908 a 1960.

7 Este texto contém várias referências visuais que fazem parte da apresentação do pesquisador, disponível em <http://www.cict.fiocruz.br/media/alvaronascimentosus.pdf> (acesso em 08/04/2009).

8 Conferência de Especialistas da OMS sobre Uso Racional de Medicamentos – Nairóbi, 1985.

9 Números de 2007 da Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica, Febrafarma: [www.febrafarma.org.br](http://www.febrafarma.org.br) (acesso em 08/04/2009).

10 O Art. 220 do Capítulo V, "Da Comunicação Social", da Constituição Federal reza: "A manifestação do pensamento, a criação, a expressão e a informação, sob qualquer forma, processo ou veículo não sofrerão qualquer restrição, observado o disposto nesta Constituição". § 1º - Nenhuma lei conterà dispositivo que possa constituir embaraço à plena liberdade de informação jornalística em qualquer veículo de comunicação social, observado o disposto no art. 5º, IV, V, X, XIII e XIV. § 2º - É vedada toda e qualquer censura de natureza política, ideológica e artística. Mas o parágrafo quarto assegura: § 4º - A propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas, agrotóxicos, medicamentos e terapias estará sujeita a restrições legais, nos termos do inciso II do parágrafo anterior, e conterà, sempre que necessário, advertência sobre os malefícios decorrentes de seu uso. § 5º - Os meios de comunicação social não podem, direta ou indiretamente, ser objeto de monopólio ou oligopólio. § 6º - A publicação de veículo impresso de comunicação independe de licença de autoridade.

11 Veja legislação em [www.presidencia.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8078.htm](http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm) (acesso em 08/04/2009).

12 [www.fiocruz.br/sinitox](http://www.fiocruz.br/sinitox) (acesso em 08/04/2009).

13 Rosany Bocner, pesquisadora do Icict responsável pelo Sinitox, recebeu menção honrosa durante o 45º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, em 2009, pelo seu trabalho com Toxinologia.

14 Novela da Rede Globo de Televisão, veiculada no horário nobre em 2003 e um dos maiores sucessos da emissora, foi reprisada como vespertina em 2009.

15 A professora Rita Padula Alves Vieira, da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora, coordenou em 2002 o Projeto de Monitoração da Propaganda de Medicamentos, implementado pela Anvisa. Como resultados, encontrou dados farmacológicos errados, conteúdo da propaganda em desacordo com a bula do próprio medicamento, erros farmacotécnicos e farmacognósticos, falta de registro do produto no Ministério da Saúde, bulas incompletas e referências bibliográficas não encontráveis.

# DIREITO HUMANO À COMUNICAÇÃO

*Rogério Tomaz Junior*

*Jornalista/Intervozes – Coletivo Brasil de Comunicação Social*

Na saúde, está bastante consolidada a ideia da comunicação da saúde; fala-se mais em controle social sobre as políticas que visam realizá-la como direito. A comunicação é uma necessidade individual e social, intrínseca à ideia de sociedade, de organização dos direitos em coletivo. Estamos enfatizando a comunicação como essencial à vida em sociedade, daí não ser redundante observar a passagem de um estatuto de necessidade, de desejo, para o de direito: na sociedade democrática, a comunicação não é supérflua, não pode ser negada.

Cito um documento da ONU, de 1946, e sigo com citações até um pouco longas, mas que reputo interessantes para situar historicamente essa raiz do direito humano na comunicação, antes mesmo de sair a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que completa, agora no dia 10 de dezembro, 60 anos. Essa declaração já reconhecia a comunicação como direito humano, em seu Artigo 19.

Falando ideologicamente, Paulo Freire<sup>1</sup> sempre associa a educação a um ato de comunicação e assim a constrói, ao longo da sua obra. Ele é uma grande referência nesse processo histórico de legitimação e construção do direito humano à comunicação.

Há o princípio da indivisibilidade dos direitos humanos. Não adianta o cidadão ter uma alimentação de qualidade se ele não tem formas de preparar e estocar seus alimentos. O direito à saúde

pode ser violado de várias formas. O que defendemos no Intervozes<sup>2</sup>, embora publicamente saibamos muito difícil de realizar na conjuntura atual, é que, assim como na saúde, o sistema público de comunicação seja algo que englobe todos os atores públicos, privados, estatais e comunitários.

O bloco capitalista, historicamente, defendeu a primazia dos direitos civis e políticos, em relação aos direitos econômicos-sociais-culturais. A trajetória jurídica dos direitos humanos mostra que, em 1966, você tem a assinatura de dois pactos de implementação dos direitos: um de direitos civis e políticos e outro de direito econômico-sociais. E aí, somente em 1993, na Conferência de Viena<sup>3</sup>, se retomou e se reafirmou a indivisibilidade dos direitos.

Avançando um pouquinho mais, o monopólio vertical é um dos obstáculos fortes aqui no país: é completa a ausência de instrumento de participação e controle social. No Brasil, quando se fala em controle público e social, imediatamente os grandes meios de comunicação falam que se quer censurar, que se quer violar a liberdade de expressão desses meios.

Nossa última análise fala da comemoração 20 anos do SUS relacionando-a aos 20 anos de desregulamentação total. A única coisa que foi regulada está na Constituição: o Conselho de Comuni-



DEFENDEMOS O CONTROLE  
PÚBLICO-SOCIAL, LEMBRANDO QUE ISSO  
NÃO TEM NADA A VER  
COM CENSURA OU RESTRIÇÃO  
À LIBERDADE DE EXPRESSÃO

cação Social<sup>4</sup>. Ele era uma alegoria dessa nossa pseudo-democracia. Defendemos o controle público-social, lembrando que isso não tem absolutamente nada a ver com censura ou com restrição à liberdade de expressão.

Para se ter uma ideia, órgãos como, por exemplo a Federal Communications Commission (FCC)<sup>5</sup>, nos Estados Unidos, datam da década de 1930. Em 1932, a FCC foi instaurada por decreto na França e na Inglaterra. Em todos os países europeus ocidentais, esses órgãos reguladores também surgem por decreto. Aqui, quando se propôs discutir no Congresso um projeto de um conselho regulador, foi tão massacrado que o governo foi obrigado a retirar. Sequer foi discutido. Não conseguimos sequer promover a discussão porque os grandes defensores da democracia no Brasil não aceitam que se discuta a forma de controle público-social da comunicação.

Por fim, vamos à questão do fomento. Na área da comunicação, existe um projeto de lei para garantir um artigo da Constituição que é a regionalização, produção independente. No Brasil, temos um modelo muito fortemente calçado nas lideranças, nas cabeças de redes verticalizadas. Mas temos uma produção riquíssima, que lá fora é reconhecida e aqui é abafada. Não conseguimos avançar nisso. Outra frente é o direito de resposta, como processo ainda em curso. Há

processos regionais do direito de resposta no Conselho, em Pernambuco e em outros estados também.

Alguns dos resultados da nossa atuação estão na publicação disponível para *download* no nosso sítio, bem como um vídeo que resume essa experiência.

## NOTAS

1 Educador brasileiro que destacou-se por seu trabalho na área da educação popular, voltada tanto para a escolarização como para a formação da consciência. É considerado um dos pensadores mais notáveis na história da pedagogia mundial, tendo influenciado o movimento chamado pedagogia crítica.

2 O Intervozes é uma associação, com estudantes e profissionais de comunicação e de outras áreas. <http://www.intervozes.org.br>

3 Na II Conferência Internacional de Direitos Humanos, que aconteceu em Viena, Áustria, em 1993, foi definitivamente legitimada a noção de indivisibilidade dos direitos humanos, cujos preceitos devem se aplicar tanto aos direitos civis e políticos quanto aos direitos econômicos, sociais e culturais. A Declaração de Viena enfatiza os direitos de solidariedade, o direito à paz, o direito ao desenvolvimento e os direitos ambientais.

4 O Conselho de Comunicação Social foi instituído na forma do artigo 224 da Constituição Federal, como órgão auxiliar do Congresso Nacional. Ver mais sobre o conselho na página da Internet da Associação Nacional de Jornais: <http://www.anj.org.br>

5 A Comissão Federal de Comunicação dos Estados Unidos é uma agência independente, diretamente ligada ao Congresso. Foi estabelecida pelo Ato das Comunicações de 1934 e alterada com o controle das comunicações interestaduais e internacionais de rádio, televisão, rede, satélite e cabos. Cobre mais de 50 estados americanos, além do estado de Columbia e possessões americanas: [http://74.125.47.132/search?q=cache:7iAWzfpa8asJ:multimedia.mmm.com/mws/mediawebserver.dyn%3F6666660Zjcf6lVs6EVs66Sql\\_COrrrrQ-+Comiss%C3%A3o+Federal+de+Comunica%C3%A7%C3%A3o+dos+EUA&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://74.125.47.132/search?q=cache:7iAWzfpa8asJ:multimedia.mmm.com/mws/mediawebserver.dyn%3F6666660Zjcf6lVs6EVs66Sql_COrrrrQ-+Comiss%C3%A3o+Federal+de+Comunica%C3%A7%C3%A3o+dos+EUA&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br) (acesso em 14/04/2009).



# **INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

**REDES DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

JOÃO BATISTA RISI JUNIOR

**COMO OS INDICADORES PODEM SUBSIDIAR  
AS POLÍTICAS EM SAÚDE**

MAURÍCIO BARRETO

**DESAFIOS DA PESQUISA E ENSINO**

**NOS 20 ANOS DO SUS**

FRANCISCO INÁCIO BASTOS

MEDIADORA: MARIA DO CARMO LEAL

# REDES DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

*João Batista Risi Junior*

*Secretaria Técnica da Rede Interagencial de Informações  
para a Saúde - RIPSAs*

Tenho uma visão otimista dos avanços que ocorreram no SUS ao longo desses 20 anos, mas ainda temos muito que avançar. Para que isso ocorra, é preciso reconhecer os problemas e as dificuldades e refletir sobre eles. Vou me deter mais nos desafios para o SUS. Um dos pontos mais críticos é a informação do ponto de vista da gestão: formulação, gestão e avaliação de políticas de saúde.

Não podemos falar sobre informação para política e gestão do SUS sem falar da complexidade do setor de saúde no Brasil, no qual a informação está inserida. A saúde lida com a vida, com a doença, com a morte, e com os fatores de risco associados em todas as fases do ciclo evolutivo. Todos os indivíduos precisam de atenção individualizada à saúde. E isso já é um grande diferencial com relação a outros setores da gestão pública.

Em geral, os problemas de saúde têm múltiplas causas, e seu enfrentamento depende de um sinergismo entre os vários setores que interferem sobre elas. A ação não se restringe à atenção do próprio setor, ela precisa estar estreitamente articulada com outros setores. A saúde depende de uma prestação integral dos serviços com capilaridade desde o nível do domicílio, como os agentes comunitários de saúde, até a atenção altamente especializada.

Tudo isso só pode se integrar e articular se tivermos informação que oriente o processo. A saúde requer atualização permanente, pois ela está em constante evolução científica e tecnológica. O sistema precisa ser regulado, por meio de seus processos e procedimentos com uma grande ênfase na questão ética, e tudo isso depende de informação. Os gestores dependem de análise de situação para enfrentar os problemas, até porque existe um grau de imprevisibilidade na questão da saúde.

O modelo de gestão que está preconizado no SUS é o da gestão descentralizada com o controle social. Esse controle só pode ser feito com informação apropriada para os conselheiros de saúde. Além disso, nós temos um processo mundial: o custo crescente da atenção para atender necessidades que são ilimitadas. Então, é preciso trabalhar com prioridades, que também dependem de informação.

Enfim, o grande problema do setor saúde é que ele tem que trabalhar com objetivos de médio e de longo prazo, e esse ainda é um ponto muito vulnerável. Por que falar de objetivos de médio e de longo prazo e falar de planejamento? E planejamento integrado das ações do próprio setor? Não faltam iniciativas. Vivemos na época do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), do Mais Saúde,

COMO APROVEITAR TODA A INFORMAÇÃO  
PARA AUXILIAR NA GESTÃO DO SUS?  
PRECISAMOS DE METODOLOGIAS  
PARA INTEGRAR O QUE ESTÁ DISPONÍVEL

do Plano Nacional de Saúde<sup>1</sup>, do plano plurianual, mas na realidade nos falta uma programação que articule as ações dentro do próprio setor nos seus diferentes níveis. Sem isso, é difícil ter informação apropriada para o processo decisório. Essa programação tem que ser puxada pelo planejamento. Além disso, são necessários mecanismos permanentes de articulação intersetorial, para que haja uma integração entre a informação na saúde e a informação em outros setores que interagem com a questão da saúde. Para isso, é preciso que se organizem ações de maneira mais permanente e mais integrada.

Por trás disso, temos um grande problema que é a profissionalização da gestão. Apesar de todas as ações realizadas na formação de pessoal, na capacitação em diferentes áreas, no aprimoramento de tecnologias de conhecimento, o trabalhador de saúde ainda é precarizado.

Nós temos, na realidade, uma questão crítica a enfrentar de maneira decisiva: como aproveitar toda a informação disponível, e existe muita, para auxiliar a gestão do SUS, as políticas públicas do SUS? Precisamos utilizar de forma integrada tudo isso que está disponível, mas precisamos de metodologias que possibilitem esse aproveitamento. Na visão do gestor do Sistema de Saúde, essa é uma área em que temos pouca tradição. O setor de saúde trabalhou pouco isso, com grande competência, mas apenas em algumas áreas específicas.

Vou dar um exemplo do uso da informação para auxiliar na resolução de problemas de saúde que, apesar de não ser atual, é emblemático: a poliomielite no Brasil foi um flagelo na primeira metade do Século XX. Quando foi descoberta a vacina, o problema foi resolvido, mas apenas na população com nível socioeconômico mais alto. No nível mais baixo, onde a população não foi vacinada, o problema persistiu. Com isso, passou a ser, de certa forma, uma doença negligenciada.

Não se tinha informação sobre a magnitude do problema porque não existia notificação até 1968, quando começou uma notificação de caso semanal, feita pelo Ministério da Saúde. Foi se formando uma curva preocupante de casos em todo Brasil?: mais de dois mil em um ano, apesar de toda subnotificação que existia. Isso significava que a vacinação não era adequada.

Em 1975, houve uma mudança nesse processo quando o Ministério implementou o sistema de vigilância epidemiológica. Passou-se a ter investigação de casos, melhoria da notificação, confirmação clínica, investigação e confirmação por laboratório etc. Aí, a curva saltou para outro patamar, com mais de três mil casos por ano. Certamente, houve uma melhoria da quantidade de informação que geraram informação mais qualificada, o que permitiu traçar um perfil epidemiológico completo do problema no país, com todas as características necessárias para se intervir corretamente.

Em 1980, criaram-se os dias nacionais de vacinação e o problema praticamente desapareceu até 1983. Tudo isso só foi registrado e comprovado por que havia informação adequada, vigilância, investigação de caso. O pico nos anos 1980 tem características completamente diferentes de antes, por que a região Nordeste correspondia a mais ou menos 1/3 dos casos e passou à quase totalidade deles; o



poliovírus não era mais do tipo 1, mas do tipo 3, o que se sabia através da vigilância epidemiológica.

Isso requereu uma investigação muito pormenorizada que levantou uma hipótese nova: baixa eficácia da vacina ao poliovírus tipo 3, o que foi comprovado por uma pesquisa específica usando diferentes formulações da vacina. A partir daí houve uma nova decisão política em cima desses dados: mudança da composição da vacina. Foi fato reconhecido em todo mundo e hoje, por causa dessa experiência brasileira, a vacina que se usa é diferente daquela de anos antes. A introdução dessa vacina fez com que a doença desaparecesse. Em 1994, foi considerada interrompida a transmissão nas Américas.

Esse é um exemplo emblemático de como a informação bem utilizada pode ser de extrema eficácia na orientação das decisões de políticas. Claro que em um país como o Brasil, com todas as dificuldades, esse processo levou uns 25 anos; em lugares mais desenvolvidos poderia ter levado muito menos tempo.

O desafio hoje é de outro nível, é usar essa informação em algo muito mais complexo, muito mais amplo que é a gestão integral do Sistema de Saúde. Então, como usar da melhor forma essa variedade enorme de informação que nós temos à nossa disposição?

Temos 12 ou 13 grandes sistemas, grandes bases de dados de nível nacional que o Ministério da Saúde organizou nas últimas décadas. Mais que isso, tornou-as amplamente acessíveis. Qualquer pessoa pode pesquisar na Internet e obter com incrível rapidez os dados de que está precisando. Este é um avanço extraordinário. O problema é que esse sistema não foi integrado na base de produção de serviço de saúde e isso causou grandes distorções: uma sobrecarga enorme aos prestadores de serviços, que têm que preencher vários

ALGUNS FATORES, COMO TER  
PARCEIROS ESTÁVEIS E QUALIFICADOS  
E UM AMBIENTE DE COOPERAÇÃO LEGÍTIMO,  
TÊM GARANTIDO  
SUSTENTABILIDADE À RIPSA

formulários, duplicando informações, o que prejudica a própria prestação do serviço, desqualifica a informação fornecida e torna o uso desses sistemas muito mais difícil. As pessoas precisam estar atentas às limitações que cada um deles tem.

Além da saúde, outros setores da administração - educação, trabalho, previdência, ambiente - têm sistemas de informação cujos dados poderíamos melhor aproveitar. Temos o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), produzindo censos e pesquisas diversas de base populacional, inquéritos e levantamentos imprescindíveis para compreensão da situação de saúde<sup>3</sup>.

O próprio Ministério promove várias pesquisas e agora vem implementando outras inovações na área da saúde, mas há limitações. Esses estudos não costumam ter uma periodicidade definida e, às vezes, usam outra metodologia, o que dificulta a comparação entre séries históricas: como não há um padrão metodológico de execução, os estudos são muito mais caros e levam mais tempo a dar resultados. E temos, por fim, toda produção técnicocientífica na área da saúde, que nos últimos anos vem crescendo exponencialmente e, cada vez mais, sendo produzida com dados oriundos da base de informação do próprio Ministério da Saúde.

No ano de 1996, surgiu uma proposta, formulada de modo simples: reunir representantes das instituições chave na pro-

dução, análise e disseminação de técnicas de informação para discutir e estabelecer algumas linhas de trabalho coletivamente acordadas e para fortalecer parcerias. Era o começo da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa).<sup>4</sup> O conceito de rede de instituições pareceu bastante adequado a essa proposta.

Essa nossa experiência é uma contribuição de cooperação a esse processo tão complexo de uso da informação na gestão. Há ainda passos enormes a serem dados, mas já vem sendo reconhecida. Alguns fatores têm garantido sua sustentabilidade ao longo do tempo, como o fato de ter sido devidamente formalizada, de contar com parceiros estáveis e qualificados<sup>5</sup> e - um passo fundamental - ter criado um ambiente de cooperação legítimo.

Todas as decisões são coletivas. Os produtos são reconhecidos pela sua qualidade. O respeito à autonomia institucional é um fato extremamente positivo. A OPAS<sup>6</sup> colaborou, garantindo, apesar de mudanças, uma estabilidade que tem sido fundamental nesses anos. As decisões colegiadas e todo esse processo que formam o diferencial de qualidade da Ripsa estão fartamente documentados e disponíveis na Internet.

## NOTAS

1 Saiba mais sobre esses planos e pactos em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pacsauade/>

2 Ao longo do texto, o pesquisador faz menção a gráficos que fazem parte de sua apresentação, disponível em <http://www.cict.fiocruz.br/media/joaorisisus.pdf> (acesso em 09/04/2009)

3 Um bom exemplo desse uso pode ser visto durante o próprio seminário, na exposição de Claudia Travassos sobre a PNAD. Leia mais na primeira

apresentação dessa edição, com gráficos disponíveis em <http://www.cict.fiocruz.br/media/clauidiasus.pdf>

4 <http://www.ripsa.org.br>

5 Mais de 20 instituições, entre universidades, institutos de pesquisa e unidades da gestão de saúde fazem parte da Ripsa, que recentemente iniciou um processo nos estados e tem feito contatos de cooperação com países da América do Sul interessados em sua metodologia de consenso.

6 Mais informação sobre a relação Ripsa-Opas no sítio da representação brasileira da entidade em <http://www.opas.org.br>

# COMO OS INDICADORES DE SAÚDE PODEM SUBSIDIAR POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

*Mauricio Barreto*

*Pesquisador do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia*

Logo que terminei meu doutorado, ainda nos primórdios da minha vida profissional, dirigi o Centro de Informação e Saúde na Bahia, no governo Waldir Pires. Fiquei lá mais ou menos um ano e meio, o que me aproximou muito, também como epidemiologista, da questão do uso dos indicadores para o planejamento de ações em saúde. Trago algumas reflexões em torno de uma questão cujo centro acho que o Risi<sup>1</sup> já apresentou. Elas podem ajudar num debate posterior.

A ideia de indicador deriva da métrica, ou do esforço humano de medir coisas. Medimos porque é mais simples, mas não é simples medir. Se não temos capacidade de pensar em muita coisa, imaginem como uma pessoa que esteja num centro de decisão complexo - como a Maria do Carmo<sup>2</sup>, aqui na Fiocruz - depende de dados muito bem definidos para tomar decisões. A primeira coisa a fazer é simplificar toda a cena métrica. Por exemplo, o metro tem a mesma medida em qualquer lugar do mundo, é uma convenção, um acordo. Houve uma generalização, uma padronização, e isso simplifica porque podemos sinteticamente expressar os acontecimentos em saúde e sermos compreendidos de modo geral. Mas não é fácil chegar a esse padrão ou síntese.

Historicamente, temos problemas para medir a saúde, dada a sua complexidade: até hoje ninguém sabe o que é saúde, não há um acordo sobre isso. Existem discussões primordiais, filosóficas sobre o que é saúde, e não se pode medir aquilo que a gente não sabe exatamente o que é. Definir saúde como um estado de bem-estar físico e mental é muito abstrato. Então tentamos medi-la decompondo esse conceito em ideias mais simples, que nos permitam entender processos.

Mesmo fruto de simplificação, essas ideias já são complicadas o bastante: tomemos por exemplo um indicador simples e ao mesmo tempo fundamental, como o da mortalidade infantil. Até a década de 1980, tinha um significado; depois da reidratação oral, passa a ter outro. Até então, as crianças tinham diarreia ou infecções respiratórias e morriam. Conclui-se que a mortalidade infantil tinha um forte componente de nutrição, em que o óbito da criança era apenas a expressão final de um processo.

A reidratação oral conseguiu deter parte desse processo e, então, a mortalidade infantil caiu abruptamente. Distanciou-se de um processo antes subjunto, pois se conseguiu uma tecnologia que desagrega esses dados, desprendendo-os de outros indicadores como as doenças básicas. Mas notemos que, embora a hidratação consiga evitar o óbito, a incidência de diarreia continuou a mesma.

O INDICADOR É UMA FORMA  
SIMPLIFICADA DE VER O MUNDO,  
MAS A SAÚDE É DE DIFÍCIL SUMARIZAÇÃO.  
E TODO INDICADOR CARREGA  
ELEMENTOS DESSA COMPLEXIDADE

Para criar e medir indicadores compostos, historicamente fizemos imensos esforços intelectuais para juntar coisas e representá-las com medidas complexas. Mais recentemente, têm aparecido as iconografias, desenhos que representam ou sintetizam essa questão multidimensional de saúde, mas que podem ser tão complicadas que ainda não ganharam generalidade. A Ripsa até hoje não adotou nenhum desses modelos coloridos, mas essa área merece investigação e desenvolvimento, porque precisamos ter outras formas de representar a questão da saúde.

Outra questão é que podemos ter indicadores absolutos e indicadores relativos ou relacionais. A própria saúde, e qualquer indicador, tem um pouco de relacional. Toda métrica é relacional, não absoluta. Dez de mortalidade infantil é alto ou é baixo? Trinta é alto ou baixo? Na década de 1940, por exemplo, a mortalidade infantil, em nosso país, girava em torno de 200 por mil. Baixar para 100 seria um sucesso, quer dizer: hoje estamos com mortalidade infantil de 25 por mil, mas na Suécia ela é de cinco ou seis por mil. Estamos tão distantes da Suécia quanto do que nós mesmos éramos nas décadas de 1940 e 1950.

A forma como a questão relacional é percebida é importante, pois a política não é a arte do absoluto, é a arte do relacional. Nenhuma decisão nasce como absoluta. Se alguém declara que a mortalidade infantil é 100, isso só tem importância em comparação

com outra situação. Anos atrás, quando no Brasil se começava a fazer estudos de mortalidade infantil dentro das cidades mostrando as desagregações por área, estive em Oslo e me pediram para apresentar os dados da Bahia. No centro de Salvador, tínhamos 10 por mil, pela cidade tínhamos uns 30, 35 por mil, mas na sua periferia chegávamos a 70, 75 por mil, e isso não gerava nenhum problema para a Secretaria de Saúde nem tampouco qualquer ação partia dela sobre essa questão; desagregar dados era uma coisa de acadêmicos.

Na época, segundo dados da Secretaria de Saúde de Oslo, mortalidade infantil já estava em cinco ou seis por mil, mas eles estavam preocupados com uma área da cidade em que se contavam oito por mil: nela se localizavam muitos imigrantes e a população mais pobre. Oito por mil era uma coisa que o Brasil nem sonhava alcançar naquela época – 15, 16 anos atrás, mas para o grupo técnico da Secretaria de Oslo era uma situação extrema haver uma área cuja média era cerca de 30% a mais do que o restante da cidade. Havia preocupação sobre como atuar em relação a esse problema.

Economistas começaram a desenvolver indicadores e mensurações de iniquidades que medissem as relações de distribuição, ou seja, como se dá a distribuição da saúde no interior das sociedades. Nos últimos anos, toda a discussão da equidade, um discurso bastante novo no campo da saúde, passa a incluir essas questões distributivas. Outra área importante da investigação nesse campo é a busca de indicadores que eu chamaria de subjetivos, uma tentativa de mensurar o estado positivo de saúde, podemos chamar assim.

Existe uma série de escalas e de esforços que nunca foram muito generalizados, mas sobre os quais já existe uma ampla literatura por ser uma área de crescente interesse. Nesse campo de indicadores, você tem dimensões objetivas métricas, seja uma métrica absoluta, seja



a métrica relativa das mensurações de iniquidades, e elementos simbólicos, interpretativos. Esses elementos é que dão relevância ou não a um indicador num sistema político – que, por si, não é um sistema absoluto e nem racional, como a gente às vezes espera que seja. Como vários outros, na sociedade humana, está sujeito a uma racionalidade e a formas de interpretações próprias, a cada vez que uma informação lhe chega para que emita uma decisão relacionada a ela.

Então temos a ideia do indicador como forma simplificada de ver o mundo, mas a saúde é um elemento complexo, de difícil sumarização – e todo indicador, por mais simples que seja, carrega em si elementos dessa complexidade. Temos indicadores bastante simples no campo da saúde, usados com vários objetivos.

Ainda na linha do Risi, proponho reflexões sobre as potencialidades do uso dos indicadores nos sistemas reais: todos os indicadores são produzidos para que supostamente ajudem a visualizar os acontecimentos no campo da saúde, isto é, no sistema de monitoramento e de decisões.

Sabemos que a mortalidade infantil vem caindo porque durante muito tempo a mensuramos. Mas podemos usar esse indicador para pensar nas demandas reais, criadas pela mortalidade infantil, no momento em que a hidratação oral mudou totalmente o quadro, quando a mortalidade infantil cai, mas não está mais relacionada com as morbidades essenciais que a ocasionavam. Não se tem óbito, mas as crianças continuam tendo diarreia.

Há, por outro lado, a utilização obsessiva dos indicadores. Precisamos ter cuidados para que os indicadores não encerrem todos os elementos e visões possíveis porque a saúde é um sistema de conteúdo complexo que precisa ser decomposto e entendido em

DEZ DE MORTALIDADE INFANTIL  
É ALTO OU BAIXO? TODA MÉTRICA É  
RELACIONAL, NÃO ABSOLUTA.  
A POLÍTICA É A ARTE DO RELACIONAL,  
NÃO DO ABSOLUTO

cada contexto, em cada época. Indicadores são entidades geográfica e temporalmente diferentes. Quem estuda séries históricas sabe que alguns indicadores na década de 1940 tinham uma interpretação e hoje têm outra. Claro que seria mais fácil ter um indicador que pudesse ser usado sempre, mas se muda o acontecimento na população humana o significado daquela mensuração passa a ser totalmente diferente. Quem trabalha com investigação sente o problema dos indicadores no longo prazo.

Voltemos à questão central: como isso é transferido para sistema político, de decisões? Há muitos anos ninguém pensava em “sistema de decisão”: a gente olha os documentos de políticas de saúde de uns 20 anos atrás e o diagnóstico não tinha nada a ver com política, era como se uma coisa servisse à outra apenas como ilustração. Avançamos muito nisso. Indicadores como mortalidade infantil são históricos e têm grande importância, mas, nos últimos anos, cresceu a necessidade de informação para o sistema.

Há necessidade de mais conhecimento para que se façam políticas e que se tomem decisões, assumindo prioridades. Não é uma coisa específica do Brasil, organismos internacionais têm tido um papel importante em difundir esses ideais relacionados ao que vem sendo chamado de saúde pública (ou políticas em geral) baseada em evidências. Hoje, os decisores precisam se ilustrar mais para tomar decisões

mais acertadas e errar menos, sujeitos a menos influências. Esse movimento é importante: na medida em que a política necessita de mais informações, de mais evidências, se incentivou o desenvolvimento de toda essa ênfase na informação, no conhecimento, como elemento de ajuda nas decisões. Esse é um fenômeno moderno. Antes, um rei tinha à sua volta o artista, o cientista, conselheiros que o ilustrassem. Hoje, o formulador de políticas precisa tomar decisões mais acertadas, precisa mais da ilustração no seu cotidiano porque as sociedades estão mais informadas e menos tolerantes com erros. As decisões podem ser mais conscientes e resultar em mais benefícios na medida em que contêm um volume maior de conhecimento, de informação.

No Sistema Único de Saúde no Brasil isso é muito nítido. Passa de órgãos muito pouco aparelhados e de sistemas de informação desarticulados para uma capacidade cada vez maior e melhor de informar e se informar, de se ilustrar, de interpretar. Publicações não só da Ripsa, mas do próprio Ministério da Saúde, além de toda uma rede acadêmica, apóiam o desenvolvimento de um conjunto imenso de esforços de ilustração e capacitação para tornar mais efetivo o conjunto de decisões<sup>3</sup>.

A passagem do indicador e mesmo da sua interpretação para um sistema de decisão não é mecânica ou simples, em hipótese alguma. Está ligada a um conjunto de valorações que o sistema político tem e que é diferente das racionalidades objetivas que um técnico normalmente leva em conta. Uma coisa que é importante no nível da interpretação técnica pode não ser relevante no nível de interpretação política. Sincronizar essas duas coisas seria a realidade ideal, mas nem sempre isso acontece. Vemos nítida evolução no uso da informação, mas a avaliação de uma decisão no sistema político nem sempre é somente alimentada por ela.

UNSAHAM QUE A CIÊNCIA  
DEVERIA ILUMINAR O MUNDO.  
OUTROS, QUE A AÇÃO POLÍTICA DIVERGE DO  
CONHECIMENTO. PENSO QUE HÁ VÍNCULOS  
ENTRE ESSAS DUAS DIMENSÕES

Em cima de discussões técnicas, às vezes não se entende bem a causa de não se ter ações mais concretas sobre alguns problemas de saúde. Só se pode entender isso indo para o campo das decisões políticas: por algum motivo, certo problema não foi importante no sistema de decisão política.

Essa articulação que vincula a existência de informação e o sistema de decisão dá uma linha de pesquisa que o Icict, em seu curso *stricto sensu*, poderia incentivar. O entendimento dos “segredos” que existem nesses dois mundos é um campo extremamente rico para a investigação: o entendimento e desenvolvimento de racionalidades técnicocientíficas e das racionalidades políticas.

Há quem ache que a ciência deveria iluminar o mundo - e não é bem assim - e há aqueles que partem de outro tipo de sensibilidade e acham que a ação política é totalmente divergente do conhecimento. Penso que estamos em um mundo que mostra vínculos entre essas duas dimensões. Vínculos que ninguém entendeu muito bem. O que fica claro é que, para certas decisões, a informação é crucial, como o caso da pólio que vimos aqui<sup>4</sup>.

Temos outros exemplos. Recentemente, terminamos um para o Ministério da Saúde um estudo sobre a descontinuidade da vacinação BCG no Brasil. Novo conhecimento, nova informação que chega a um ministério e gera uma ação concreta. Também temos uma

VEMOS NÍTIDA EVOLUÇÃO  
NO USO DA INFORMAÇÃO,  
MAS UMA DECISÃO NO SISTEMA POLÍTICO  
NEM SEMPRE É SOMENTE  
ALIMENTADA POR ELA

série de outras informações em relação às quais nada acontece. E também tem formuladores de políticas querendo tomar decisões e perguntam: “o que vocês têm de informação nesses campos?” E ninguém sabe muito bem como entender aquele fenômeno.

De ambos os lados há problemas, mas, sem dúvida, há um campo imenso de conexões a serem entendidas. São dois campos autônomos, onde exceções e comunicações sempre existirão. Esta não é somente uma questão local, específica do campo da saúde, mas toda uma questão das vinculações entre informações de que a sociedade dispõe e ações a realizar ou realizadas.

Há esses indicadores sensíveis porque provocam um conjunto de movimentos, porque interferem na ação política. O formulador vai de alguma forma atuar sobre aquela questão pois poderá ser reconhecido pela sociedade; ou a demonstração do tamanho do problema vai dizer o quanto ele será repudiado ou perderá poder político.

Temos, por exemplo, indicadores econômicos. O presidente Lula tem informação diária sobre a inflação porque um aumento na inflação pode ter implicações políticas imensas, daí a necessidade de ser monitorado pelo gabinete presidencial. Mas a mortalidade infantil, não. Talvez a Ripsa passe por salões periféricos de Brasília, onde essa informação não inquieta a ninguém. Já uma epidemia faz com que os minis-

HÁ INDICADORES SENSÍVEIS,  
QUE INTERFEM NA AÇÃO POLÍTICA.  
O FORMULADOR ATUA SOBRE  
O QUE TRAZ RECONHECIMENTO  
OU REPÚDIO DA SOCIEDADE

tros arranquem os cabelos. Basta aparecer no jornal “dengue aumenta acima de tal nível” que eles sabem das consequências.

Na saúde, precisamos entender profundamente essas motivações, e ainda temos pouca influência nesse campo. Precisamos igualmente pensar o quanto do que é produzido de informação e de conhecimento vai ser utilizado no campo da saúde, de maneira sincronizada e efetiva, como desejaríamos que fosse. Nossos jovens mestrandos e doutorandos acabam suas teses com achados fantásticos que talvez daqui a uns 20 anos sejam considerados importantes. Isso é: nem sempre aquele tempo em que o conhecimento é produzido é o mesmo em que ele será capaz de afetar o sistema de decisão.

É recente e cresce, na Europa, um movimento chamado Saúde em Todas as Políticas<sup>5</sup>, que parte da visão dos estudos de determinação social das doenças. Dito de outro modo, da ideia de que a saúde é multidimensional, e que praticamente toda ação, humana ou não, tem efeitos sobre ela: se chove temos efeitos na saúde, terremoto tem efeitos na saúde, desemprego tem efeitos na saúde, inflação tem efeitos na saúde, escassez de alimento tem efeitos na saúde. É colocar saúde como um eixo central dentro dos processos políticos, em todas as políticas.

Aqui no Brasil, na verdade, temos até uma certa base legal para pensarmos nessa questão: a Constituição Brasileira e a Lei 80/80

colocam muito claramente que a saúde é um processo multideterminado. No mundo das sociedades complexas em que vivemos hoje, é interessante que pelo menos acompanhem essa discussão para ver o quanto vai avançar e, na medida do possível, dentro do SUS, com todas as suas limitações, possamos abrir espaço para a ideia de saúde em todas as políticas.

## NOTAS

<sup>1</sup> Médico epidemiologista, João Baptista Risi Júnior tem competência nacional e internacionalmente reconhecida em planejamento de ações em saúde. Foi coordenador da Campanha de Erradicação da Varíola do Ministério da Saúde, no período de 1968 a 1971, tendo identificado, investigado e controlado o último foco de varíola no Brasil. Risi, atualmente na Secretaria Técnica da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), é o autor da primeira palestra desta mesa. Acesse sua apresentação em <http://www.cict.fiocruz.br/media/joaorisisus.pdf>

<sup>2</sup> Maria do Carmo Leal, mediadora desta mesa, é médica pela Universidade Federal da Bahia. Desde a gestão Paulo Buss, pesquisadora e professora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública responde pela vice-presidência de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz.

<sup>3</sup> No sítio da Ripsa, é possível ter acesso gratuito a algumas publicações consagradas mundialmente sobre indicadores em saúde no Brasil, como o IDB - Indicadores e Dados Básicos, de 2007, e a edição atualizada do livro Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações, de 2008. Também é possível ter acesso à documentação sobre as discussões levadas pelos grupos de trabalho da Ripsa e a produtos novos sendo lançados com a metodologia da entidade, como o livreto Informe de situação e tendências: demografia e saúde (2009): <http://www.ripsa.org.br>

<sup>4</sup> Barreto novamente se refere à apresentação de João Batista Risi Júnior, que mostrou suas conclusões sobre a evolução da doença a partir de sua experiência na formulação e implementação do Plano Nacional de

Controle da Poliomielite e do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 1973, e em campanhas estaduais de vacinação durante vários anos.

<sup>5</sup> Para uma introdução a como o tema vem sendo desenvolvido na Comunidade Européia, veja artigo em português em [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/overview\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/overview_pt.htm), página de onde é possível ter acesso ao documento "Relação da saúde com outras políticas", em espanhol, inglês, francês ou alemão.



# PESQUISA E ENSINO EM RELAÇÃO À COMUNICAÇÃO

*Francisco Inácio Bastos*

*Vice-diretor de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico*

*Icict - Fiocruz*

Minha fala será quase como um depoimento pessoal sobre várias coisas que venho pensando ao longo do tempo, nas várias viagens que tenho feito. Gosto muito de ler Ernst Mayr<sup>1</sup>, reconhecido pelo Guinness como o autor com a idade mais avançada a publicar um livro, até que o nosso Niemeyer se equiparou a ele. Ambos publicaram livros aos 100 anos. O prefácio do último livro<sup>2</sup> de Mayr, considerado um dos mais importantes biólogos do Século XX, é muito interessante porque ele dizia que estava encerrando suas análises sobre a filosofia da biologia não porque tivesse chegado a alguma conclusão, mas porque não tinha mais tempo para continuar a reformulá-las.

De certa forma, na medida em que os anos vão passando, creio que tentamos articular a questão da complexa inter-relação entre a epidemiologia, a saúde pública de um modo geral e a tomada de decisões (a formulação de políticas públicas). Tenho procurado pensar nisso de um ponto de vista um tanto diferente, mas complementar: mais próximo do que poderíamos denominar “sociologia da ciência”.

Hoje em dia existe uma linha, do filósofo brasileiro Paulo Arantes, da USP, que defende o conceito de “brasilianização” do mundo, que tem que ver com a nossa heterogeneidade, nossos contrastes sociais. Os Estados Unidos seriam, para ele, um país em processo de brasilianização, em virtude da crescente desigualdade da sociedade

norte-americana, agudizada, por sinal, pela recente crise econômica. Isso está muito bem ilustrado no caso da Johns Hopkins University (JHU), Baltimore, Maryland, onde eu fiz muitos amigos pesquisadores que não gostavam muito do que eu lhes dizia, toda vez que atravessava a Wolfe Street<sup>3</sup>. Ali, naquela mesma rua, estavam a escola de saúde pública da JHU, e seus ricos projetos com mais de quatro mil usuários de drogas recrutados de forma regular, e também um verdadeiro caos de pessoas vivendo em condições miseráveis e tráfico de drogas. Várias vezes atravessei a rua e vi as pessoas vendendo drogas em frente à escola, tanto que, depois de uma certa hora da noite, os próprios cidadãos de Baltimore não gostavam de passar por lá ou sair da Universidade, a não ser de carro.

Era impressionante como havia tão pouco benefício concreto para os usuários de drogas vizinhos à JHU, não apenas porque eles participavam ativamente das diferentes pesquisas, mas pelo volume de recursos investidos: se não me engano, a JHU está entre as três universidades norte-americanas que mais recebem verbas na área de saúde pública, algo como 6 a 8 milhões de dólares por projeto de maior porte, e são centenas deles.

O conjunto mais abrangente de diferentes projetos fica na escala de algumas centenas de milhões de dólares, mas eles não

NOSSA PESQUISA PODE TER  
[ MENOS RELEVÂNCIA, SOBRETUDO EM VOLUME, ]  
[ QUE A DOS EUA E EUROPA, ]  
[ MAS TEMOS ESSE CARÁTER REPUBLICANO, ]  
TÃO IMPORTANTE

beneficiavam a população-alvo, recrutada para os próprios projetos. Então acabamos por compreender esses projetos multimilionários como um empreendimento da JHU, que vai subcontratando empresas e pessoal qualificado, e pagando serviços e equipamentos que, na verdade, literalmente não chegam à rua, não beneficiam as pessoas que lá estão, voluntárias desses mesmos projetos.

Uma das coisas que sempre me chamou muita atenção em universidades do exterior é que a pesquisa pode ser tão privatizada em termos da sua execução, que produz uma quantidade enorme de artigos de altíssima qualidade metodológica, mas pouco voltados para a população-alvo, na prática. Reside aí um paradoxo muito profundo e doloroso, afinal, estamos falando de escolas de saúde pública. Estamos falando de pesquisa e ensino em saúde pública. Nesse sentido a pesquisa em saúde pública brasileira, apesar de bastante mais pobre, é uma pesquisa mais republicana, no sentido de que tem uma dimensão e um foco mais próximos das necessidades concretas do país e sua população. O SUS é, sem dúvida nenhuma, um sistema único público de saúde que os Estados Unidos não conseguem montar.

O presidente Obama diz que vai reformar em profundidade o sistema de saúde, haja visto que há nos EUA hoje quarenta milhões de pessoas sem seguro, e, de fato, estes indivíduos podem até estar brasilianizados em um certo sentido de estarem aquém da plena cida-

ENTRE OS NOSSOS MAIORES DESAFIOS,  
ESTÃO A QUALIFICAÇÃO DAS PESSOAS E A  
NECESSIDADE DE O SUS DIALOGAR  
DE FORMA CONSTRUTIVA  
COM A CHAMADA SAÚDE COMPLEMENTAR

dania. Mas não em outras: o fato é que os norte-americanos não conseguem ter um sistema público integrado em várias áreas, inclusive em assistência AIDS, enquanto nós temos um sistema universal de distribuição de medicamentos. Suas ações estão “picotadas” em milhares de seguros de saúde e não conseguem montar um sistema minimamente unificado. É paradoxal para um país que, segundo dados, já deteve 40% do PIB mundial, e hoje detém cerca de 26%.

O Brasil tem uma dimensão mais republicana apesar de ser substancialmente mais pobre. Isto aparece numa dimensão como aquela que qualquer um pode constatar, ao acompanhar o noticiário sobre as eleições, aqui e nos Estados Unidos. Aqui, temos uma eleição com um caráter federativo de fato, com um sistema descentralizado e eficiente de votação e apuração. Isso, a despeito da nossa longa e trágica tradição autoritária, felizmente superada nos dias que correm. Já a eleição na Califórnia, por exemplo, é feita em garagens, cedidas por cidadãos, com filas gigantescas. Sentimo-nos felizes com nossas maquininhas de votar, que todo mundo dizia que não iam funcionar, especialmente considerando as nossas reconhecidas deficiências educacionais e desigualdades sociais.

Fiz uma pesquisa usando metodologia Acasi<sup>4</sup> que, a exemplo da maquininha de votar, diziam que não ia funcionar e funcionou. Como a eleição funciona, a técnica Acasi também funciona! O brasi-

leiro não é estúpido como as pessoas supõem, seja para votar, seja para participar de pesquisas. No Brasil, podemos ter, em termos quantitativos e até qualitativos, uma pesquisa com menos relevância, sobretudo em volume, do que os Estados Unidos e a Europa, mas temos esse caráter republicano, que me parece tão importante. E os Estados Unidos continuam com aquelas filas gigantescas de votação em lugares inusitados, com cédulas imensas, em que eleitores, como, aliás, o próprio Obama, levam em média 15 minutos para votar.

As cédulas opinam sobre o casamento gay, sobre se uma usina de lixo deveria ou não ter o nome George Bush etc. Sei que o casamento gay foi rejeitado, mas não sei se a usina em homenagem ao ex-presidente foi aprovada ou não. Mas, cá entre nós, por que não distinguir eleição presidencial e questões específicas, algumas delas paroquiais, como a denominação da tal usina. E estamos falando do país com a mais consolidada tradição republicana do mundo, mais rico do mundo, hegemônico em tantos campos e, no entanto, com falhas tão gritantes na esfera política e social.

Vamos agora exemplificar com um país que dispões de um sistema unificado de saúde. Para minha completa surpresa, pelo menos na área de abuso de drogas - não sei dizer de outras -, o Canadá, a despeito de seu sistema unificado de saúde, não dispões de um sistema de informação nacional. O Canadá francês tem uma rede própria na área de monitoramento e análise de informações relativas a usuários de drogas, que se integra, *a posteriori*, aos demais sistemas de informação provinciais.

O interessante é que determinadas províncias do norte do Canadá, cujas populações são esparsas e vivem freqüentemente em condições climáticas e sociais bastante adversas, se recusam a participar do sistema de informação nacional. Então todo dado que é

publicado oficialmente pelo Canadá afirma o seguinte: “tais e tais províncias se recusam a fornecer dados sobre a AIDS”.

O mais paradoxal é que exatamente nessas províncias havia proporcionalmente mais casos de AIDS, porque a transmissão vertical (mãe-bebê) nas províncias mais desenvolvidas do Canadá, hoje, é praticamente zero, e em outros lugares é baixíssima. Mas, a exemplo do que o Maurício Barreto falou da Noruega<sup>5</sup>, há alguns *clusters* de pobreza e problemas os mais diversos, ou seja, grupos de emigrantes, e algumas comunidades, do que eles denominam “primeiras nações” ou de aborígenes, em que a transmissão do HIV segue elevada e os problemas de saúde se avolumam. Então é interessante que, talvez até pela discriminação, essas províncias que concentram as tais primeiras nações ou aborígenes não forneçam dados ao sistema nacional, enquanto nós somos heterogêneos, mas equitativos. Temos incontestáveis subnotificações em várias áreas, inclusive quanto à mortalidade infantil, mas o fato é que os sistemas são nacionais.

Recentemente, estive em um seminário na Universidade Gama Filho, ao lado de colegas que eu não conhecia até então, da UTI do INCA<sup>6</sup>. Fiquei bastante impressionado com o fato de que eles conseguiram transformar a pesquisa operacional feita dentro de uma UTI pública em pesquisa de alta qualidade - algo bastante novo, pois há uma tradição brasileira horrorosa: a famosa história da torre de marfim, ou o divórcio entre pesquisa e a operação cotidiana dos serviços. Tenho tentado entendê-la um pouco melhor. Antigamente eu pensava que era um fenômeno exclusivo da área de saúde, mas percebi que suas raízes são muito mais profundas.

Talvez Sergio Buarque de Holanda - na minha opinião o maior intelectual brasileiro do século XX - tenha sido quem melhor pensou a questão. Holanda formulou e discutiu a ideia do homem

PARA O EMPRESÁRIO É MARAVILHOSO  
AMORTIZAR GASTOS: QUANDO SE TRATA DE  
ONCOLOGIA, INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA OU  
CIRURGIA CARDÍACA E TRANSPLANTES,  
MILHARES DE PESSOAS RETORNAM PARA O SUS

cordial, no aspecto das gentilezas, mas entendeu também o homem cordial no sentido da privatização da esfera pública e do patrimonialismo. A ideia do homem cordial não é a do sujeito apenas bonzinho: tem todo um outro lado que estava e está longe de ser ingênuo, mas antes de apropriação deliberada da esfera pública por interesses e dinâmicas personalistas.

Antônio Candido, na biografia que escreveu do seu bisavô, mostra um funcionário da monarquia que tentou implementar todas as coisas que a gente discute até hoje: que as pessoas têm de ingressar no serviço público entrar pelo mérito, que tem de haver concurso etc. Esse funcionário se chamava Tolentino e foi demitido de sucessivas áreas do serviço público exatamente por tentar reformas racionalizantes, públicas. Foi acusado sucessivas vezes, até por desvio de vinho. É realmente um livro que discute as raízes desse patrimonialismo, do particularismo no sistema público, tão profundas, que ultrapassam, em muito, o sistema de saúde. Reside aí o lado sombrio de um sistema, que, sob outros aspectos, é público, aberto e republicano.

Iniciativas como a Ripsa<sup>7</sup> e vários outros sistemas de informação são uma resposta de que é possível profissionalizar, publicizar e aproximar a geração de informações das decisões, como o Risi<sup>8</sup> falou em oposição a essa tradição particularista, patrimonialista, filhotista, nepotista. Na sua trajetória, Tolentino, o bisavô de Candido,

que não era proprietário de terras nem político profissional, chegou no máximo, ao segundo escalão, mas então começou a bater de frente com os viscondes e outros poderosos, agraciados com títulos nobiliárquicos. Vieira Souto, um dos mais poderosos homens do Império, foi envenenado em todas as tentativas de racionalização e modernização do sistema público.

A luta que enfrentamos hoje tem raízes imperiais e Sergio Buarque de Holanda diria que vem, de antes, desde a estrutura e dinâmica da nossa colonização. Esses esforços para investir em um sistema público universalista, calcado no mérito e na publicidade da informação, não podem parar nunca. Oxalá venham eles a se aproximar da vida política *senso lato*, pois a gente ainda está às voltas com um monte de coronéis tradicionais e, agora, coronéis eletrônicos, pois hoje, aparentemente, é mais importante dispor de uma subsidiária de uma rede de televisão. Com a subsidiária, ele, o coronel dos nossos dias, consegue preservar e ampliar o latifúndio e nossa perversa estrutura agrária, mas o contrário pode não acontecer.

Esses são desafios do SUS, desafios de transparência da gestão pública que, agora, contam com a Internet, bem mais dinâmica que o *Jornal do Commercio*<sup>9</sup> na época de Tolentino. Temos dois desafios críticos. Um deles foi mencionado pelo colega que falou sobre a Ripsa, e está na qualificação das pessoas: treinar, aumentar as competências locais para que o sistema de informação de fato seja um sistema de informação fidedigno, acurado.

O segundo desafio, que não foi mencionado antes, que é a necessidade de o SUS dialogar de forma construtiva com a chamada saúde complementar. No Congresso de Epidemiologia de Porto Alegre<sup>10</sup> percebi isto claramente, primeiramente pela magnitude da saúde complementar - algo que diz respeito, segundo está documentado, a



40 milhões de pessoas. Depois, porque lá encontrei pessoas distribuindo livros da saúde complementar que eram meus ex-colegas, inclusive da Fiocruz, e percebemos que, se não houver diálogo com o sistema de informação que vem sendo estabelecido por eles, jamais conseguiremos de fato que a saúde complementar proceda ao ressarcimento dos milhares de procedimentos que ela usufrui do SUS, especialmente dos chamados procedimentos de alta complexidade.

Para o empresário privado é maravilhoso amortizar seus gastos porque, quando se trata de oncologia, de insuficiência renal crônica ou cirurgia cardíaca e transplantes, milhares de pessoas retornam para o âmbito do SUS. O INCA, hoje, é uma das áreas onde isso mais acontece. Hoje mesmo uma colega do Ictict me falou de um paciente com leucemia mielóide crônica que estava migrando para o INCA em busca de um remédio que é muito caro, mas que está disponível na rede pública, e é a única esperança de tratamento para vários pacientes com este problema.

A não ser que conheçamos a dimensão e os procedimentos dessa rede complementar, nunca conseguiremos ressarcir o SUS das duplas inserções, ou seja, pessoas que, como nós - inclusive através da própria Fioprev<sup>11</sup> - contribuem para a saúde complementar. Não se avalia o enorme volume de pessoas da dita saúde complementar que fazem tratamentos de alta complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Sem isso, não conseguiremos compreender ou operar corretamente essa interseção. E esta é uma decisão política fundamental.

## NOTAS

1 Ernst Walter Mayr, conhecido como Darwin do século XX e reconhecido como o mais importante evolucionista do mundo, foi professor de Harvard até a sua morte, em fevereiro de 2005. “De curvas é feito todo o universo, o universo curvo de Einstein”, é uma das citações cortantes de Oscar Ribeiro de Almeida de Niemeyer Soares Filho, arquiteto pioneiro na exploração plástica do concreto armado e considerado um dos nomes mais influentes na Arquitetura Moderna internacional. Depois do relançamento de “Rio, de Província a Metrópole” (1980) em 2008, publicou um livro de crônicas e se tornou o autor mais idoso do mundo. Niemeyer nasceu em 1907.

2 Em “What makes biology unique? Considerations on the autonomy of a scientific discipline” (Cambridge University Press, 2004) Mayr discute a teoria evolucionista de Darwin com cinco teorias distintas (separando sua análise da seleção natural daquela da especiação geográfica, por exemplo) e considera o impacto histórico e científico de cada uma. E dá sua conclusão sobre a evolução da espécie humana: o ancestral do Homo sapiens seria um parente dos chimpanzés, que teria como habitat a mata atlântica.

3 “This climate for diversity, inclusion and excellence is critical to attaining the best research, scholarship, teaching, health care and other strategic goals of the Health System and the University. Taken together these values are recognized and supported fully by the Johns Hopkins Institutions leadership at all levels.” Este trecho foi extraído do “Compromisso com a Diversidade e a inclusão” da Johns Hopkins University, fundada em 1876. A JHU tem nove departamentos acadêmicos em campi espalhados entre Baltimore e Washington. Considerada em conjunto com o The Johns Hopkins Hospital and Health System, a JHU é o maior empregador da região de Maryland e contribui com mais de 10 bilhões de dólares/ano para a economia de seu estado. As áreas de Saúde Pública e Enfermagem estão no mesmo campus do The Johns Hopkins Hospital, na área leste de Baltimore, onde fica a Wolfe Street e sua economia e ecologia de drogas e precariedade, que pode ser melhor entendida no artigo “Drug users’ involvement in the drug economy: Implications for harm reduction and HIV prevention programs”. O artigo de Susan G. Sherman e Carl A. Latkin explora as características sociais e individuais do envolvimento de usuários de baixa renda de heroína e cocaína com a economia da droga na região. Todos declararam desempenhar pelo menos um papel constante e diário na cadeia econômica, sendo o uso de drogas

referido pelos próprios como “altamente influente em muitos aspectos de suas vidas”.

4 Veja o artigo de revisão: SIMOES, Anna Maria Azevedo; BASTOS, Francisco Inácio. Audio Computer-Assisted Interview: uma nova tecnologia em avaliação de comportamento de risco em doenças sexualmente transmissíveis, HIV e uso de drogas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500010 [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500010&lng=en&nrm=iso), acesso em 17 de abril de 2009.

5 Ver artigo de Barreto no capítulo anterior.

6 Saiba mais sobre o Núcleo de Pesquisa Clínica em Medicina Intensiva do Instituto Nacional do Câncer na página da instituição: <http://www.inca.gov.br>

7 Ripsa, a Rede Interagencial de Informações para a Saúde: <http://www.ripsa.org.br>

8 João Batista Risi Junior, da Ripsa, um dos autores presentes nesta publicação, é citado aqui e por vários outros pesquisadores participantes do Seminário.

9Diário tradicional do Rio de Janeiro, fundado em 1827 por Pierre Plancher, bonapartista que encerrou atividades editoriais em Paris quando se exilou em 1822, no Brasil. Na Rua do Ouvidor, abriu uma tipografia em 1824 onde publicava ficção em língua portuguesa e clássicos. Tornou-se Imprensa Real em maio daquele ano, imprimiu a Constituição do Império do Brasil. Em 1827 adquiriu o Diário Mercantil, dando origem ao Jornal do Commercio, seu empreendimento mais famoso. Retornou à França em 1834, após a abdicação de Pedro I.

10 <http://www.epi2008.com.br>

11 Entidade fechada de previdência privada criada em 1985 para suplementar os benefícios concedidos pela Previdência Social aos servidores da patrocinadora Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz. Menciona também em sua atividade como plano de saúde (Fiosaúde) na palestra de Cláudia Travassos, nesta mesma publicação. Mais sobre essas entidades em <http://www.fioprev.org.br>





Ministério da Saúde

PROCUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ISBN 978-85-62454-01-1



9 788562 454011